



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA

“SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PERSONAS OBESAS”

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA
YARELI EGRISVET MIRANDA GARCIA
0925858

ASESOR
DRA. BEATRIZ GÓMEZ CASTILLO



TOLUCA ESTADO DE MÉXICO, SEPTIEMBRE 2014

Agradecimientos

A través de estas líneas manifiesto total y profundo agradecimiento a quienes comparten conmigo el cumplimiento y alcance de este logro en el trayecto de mi formación profesional y por ende la conquista de uno de los anhelos más grandes de mi vida.

Agradecida con Dios y con la Vida por la infinidad de Bendiciones recibidas..

Dedico de forma especial estas líneas a Mi familia, quienes a través de sus palabras, de su amor y su apoyo han contribuido a este momento tan especial, a Mis padres quienes me han brindado el tesoro más valioso que se le puede dar a un hijo: amor; quienes sin escatimar esfuerzo alguno han otorgado gran parte de su vida a mi formación y educación para hacer de mí una persona capaz de triunfar en la vida y quienes con su cariño y ejemplo me han enseñado día a día a ser un mejor ser humano.

Agradecida con quien bajo el nombre de Asesor de tesis: Dra. Beatriz Gómez Pastillo, con total constancia y profesionalismo caminó junto conmigo durante el trayecto de formación profesional. Así mismo agradezco al Mtro. Saúl Urcid Velarde su acompañamiento en este trayecto profesional.

Gracias Amigos, por las maravillosas experiencias compartidas, un tesoro valioso: nuestra amistad.

Por último, agradezco la oportunidad brindada a la Unidad de Medicina Familiar No. 223 en el desarrollo de dicha investigación.



8.5 Voto Aprobatorio : Evaluación Profesional

Facultad de Ciencias de la Conducta
Subdirección Académica
Departamento de Evaluación Profesional



Versión Vigente No. 04

Fecha: 22/05/2014

VOTO APROBATORIO

Toda vez que el trabajo de evaluación profesional, ha cumplido con los requisitos normativos y metodológicos, para continuar con los trámites correspondientes que sustentan la evaluación profesional, de acuerdo con los siguientes datos:

Nombre del pasante	YARELI EGRISVET MIRANDA GARCÍA		
Licenciatura	PSICOLOGÍA	N° de cuenta	0925858
Opción	TESIS	Escuela de Procedencia	FACULTAD DE CIENCIAS DE LA CONDUCTA
Nombre del Trabajo para Evaluación Profesional	SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN PERSONAS OBESAS		

NOMBRE		FIRMA DE VOTO APROBATORIO	FECHA
ASESOR	DRA. BEATRIZ GOMEZ CASTILLO		10 - SEP - 14

NOMBRE		FIRMA Y FECHA DE RECEPCIÓN DE NOMBRAMIENTO	FIRMA Y FECHA DE ENTREGA DE OBSERVACIONES	FIRMA Y FECHA DEL VOTO APROBATORIO
REVISOR	DRA. GUADALUPE MIRANDA BERNAL	 10/SEP/2014	 24/SEP/2014	 24/SEP/2014
REVISOR	MTRO. SAUL URCID VELARDE	 11/09/14	 22/09/14	 22/09/14

Derivado de lo anterior, se le **AUTORIZA LA REPRODUCCIÓN DEL TRABAJO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL** de acuerdo con las especificaciones del anexo 8.7 "Requisitos para la presentación del examen de evaluación profesional".

NOMBRE		FIRMA	FECHA
ÁREA DE EVALUACIÓN PROFESIONAL	DRA. GUADALUPE MIRANDA BERNAL		24/SEP/2014



CARTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR


El que suscribe **Yareli Egrisvet Miranda García** Autor del trabajo escrito de evaluación profesional en la opción de **Tesis** con el título **Sintomatología depresiva en personas obesas**, por medio de la presente con fundamento en lo dispuesto en los artículos 5, 18, 24, 25, 27, 30, 32 y 148 de la Ley Federal de Derechos de Autor, así como los artículos 35 y 36 fracción II de la Ley de la Universidad Autónoma del Estado de México; manifiesto mi autoría y originalidad de la obra mencionada que se presentó en la **Facultad de Ciencias de la Conducta** para ser evaluada con el fin de obtener el Título Profesional de **Licenciada en Psicología**.

Así mismo expreso mi conformidad de ceder los derechos de reproducción, difusión y circulación de esta obra, en forma **NO EXCLUSIVA**, a la Universidad Autónoma del Estado de México; se podrá realizar a nivel nacional e internacional, de manera parcial o total a través de cualquier medio de información que sea susceptible para ello, en una o varias ocasiones, así como en cualquier soporte documental, todo ello siempre y cuando sus fines sean académicos, humanísticos, tecnológicos, históricos, artísticos, sociales, científicos u otra manifestación de la cultura.

Entendiendo que dicha cesión no genera obligación alguna para la Universidad Autónoma del Estado de México y que podrá o no ejercer los derechos cedidos.

Por lo que el autor da su consentimiento para la publicación de su trabajo escrito de evaluación profesional.

Se firma presente en la ciudad de **Toluca, México**, a los **25** días del mes de **Septiembre** de **2014**.


Yareli Egrisvet Miranda García
Nombre y firma de conformidad

INDICE

	Página
RESUMEN	7
PRESENTACIÓN	9
INTRODUCCIÓN	11
MARCO TEÓRICO	13
CAPITULO I: OBESIDAD	
1. Antecedentes de la Obesidad	13
1.1 Definiciones de Obesidad	14
1.2 Características de la Obesidad	15
1.3 Clasificación y tipología de la Obesidad	18
1.4 Factores relacionados con la Obesidad	20
1.4.1 Factores Psicosociales y Psicológicos	21
1.5 Contextualización actual de la Obesidad en México	31
1.6 Relación entre Obesidad y Depresión	33
CAPITULO II: DEPRESIÓN	
2. Antecedentes de la Depresión	34
2.1 Modelos Psicológicos de la Depresión	37
2.2 Definición de la depresión	42
2.3 Trastornos del estado de ánimo	42
2.3.1 Características generales de los Trastornos del Estado de ánimo	43
2.3.2 Factores causales de trastorno el estado de ánimo	53
2.3.3 Características de la depresión (El paciente deprimido)	56
2.4 La clasificación de los estados depresivos	58

CAPITULO III: EL MODELO TETRADIMENSIONAL DE LA	
DEPRESIÓN (Francisco Alonso Fernández, 1986)	
3. Discusión sobre la clasificación de las depresiones	66
(Bases teóricas)	
3.1 El Modelo Tetradimensional de la Depresión	68
3.1.1 Instrucciones del CET-DE para el entrevistador.....	70
3.1.2 Validez, confiabilidad y Estandarización del CET-DE.....	71
MÉTODO	73
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	78
CONCLUSIONES	98
SUGERENCIAS	101
REFERENCIAS	102
ÁPENDICE	105
Instrumento CET-DE (Alonso-Fernández 1986)Cuestionario	
Estructural Tetradimensional para el diagnóstico, la clasificación y el	
seguimiento de la depresión	108
Formato de Entrevista	109

RESUMEN

El presente investigación se realizó con la finalidad de Identificar la sintomatología de la depresión en personas con exceso de tejido adiposo, lo cual brinda la posibilidad de llevar a cabo medidas de intervención de acuerdo con los resultados obtenidos, tanto en los participantes candidatos, población en general y autoridades correspondientes en la institución en el cual se lleva a cabo la investigación.

Con frecuencia los médicos que atienden en este espacio público se enfrentan a pacientes cuyas demandas (de corte psicoterapéutico) de atención salen de los alcances de estos, lo cual influye en el apego al tratamiento médico de forma poco favorable, casos frecuentes en los que desde su inicio el paciente desconoce su padecimiento, es diagnosticado con más de un padecimiento crónico y cuyo tratamiento es descuidado, discontinuado y llevado al siguiente nivel en tanto de complicaciones se habla, por ello, se destaca la importancia del factor salud mental en la intervención multidisciplinaria en favor de la atención a pacientes derechohabientes.

Para llevar a cabo la presente investigación se aplicó el instrumento **CET-DE** (Alonso-Fernández 1986) *Cuestionario Estructural Tetradimensional para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión* (compuesto de 63 ítems) a una muestra conformada por 12 pacientes derechohabientes pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médico Familiar No. 223, que acuden a sesión de Grupo de Autoayuda SODHI (para educación en materia y control de padecimiento), canalizados por evaluación médica previa realizada por su médico familiar, con un nivel socioeconómico medio bajo, de escolaridad media superior inconclusa (en su mayoría), cuyas edades oscilan entre los 20 a 68 años respectivamente, en quienes se explora a partir del uso del instrumento CET-DE y formato de ENTREVISTA para la complementación de información de acuerdo con el objetivo de investigación, una primera aproximación de detección de sintomatología depresiva en personas con exceso de tejido adiposo para la intervención correspondiente.

Dentro de esta investigación se encontró con claridad, de acuerdo con los resultados obtenidos, en dos de los participantes del género femenino, se presenta sintomatología depresiva en al menos una dimensión (en ambos participantes *Dimensión I: Humor depresivo, el cual hace referencia al estado anímico, tristeza y desesperanza; en un participante además de presentarse esta dimensión, se detecta presencia de sintomatología de acuerdo con la Dimensión II: Ritmopatía, que hace referencia a ritmos de regulación individual, tales como el sueño, alimentación*) de acuerdo con el instrumento CET-DE (Alonso-Fernández 1986) *Cuestionario Estructural Tetradimensional para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión*, de forma significativa, por lo cual se concluye: la intervención psicoterapéutica permite la atención correspondiente en favor de su salud, se resalta que en la totalidad de los participantes se pueden identificar rasgos depresivos poco significativos pero presentes e identificados de forma consciente por parte de estos, síntomas atribuidos a elementos multifactoriales que van desde un suceso traumático, elementos culturales y sociales, químicos, experiencias previas hasta factores que surgen a partir de la percepción de la imagen corporal.

Por ello, se sugiere la articulación de la atención de salud mental a las redes de atención clínica, la integración de programas de promoción, prevención y atención además de la continuidad de esta línea de investigación a fin de atender las demandas del paciente en favor de su salud integral.

PRESENTACION

La presente investigación nace a partir de la inquietud en el tema referente a la sintomatología de la depresión en personas con obesidad que acuden a atención médica en espacios de atención pública de primer nivel, así como textos revisados encaminados a esta relación establecida entre enfermedades crónicas (orgánicas) y de corte psíquico.

Como finalidad del desarrollo de esta investigación se contempla la exploración que respecto a este tema involucra a pacientes con al menos una enfermedad crónica (obesidad) y otras desencadenadas a partir de esta; por tanto, a pesar de la atención médica continua realizada, se descarta con frecuencia la salud mental del paciente y de quienes le rodean (familia), haciendo referencia a este primer personaje (paciente) se brinda atención por parte de los servicios nutrición, medicina, estomatología, medicina preventiva y trabajo social, pero se excluye la atención en salud mental, esa esfera en la que el paciente se muestra con alguna dificultad subsecuente de situaciones de complejo análisis y/o manejo. Diversos han sido los casos en donde se identifica en la población dificultad para el apego al tratamiento médico así como poco autocuidado del propio paciente, quien poco conoce acerca de su padecimiento y de las complicaciones que este puede traer consigo.

Los capítulos que respaldan teóricamente lo presentado, abordan ambos padecimientos en tanto sus características así como el modelo Tetradimensional y sus fundamentos, lo cual permite mayor comprensión en los resultados obtenidos y analizados de forma posterior. Se habla de la siguiente estructura:

Capítulo I *Obesidad*: Es abordada esta variable a partir de sus antecedentes históricos, definición, características, clasificación y/o tipología, factores relacionados (con mayor énfasis en psicosociales y psicológicos), contextualización actual de la obesidad en nuestro país y por último la relación entre la obesidad y la depresión.

Capítulo II: *Depresión*: Este capítulo contiene hace referencia como su nombre lo indica a la enfermedad de la depresión, partiendo desde sus antecedentes históricos cuya concepción surge a partir de los fundamentos de melancolía, enfermedad anteriormente atribuida a componentes de corte químico u orgánico, definición, modelos psicológicos de la depresión, trastornos del estado de ánimo, características generales de los trastornos del estado de ánimo, factores causantes, características de la depresión y finalmente la clasificación de los estados de ánimo.

Capítulo III *El modelo Tetradimensional de la depresión*: se expone el modelo Tetradimensional, el cual respalda el instrumento CET-DE (Alonso-Fernández 1986) *Cuestionario Estructural Tetradimensional para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión*, iniciando por la discusión sobre la clasificación de las depresiones, seguido por el modelo propiamente, la información más relevante respecto al instrumento finalizando con la validez, confiabilidad y estandarización del instrumento.

Posteriormente se plantea el método de investigación, el cual define el diseño y estructura de acuerdo con la temática de estudio, en los últimos apartados se expone de forma analítica y detallada los resultados obtenidos, conclusiones finales así como las sugerencias que considero dan la posibilidad de mejorar los resultados obtenidos y la línea de investigación.

INTRODUCCIÓN

El presente constituye un esfuerzo por la construcción de la postura que refiere la existencia de un vínculo y/o relación significativa entre la obesidad y la depresión, donde esta última es descrita como una agrupación de síntomas susceptibles de valoración y ordenamiento en criterios diagnósticos racionales; mismos que con frecuencia se manifiestan de forma particular a través de la relación que establece la persona consigo mismo y posteriormente con la sociedad y sus tintes de cultura. Si bien el vínculo cuerpo-mente es un complejo y extraordinario universo que involucra al cuerpo desde su anatomía, fisiología y emociones en íntima correspondencia, esta relación a su vez se ve influenciada por su contexto geográfico, hábitos alimenticios entre otros factores, por lo cual, hablar sobre obesidad implica mencionar diversos caracteres que coadyuvan al desarrollo de esta “enfermedad de moda”, tales como el estilo de vida, hábitos alimenticios, inactividad física, herencia genética, etc., también es bien sabido que la obesidad involucra justamente a las emociones, siendo el manejo de estas últimas ante numerosas circunstancias a las cuales se enfrenta el ser humano con cotidianidad en función de su estado anímico, componentes que con probabilidad participan para el desencadenamiento de otros padecimientos tales como la depresión y lo que acompaña a ésta.

Brevemente, hablar de depresión es referirse a una modificación o afectación global en la vida psíquica de la persona haciendo especial énfasis en la esfera afectiva o emocional: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida (en mayor o en menor grado), ese estado al que puede ser propenso el ser humano debido a diversos factores, en los que se ve involucrado la historia de vida, estrategias de afrontamiento, características de la personalidad, etc., por lo cual es entendido su aparición multifactorial. Por ello el objetivo de este estudio descansa en determinar la presencia de sintomatología de la depresión en personas con exceso de tejido adiposo (obesas) a partir de la aplicación

del instrumento **CET-DE (Alonso-Fernández 1986)** *Cuestionario Estructural Tetradimensional para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión*(Edición 1986) lo cual permite conocer la dimensión o las dimensiones con mayor prevalencia, así mismo su participación para ampliar la explicación de la relación (obesidad-depresión) y en consecuencia su utilidad intervención integral de la salud.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I: OBESIDAD

1. Antecedentes de la Obesidad

En la antigua Roma, Galeno pensaba que la obesidad se generaba por desobediencia a las leyes de la naturaleza y la clasificó en dos tipos: moderada e inmoderada. La primera era catalogada como natural y la segunda como mórbida. Durante la Edad Media la religión cristiana influyó poderosamente en las actitudes hacia la comida y el peso corporal, la obesidad era un regalo de Dios, por lo que era un poco frecuente dada la escases de la comida y lo común de las plagas, pero la gula era considerada como un pecado capital (Sánchez-Castillo, 2002). Los placeres del buen comer con la consecuente obesidad eran privilegio solo de las clases sociales altas como los reyes, cardenales y papas (Martínez, 2005).

En el México prehispánico, en numerosos pueblos el adelgazar significaba enfermedad terrible (Sánchez-Castillo, et al., 2002). En la cultura Olmeca hay ejemplos de estatuas de mujeres obesas con vientre abultado, piernas y muslos gruesos, símbolo de fertilidad (Alvares, 2004). De acuerdo con los cronistas de la época, a Moctezuma se le enviaban más de 400 platillos diferentes para que seleccionara los de su gusto durante las fiestas, donde no solo se preparaban los platillos más ricos y elaborados sino que se comía en abundancia. Con la llegada de los españoles se fue generando una serie de cambios en la alimentación creando así una gastronomía producto del mestizaje (Sánchez- Castillo, et al., 2002).

Los modelos de belleza desde el Renacimiento hasta el Siglo XVIII, producían en mucho los estereotipos griegos que serían actualmente clasificados como obesos en la actualidad ideal de extrema delgadez.

A partir del siglo XIX con el desarrollo tecnológico y su afán de satisfacer la demanda alimentaria, tanto en calidad, facilidad de transporte y rigidez de preparación aparecieron productos con alto contenido de grasas y glúcidos identificados por su exquisito sabor y abuso de compuestos adictivos que crean concentraciones de

nutrientes de manera desproporcionada al metabolismo humano y que se van acumulando en forma de grasa. Las sociedades modernas, urbanas en su mayoría, convergen hacia el consumo de dietas con este tipo de productos en asociación con su estilo de vida cada vez más sedentario (Martínez, 2005).

La inactividad asociada con dietas mal balanceadas con alto contenido calórico se relaciona con condiciones crónicas del adulto, entre las más relevantes se asocian: enfermedades cardiovasculares, diabetes y algunos tipos de cáncer que aparecen a edades cada vez más tempranas (Martínez, 2005).

En la cultura contemporánea, la salud asociada al culto por el cuerpo se apodera de todos los medios de comunicación. Los expertos haciendo uso de su conocimiento lo disponen al servicio el bienestar colectivo, y lo que al principio eran advertencias y conjeturas, en la actualidad adquieren el rango de justificación objetiva, desde el momento en que la obesidad es delatora de una futura morbilidad, de ahí que se desprenda la necesidad de una intervención segura y eficaz (Massa, 1999).

1.1 Definiciones de Obesidad

Aunque en términos coloquiales referirnos a sobrepeso y obesidad puede sugerir un significado igual pero representan técnicamente dos cosas diferentes. El sobrepeso es definido como cualquier exceso de peso corporal que puede ser debido a un exceso de grasa, una estructura ósea gruesa o a un desarrollo de tejido muscular producido por la práctica prolongada de una actividad física. Por lo que una persona puede tener sobrepeso sin ser obesa. Sin embargo cuando el sobrepeso es debido a un exceso de grasa se utiliza el término de obesidad (Curtis, 1995).

La obesidad es descrita como el almacenamiento excesivo de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de la salud, asociada en la mayoría

de los casos a patología endócrina, cardiovascular y ortopédica (Norma Oficial Mexicana, 2000).

Exceso de grasa corporal, es decir que su masa total de tejido adiposo crece desproporcionadamente en relación con otros tejidos del cuerpo (Gómez-Peresmitré, 1993).

Para la Fundación Mexicana para la salud (2002) la obesidad es una entidad patológica, crónica y recidivante, que se caracteriza por una proporción excesiva (incremento de riesgos para la salud) de grasa corporal y que se relaciona con múltiples riesgos para la salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) califica a la obesidad como la epidemia del siglo XXI. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) en el año 2000 estimó que más de 300 millones de personas en el mundo la padecen.

1.2 Características de la Obesidad

De acuerdo con La Organización Mundial de la Salud (2000), la obesidad es una enfermedad caracterizada por la excesiva acumulación de grasa en el cuerpo. Convencionalmente, se denomina obesidad todos aquellos casos en los que el peso corporal supera el 20% del peso estándar establecido en las tablas que determinan el peso en función de la estatura. Los expertos advierten de que sus efectos más negativos se producen porque actúa como un agente que exagera y agrava a corto plazo y de forma evidente patologías como la diabetes, la hipertensión, las complicaciones cardiovasculares (cardiopatía isquémica) e incluso algunos tipos de cáncer como los gastrointestinales.

Dicho de otra manera estas son algunas de las características de la Obesidad:

Etiología

Una gran variedad de factores ambientales (entre los que incluyen los hábitos y estilos de vida, la contaminación ambiental, el estrés, la accidentalidad, etc.) junto con los factores hereditarios, pueden estar implicados en la etiología de estas enfermedades.

Cuando la ingesta de calorías es mayor que el gasto, el exceso se acumula en el tejido adiposo, produciendo la obesidad. La mayoría de las personas de peso normal (peso estándar establecido en tablas que determinan el peso en función de su estatura) parecen regular su peso corporal. Así, su peso tiende a ser el mismo año tras año, a pesar del intercambio de grandes cantidades de energía.

Teorías reguladoras

El hombre se considera teóricamente la consecuencia de la disminución de fuerza de la señal metabólica, de la depleción de los componentes nutritivos.

Cuatro teorías clásicas de la regulación del peso corporal se han basado en esta tesis. Estas teorías difieren entre sí solo en la naturaleza de la señal a la que atribuyen una importancia primaria. **La teoría termostática**, por ejemplo, propone que el aumento posprandial de la temperatura hipotalámica conduciría a la saciedad: el hambre deriva de una disminución de la temperatura en este lugar. Las **teorías hipostáticas, aminostáticas y glucostáticas** atribuyen el papel regulador crítico a los metabolitos circulantes de grasas, proteínas o hidratos de carbono respectivamente.

Se han realizado progresos en resolver un problema que desde antaño han marcado las teorías de la regulación del peso corporal; el problema es saber cómo una teoría fisiológica puede explicar la función de saciedad. La saciedad se produce tan pronto como se inicia la alimentación, cuando solo pudo haberse absorbido una pequeña proporción del contenido calórico total. La saciedad se basará solo en la información limitada sobre la ingesta realizada en este momento, en poco podría contribuir a la regulación de la ingesta de comida. Si los factores humorales no ponen fin al acto de comer ¿qué lo hace? Un estómago lleno sería la respuesta mejor que uno

podría imaginar. Las pruebas experimentales indican que un llenado gástrico, independientemente del valor del alimento, es el principal determinante de la saciedad en los experimentos de un solo alimento (carácter emocional).

Rasgos clínicos

Los **signos físicos** de la obesidad son principalmente, la consecuencia física directa del aumento del peso corporal y la masa periférica del tejido adiposo. La acumulación del exceso de grasa debajo del diafragma y en la pared torácica puede ejercer presión en los pulmones, provocando dificultad para respirar y ahogo, incluso con esfuerzo mínimo. La dificultad en la respiración puede inferir gravemente en el sueño, provocando una parada momentánea de la respiración (apnea del sueño), lo que causa somnolencia durante el día y otras complicaciones.

La obesidad puede causar diversos problemas ortopédicos, incluyendo dolor en la zona inferior de la espalda y agravamiento de la artrosis, especialmente en las caderas, rodillas y tobillos.

Los trastornos cutáneos son particularmente frecuentes. Dado que los obesos tienen una superficie corporal escasa con relación a su peso, no pueden eliminar el calor de su cuerpo de forma eficiente, por lo que sudan más que las personas delgadas. Es frecuente asimismo la tumefacción de los pies y los tobillos, causada por la acumulación a este nivel de pequeñas o moderadas cantidades de líquido (edemas).

Diversas personas obesas describen que comen en exceso cuando están emocionalmente alteradas, a menudo inmediatamente. Los trabajos que vinculan los factores emocionales con la obesidad a largo plazo parecieran poco más específicos.

Generalmente las personas obesas se quejan característicamente de ser incapaces de dejar de comer, es la persona obesa no habitual la que afirma sentirse impulsada a comer o la que come de forma voraz. Por el contrario, las personas obesas que parecen desordenadamente susceptibles a las claves alimentarias de su entorno, al

carácter de los alimentos y a la incapacidad de dejar de comer si se tiene comida adelante.

1.3 Clasificación y tipología de la Obesidad

Clásicamente se han considerado trastornos corporales tanto el exceso de peso corporal como la distribución anómala de grasa corporal. Por ello es primordial abordar la **Clasificación de acuerdo con el exceso de masa corporal** de acuerdo con Bouchard (1998):

- En función de la masa corporal podríamos definir como sujetos obesos a aquellos que presentan porcentajes de grasa corporal por encima de los valores considerados como normales, que son del 10 al 20% en los varones y del 20 al 30% en las mujeres adultas.
- El peso corporal se relaciona directamente con la grasa corporal total, de manera que resulta un parámetro adecuado para cuantificar el grado de obesidad.
- En la práctica clínica es la primera herramienta utilizada para valorar el **grado de sobrepeso u obesidad**, utilizando para ello:
 - a) **Tablas de peso:** se basa en la observación de diferencias notorias de riesgo de mortalidad entre grupos de individuos obesos con respecto a individuos de “peso deseable” para su edad y su sexo.
 - b) **Índices:** el más comúnmente usado es el índice de masa corporal (IMC), aun no es un excelente indicador de adiposidad en individuos con exceso de músculo como deportistas y ancianos, es índice utilizado por la mayoría de estudios epidemiológicos y el recomendado por diversas sociedades médicas y organizaciones de salud internacional para el uso clínico, dada su reproducibilidad, facilidad de utilización y capacidad de reflejar la adiposidad en la mayoría de la población (SEEDO, 2007).

$$\text{IMC} = \text{Peso (Kg)} / \text{Talla}^2 \text{ (M)}$$

Ventajas: se correlaciona en un 80% con la cuantía de tejido adiposo de forma directamente proporcional con el riesgo de morbilidad.

- c) En la clasificación de sobrepeso y obesidad aplicable tanto a mujeres en edad adulta propuesto por el comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el punto de corte para definir la obesidad es de un valor de IMC = 30 kg/m², limitando el rango para la normalidad a valores de IMC entre 18.5–24.9 kg/m², y el de sobrepeso a valores de IMC entre 25-29.9 kg/m² (**tabla 1**).

Tabla 1

CLASIFICACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD SEGÚN EL IMC (OMS)

	Clase de Obesidad	IMC kg/m ²
Infrapeso		<18.5
Normal		18.5-24.9
Sobrepeso		25.0-29.9
Obesidad	I	30.0-34.9
	II	35.0-39.9
Obesidad Extrema	III	≥40

Fuente: Elaborado por el Comité de Expertos de la OMS. Organización Mundial de la Salud. Reporte técnico, 2000.

- Sin embargo en el último consenso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO, 2007), se presentan dos diferencias importantes con respecto a la clasificación de la OMS (**tabla 2**).
 - Por una parte, el amplio rango que barca el sobrepeso en la que está incluida una gran parte de la población adulta, y que posee una gran importancia en la estrategia global de la lucha contra la obesidad y de los factores asociados, lo divide en dos categorías, clasificando al sobrepeso de grado II como preobesidad.
 - Una segunda diferencia es la introducción de un nuevo grado de obesidad (grado IV u obesidad extrema) para aquellos pacientes con IMC=50 kg/m²

y que son tributarios de indicadores especiales en la elección del procedimiento de cirugía bariátrica aconsejable.

Tabla 2

CLASIFICACIÓN DE LA OBESIDAD (SEEDO, 2007)

	IMC kg/m²
Peso insuficiente	<18.5
Normo peso	18.5-24.9
Sobrepeso grado I	25-26.9
Sobrepeso grado II (preobesidad)	27-29.9
Obesidad de tipo I	30-34.9
Obesidad de tipo II	35-39.9
Obesidad de tipo III (mórbida)	40-49.9
Obesidad de tipo IV (extrema)	>50

Fuente: Elaborado por el Conceso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad. SEEDO. Reporte técnico, 2007.

- En la población juvenil e infantil se utilizan como criterios para definir el peso y la obesidad los valores específicos por edad y sexo de los percentiles 85 y 97 del IMC respectivamente. En personas mayores de 60 años se utilizará el IMC siguiendo los mismos criterios que en adultos.

1.4 Factores relacionados con la Obesidad

Resulta primordial identificar factores de riesgo relacionados con el desarrollo de la Obesidad debido a que, tal como con anterioridad se mencionó, es de formación multifactorial así como padecimiento que da pauta a otras enfermedades que pudieran acompañar a esta, por ello, en este apartado se exponen sus factores de riesgo con mayor predominio.

1.4.1 Factores psicosociales y psicológicos

De acuerdo con Kaplan (1987), en los últimos años la obesidad ha sido relacionada con diversos elementos que se involucran para el desarrollo de esta, estilo de vida, hábitos alimenticios, hábitos de actividad física; aunque muy poco considerados, los aspectos psicológicos y familiares juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad, y por lo general raramente se abordan. Se habla de:

Determinantes genéticos: Se han postulado pruebas de una transmisión genética que pudiera respaldar fundamentos que indiquen cierto grado de predisposición a padecer sobrepeso u obesidad.

Determinante del desarrollo: El aumento de la masa del tejido adiposo de la obesidad puede derivar o de un aumento del tamaño de las células adiposas (obesidad hipertrófica), del aumento del tamaño y número de estas células (hipertrófico-hiperplástica). La mayoría de las personas cuya obesidad empezó en la vida adulta padecen obesidad hipertrófica. Cuando pierden peso, es solo por una disminución de tamaño de sus células adiposas; el número de sus células adiposas no cambia. Las personas cuya obesidad empezó en la infancia suelen sufrir obesidad hiperplástica, habitualmente combinada en el tipo hipertrófico-hiperplástico.

Actividad física: la restricción de la actividad física puede aumentar la ingesta de alimento.

Así mismo, diferentes estudios se han llevado a cabo para valorar los hábitos alimentarios y el estado nutricional de la población infantil y juvenil en el mundo y particularmente en México. En estos estudios se observan de manera común los siguientes aspectos asociados con una mayor prevalencia de obesidad: peso al nacer, ausencia de lactancia materna, horas de sueño, ingesta de grasa $\geq 38\%$, consumo alto de harinas, refrescos y embutidos, numerosas horas al día viendo la televisión, consumo bajo de frutas y verduras, nivel socioeconómico precario, bajo nivel educativo de la madre, actividad sedentaria (> 3 horas TV/día) y ausencia de práctica deportiva.

A continuación se describe cada uno de estos factores.

El **peso al nacer** se ha relacionado con el aporte energético materno durante el embarazo que, si el ambiente favorecedor perdura más allá de la gestación, puede influir en la alimentación del neonato y del niño. Por esta misma razón la obesidad de los padres está relacionada con los factores del ambiente que se comparten, así como el tipo de ingesta, la actividad física, entre otros.

En diversos estudios se ha visto que la **lactancia materna** es un factor protector frente a la obesidad, aunque con ciertas puntualizaciones. Según Daniels, Arnett, Eckel, Gidding, Hayman et al. (2005) en estudios diseñados para demostrar dicho efecto no se ha podido constatar dicha asociación; debido a factores de confusión como los factores socioeconómicos, ya que en el estatus social más desfavorecido no es posible la lactancia artificial por no tener medios económicos. Este mismo estatus también se ha relacionado con mayor prevalencia de obesidad porque esta población tiene un bajo nivel nutricional y formativo. Otra consideración que se debe tener en cuenta con la lactancia materna es el hecho de que dicho efecto protector desaparece si la madre ha fumado en el último trimestre del embarazo, probablemente porque en este periodo maduran los mecanismos internos de regulación del apetito y el tabaco afecta a la correcta maduración de dichos mecanismos.

Respecto a las **características familiares**, la obesidad se encuentra dentro de las familias por que comparten genes y ambientes. Anderson y Butcher (2006) describen una influencia fuerte de la familia en la obesidad de los hijos. En cuanto a la relación madre-hijo, Bruch (1973) enunció las consecuencias de largo alcance que esta relación tiene sobre la obesidad del niño. Afirmó que acosar al niño con comida cada vez que llora y continuar empleando la comida para tranquilizarlo durante su desarrollo puede equivaler a criar un pequeño que confunde sus estados internos. Para Bruch, la conciencia del hambre y la saciedad contienen elementos aprendidos, lo mismo que la frustración, la ansiedad y la tensión. Como resultado de la confusión, por tanto, la sobrealimentación enseña eslabonamientos defectuosos entre los estados internos y el acto de comer; la sobrealimentación temprana antecede a la ingesta excesiva ulterior. Los mensajes contradictorios que oyen muchos niños obesos, que se les dicen que

coman, que disfruten y soporten las consecuencias, podrían añadirse también. Existe cierta controversia en relación al papel que juega la familia en la aparición de la obesidad. Sin embargo, es trascendental el reconocimiento del papel de la familia, como factor determinante en el desarrollo del niño. No existe influencia mayor sobre los hábitos alimentarios, las actitudes y conductas en torno a los alimentos que la que proviene del ambiente familiar. La percepción que los padres tienen de su hijo obeso y la percepción de éste con respecto a sus padres, sean obesos o no, puede aportar información relevante para la prevención de esta problemática. Además de que los padres constituyen los modelos o patrones fundamentales a seguir por los hijos, por lo que estos modelos son la base para la formación y modificación de conductas en los niños.

Así mismo, la obesidad ha sido considerada como trastorno psicossomático por diversos autores, quienes han sugerido que la dinámica familiar juega un papel trascendental en la génesis de aquélla. De acuerdo con Onnis (1990), el sistema familiar de sujetos obesos, anoréxicos y bulímicos, se caracteriza por ser más conflictivo, desorganizado, crítico y amurallado. A su vez, Minuchin (1988) señaló que la alta incidencia de inmadurez, pasividad y conflictos en las relaciones interpersonales es algo que siempre existe en una familia con miembros obesos. Al respecto Ganley (1986, 1992) planteó que esta clase de familias también se caracteriza por la presencia de amalgamiento, rigidez y hastío; así mismo, utilizan patrones de comunicación pobres, lo que impide a veces expresar sus emociones. La comunicación en estas familias presenta disturbios en el contenido de los mensajes, presencia de conflictos emocionales y roles difusos, dando como resultado niveles de comunicación inefectivos.

Debido a que se propone que la obesidad no es el resultado de una cadena lineal causa-efecto, sino que es la interacción entre factores y componentes de un sistema, la familia debe considerarse parte de la problemática. La familia es un sistema dentro del cual los individuos están integrados formando parte de él, de tal manera que la conducta de ellos depende del efecto de las interacciones y de las características organizacionales de la familia que interactúan entre sí formando un todo.

Entonces, la familia actúa como un contexto genético y ambiental para el individuo obeso, por esto los padres pueden influir en las conductas alimentarias de sus hijos directamente a través del proceso de modelamiento, particularmente de actitudes y conductas con respecto a la comida y al peso. El ambiente familiar puede contribuir al desarrollo de la obesidad. Los estilos de los padres pueden influir en el desarrollo de las preferencias alimentarias, en la exposición a estímulos de comida y en la habilidad de los hijos para regular su selección e ingesta, logrando establecer el ambiente emocional y físico en el que puede o no desarrollarse la obesidad. Los padres y demás miembros de la familia disponen y planean un ambiente común y compartido que puede ser conductor de la sobrealimentación o de un estilo de vida sedentario. Los miembros de la familia sirven como modelos y refuerzan o apoyan la adquisición y mantenimiento de las conductas alimentarias y de ejercicio.

Otro factor de riesgo es la duración de **horas de sueño**. Los niños que duermen más de 12 horas son menos obesos que aquellos que duermen menos de 10 horas, se plantea que esto se debe a que los niños que duermen más están menos tiempo expuestos a los factores ambientales que favorecen la obesidad. También se puede hipotetizar que el número de horas de sueño está relacionado con la actividad física realizada, así los niños que duermen más están más cansados por haber realizado mayor cantidad de ejercicio durante el día. Se establece *la relación entre el peso y la cantidad de ingesta de refrescos o bebidas refrescantes azucaradas*, al respecto se hipotetiza que son calorías extra que no van a sustituir las calorías que vayan a ser consumidas posteriormente al ser ingeridas en forma de líquido.

El **ambiente que incita a la ingesta excesiva** de calorías se ve favorecido por la idea “universal” que tenemos en la costumbre de celebrar todo comiendo de forma exagerada: bodas, bautizos, comuniones, cumpleaños, navidad, reyes, fiestas locales, comidas de la empresa, obtención de una plaza, fin de cursos, éxitos deportivos, visitas a las casas de familiares o amigos, etc. Aunque estas conductas son propias de adultos, los padres se las transmiten directa o indirectamente a los hijos. Además, se están promocionando alimentos de sabores atractivos y con denso contenido en calorías entre los niños y adolescentes. El ambiente que desanima a mantener niveles

adecuados de gasto calórico está representado por todos los “ingenios mecánicos” que individualmente puede que nos ahorren pocas calorías, pero que en conjunto y en el transcurso de los días suponen un ahorro de consumo de energía notable, y por la proliferación y promoción de las conductas sedentarias (videojuegos, televisión, asistencia a espectáculos o actividades en las que se participa como espectador).

El **modelo biopsicosocial** señala que la exposición al agente patógeno, por ejemplo, un virus o bacteria no tiene necesariamente que desembocar en la infección y desarrollo de enfermedad por parte del individuo expuesto, sino que dependerá del grado de vulnerabilidad inmunológica que presente; y a su vez, esa mayor o menor vulnerabilidad estará relacionada con los hábitos de salud (dieta, tabaco, alcohol, práctica deportiva, horas de sueño, etc.), el ajuste psicológico (por ejemplo, los niveles de estrés) y social (disponibilidad de apoyo social entre otros) de cada individuo. El surgimiento de esta “nueva forma” de conceptualizar a la salud, llevó a la psicología, también a reconceptualizar y replantearse las tareas que venía desarrollando en el campo de la salud, específicamente respecto a la “Psicología de la Salud”; que tiene como objeto de estudio al comportamiento humano, que incluye las cogniciones, respuestas fisiológicas o biológicas no observables en sí mismas y las conductas manifiestas u observables. Cabe señalar que los ecosistemas en los que el organismo está inmerso, el ambiente físico y social en el que el individuo se mueve determinan en gran parte, no solo los comportamientos adaptativos concretos, sino los sistemas generales de adaptación.

Además, y ésta es la cuestión importante, determinados ecosistemas producen/inducen sistemas de adaptación específicos, inadecuados en otros ecosistemas o en un sistema más amplio. Este abordaje ha contribuido directamente al aumento en la comprensión del papel de diversas variables comportamentales sobre la etiología y la progresión de la enfermedad, a través de la influencia de factores como el estrés sobre los sistemas nervioso, inmunitario, endocrino y del efecto de técnicas como el biofeedback y la relajación entre otros. Debido a que la mayoría de los padecimientos resultan de un estilo de vida poco saludable y son no infecciosos, el interés desde una *perspectiva conductual* cobra gran relevancia, donde la intervención

psicológica toma un papel preponderante, pues el padecer enfermedades crónico degenerativas implica la presencia/ausencia de diversas *variables psicológicas, comportamentales y actitudinales* que dan lugar a valoraciones específicas en la calidad de vida de los individuos que las padecen.

Por otro lado, es importante señalar que las enfermedades crónico-degenerativas afectan a todos los grupos socioeconómicos de la sociedad e imponen dos tipos de cargas: por una parte, afectan la productividad de los individuos y su capacidad de generar ingresos y, por la otra, originan un mayor consumo de servicios sociales y de salud, generalmente de alto costo. Por tanto, la enfermedad crónica degenerativa puede ser definida como aquel trastorno orgánico de funciones que obliga a una modificación en el modo de vida del paciente y que es probable que persista largo tiempo. Una gran variedad de factores ambientales (entre los que incluyen los hábitos y estilos de vida, la contaminación ambiental, el estrés, la accidentalidad, etc.) junto con los factores hereditarios, pueden estar implicados en la etiología de estas enfermedades. Las experiencias previas relacionadas con la enfermedad dan lugar a la percepción de amenaza o gravedad del padecimiento, de tal modo que los factores comportamentales y actitudinales, así como las características individuales implicadas en el estilo de vida, lograrán el manejo o control de la enfermedad.

En el plano de lo social, en México algunos estudios han demostrado que los niños y adolescentes mexicanos prefieren la amistad de un niño con peso normal y seleccionan al niño con sobrepeso en último lugar, entre niños con seis diferentes características físicas. En dos investigaciones realizadas también en nuestro país en escolares mexicanos, se encontró que las niñas desde muy corta edad adoptan una actitud “lipofóbica” (que han asimilado de su entorno social), y que comparten con las jóvenes de mayor edad no solo el deseo de una imagen corporal delgada, sino que también se muestran insatisfechas con su imagen corporal (quieren estar más delgadas). Ahora bien, en la desesperación por alcanzar el peso más bajo posible, la persona obesa sufre constantemente la humillación y la discriminación de una sociedad que no está adaptada para ellos, que les teme y los rechaza. Las personas tienden a pensar “que está así porque quiere”, “no tiene voluntad”.

Se conceptualiza al obeso como carente de voluntad y compromiso; habiendo empleadores que toman estos y otros argumentos para rechazarlos, creen que se trata de una enfermedad que condiciona el desempeño de las tareas laborales. También el obeso se siente excluido al vestirse, viajar en transporte público o concurrir a ciertos lugares públicos.

De manera general se refleja una realidad producto de un ecosistema sociocultural invadido de ideas, valores, creencias, actitudes y sus estilos de vida consecuentes (en pro del culto a la delgadez).

En las evaluaciones psicológicas que valoran ansiedad y emocionalidad, se reportan puntajes más altos en los individuos obesos (niños, adolescentes y adultos) que en la gente con peso normal, también muestran niveles elevados de tensión, impulsividad y agresividad. Otros estudios han detectado que las personas obesas se enfrentan con una serie de dificultades en el reconocimiento, clasificación y descripción de sus emociones.

Problemas relacionados con la imagen corporal

Ahora bien, un factor que se ha estudiado por su relevancia al respecto de la obesidad es la imagen corporal, ya que juega un papel determinante en el desarrollo de las características psicológicas de los individuos obesos.

La imagen corporal fue descrita por Schilder (1935) como “la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo; es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta”. En esta definición está implícita la idea de que la imagen corporal no es necesariamente consistente con nuestra apariencia física real, y resalta, por el contrario, la importancia de las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su cuerpo. La imagen corporal se define como una configuración global o conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias, debidas a cambios psicológicos, sociales y culturales.

Cash (2004) señala que la imagen corporal es una representación psicológica subjetiva que puede llegar a ser sorprendentemente diferente de la apariencia real.

Zukelfeld (1996) identifica a la imagen corporal como la representación consciente e inconsciente del propio cuerpo que se realiza a través de tres tipos de registros: a) de la forma o figura, clásicamente conocido como esquema corporal, que hace referencia a las percepciones conscientes vinculadas al tamaño y límites corporales en cuanto al aspecto, postura, dimensiones (ancho, alto, espesor y peso), ubicación en el espacio, movimiento y superficie corporal, accesible a los órganos de los sentidos; b) del contenido, corresponde a las percepciones interoceptivas o propioceptivas, cinestésicas, habitualmente preconscientes y a las necesidades, como son el registro de hambre-saciedad, tensión-distensión, frío-calor, etc.), del significado, que se corresponde con el concepto de cuerpo erógeno e incluye las representaciones inconscientes del deseo y sus vicisitudes, la capacidad de comunicar y simbolizar y de crear relaciones vinculares intersubjetivas y sociales.

Ahora bien, Bruch (1962) fue la primera investigadora que propuso el concepto de distorsión de la imagen corporal, que evidenciada por la sobre-estimación de su tamaño, era una característica patognomónica de la anorexia nerviosa. Desde entonces, muchos estudios han mostrado interés por este fenómeno específicamente relacionado con los trastornos alimentarios. La bibliografía sobre la distorsión en la imagen corporal ha sido revisada por Garner y Garfinkel (1981) y por Hsu (1982). Estos autores han puesto de manifiesto la inconsistencia en los resultados derivados de tales estudios: en donde se constata la sobreestimación en mujeres anoréxicas, pero también hay estudios que comprueban incluso sub-estimación del tamaño corporal en estas pacientes. Desde entonces el concepto de imagen corporal se ha desarrollado definiéndose como una experiencia psicológica de la corporalidad constituida por múltiples facetas, especialmente, pero no exclusivamente por la apariencia corporal propia. Engloba autopercepciones y autoactitudes relacionadas con el cuerpo, incluyendo creencias, sentimientos y conductas. La insatisfacción corporal y la percepción de uno mismo como “gordo” junto con otros comportamientos alimentarios (dieta) son características ampliamente prevalentes en las mujeres. Estos síntomas

afectan desde mujeres normales sin trastorno alimentario hasta mujeres con trastornos alimentarios.

Cabe destacar que antes de finales de los años de 1980, la imagen corporal era vista como una problemática prioritariamente femenina, la mayor parte de la literatura disponible sobre trastornos de la alimentación e imagen corporal se refiere a las mujeres; sin embargo, estudios posteriores empezaron a mostrar que los hombres también padecen preocupaciones por su propia imagen.

En México, Gómez-Peresmitré (1995) obtuvo prevalencias y patrones de distribución de obesidad y de distorsión de la imagen corporal en diferentes muestras de poblaciones mexicanas, donde se señala la importancia de la distorsión de la imagen corporal, como precedente de prácticas de riesgo asociadas a trastornos de la conducta alimentaria.

La *Carencia de habilidades sociales* parece ser que los sujetos obesos se enfrentan con dificultades cuando intentan mantener o establecer relaciones interpersonales; es posible que esto se deba a que carecen de algunas habilidades sociales como son: asertividad, problemas para descifrar algunos mensajes no verbales, dificultades para expresar sus sentimientos y una carencia de ajuste social. Todo ello se refleja en las altas tasas de soledad que exhiben esta clase de sujetos. Las personas que tienen problemas relacionados con la alimentación viven problemas de autonomía e independencia, problemas interpersonales como introversión, inseguridad, dependencia, ansiedad social, falta de aserción, dificultad para relacionarse con el sexo opuesto, sensación de ineficacia, fracaso y falta de control en el ámbito escolar, laboral y social.

Durante mucho tiempo se ha mantenido la idea de que los obesos eran sujetos que tenían problemas de **personalidad** que aliviaban mediante la conducta del comer. Así se ha investigado la existencia de una personalidad que predispone, favorece o determina esta enfermedad. Situación que ha sido discutida de manera importante en el campo psicológico; sin embargo, hasta la actualidad no se puede definir una condición psicopatológica específica vinculada a la obesidad.

Los hallazgos psicopatológicos en algunos obesos tienen poca relación con la noción popular de una “personalidad tipo” del obeso. Acorde con esta visión, la persona que padece obesidad puede aparentar ser feliz y sin problemas en la interacción social, pero padecer de sentimientos de inferioridad, ser pasivo dependiente, tener una profunda necesidad de ser amado; e inclusive padecer depresión.

Hilde Bruch (1973) señala la dificultad que tienen las personas obesas para identificar sus propias sensaciones, no pudiendo distinguir hambre de saciedad, ni hambre de otras emociones que vive cotidianamente. La consecuencia de esto es el comer como respuesta a las emociones más diversas. Esta conducta en el adulto, repite su trauma específico temprano: haber sido alimentados cuando manifestaban a sus madres un estado de tensión interna, independientemente de la situación que los conflictuaba.

Algunos estudios evidencian que es más común encontrar trastornos de personalidad y problemas psiquiátricos en las personas obesas que en las de peso normal. Mancilla-Díaz *et. ál*, 1992 encontraron que sujetos obesos que asistían a una clínica de control de peso, presentaban características de personalidad tales como: activas, dominantes, vigorosas, y así mismo, correlacionan negativamente con las medidas de índice de grasa.

En cuanto a las alteraciones de la personalidad y los problemas psiquiátricos, se ha reportado que los trastornos más frecuentes en pacientes con obesidad mórbida son: agorafobia, depresión mayor, fobia simple, bulimia y dependencia del tabaco. Asimismo, se han apreciado trastornos de personalidad relacionados con conductas excéntricas, dramáticas, una elevada ansiedad, conductas de evasión y agresión. Desde esta perspectiva, la obesidad es visualizada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social. Sin embargo, se debe recordar que la obesidad es en sí misma un estado patológico, investida de estigmas sociales, que no tiene que ver exclusivamente con un problema de estética corporal, sino que atenta incluso contra las cualidades emocionales, de carácter o personalidad afectando a cualquier tipo de población de cualquier edad. Esto sin olvidar las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas, como son un aumento de depresión,

ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad, de los ciclos de pérdida- recuperación de peso (efecto yo-yo), donde las personas se sienten culpables, avergonzadas, inadecuadas y criticadas por su fracaso por familiares, compañeros de trabajo y profesionales de la salud. Logrando conducir a la persona obesa dentro de un círculo vicioso del que resulta imposible salir, volviendo después de tantos esfuerzos de nuevo a la depresión, la ansiedad, angustia y al trastorno por atracón.

1.5 Contextualización actual de la Obesidad en México

La obesidad ha aumentado de manera alarmante en el mundo y particularmente en México, representando altos costos individuales, familiares y sociales, evidenciados en el perfil epidemiológico de morbilidad y mortalidad en la salud pública nacional. La obesidad es en sí misma un factor de riesgo de enfermedades crónicas, principalmente diabetes, enfermedad cardiovascular y dislipidemias, tanto en la niñez como en la edad adulta. Es por ello que la definición y profundización en el estudio de los factores biológicos, psicológicos y sociales relacionados con esta problemática cobran gran relevancia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) califica a la obesidad como la epidemia del siglo XXI. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) en el año 2000 estimó que más de 300 millones de personas en el mundo la padecen.

La obesidad está relacionada con factores biológicos, pero en gran medida también con aspectos ambientales concernientes sobre todo con modificaciones en el régimen alimenticio, así mismo, con el acceso a los alimentos y su industrialización, con la tendencia a la disminución de la actividad física; además de factores socioeconómicos, culturales y psicológicos.

La obesidad ha tenido un fuerte impacto sobre la mortalidad, planteándose una reducción de siete años en la esperanza de vida para un individuo obeso de 40 años

comparado con otro de peso normal; convirtiéndose en la segunda causa de mortalidad evitable después del hábito tabáquico.

Además, representa un factor de riesgo de las enfermedades crónicas más prevalentes en nuestra sociedad, como la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, la patología músculo- esquelético, algunos tipos de cáncer y diversos trastornos psicosociales.

La primera característica de la epidemia de obesidad, además de su carácter mundial, es que afecta a todos los grupos de edad, incluida a la población infantil y juvenil. La OMS calcula que en el año 2005 había en todo el mundo al menos 20 millones de menores de 5 años con sobrepeso. Estas cifras presentan variaciones importantes en el mundo, cuyos extremos están representados por el continente americano, con cifras de sobrepeso cercanos al 30%, y por África subsahariana donde la prevalencia está muy por debajo del 5%.

La prevalencia es más alta entre los 5 y los 9 años en Europa, África y Oriente medio, mientras que en los continentes asiático y americano la prevalencia es más alta en el grupo de 13 a 17 años. Las consecuencias de la epidemia de obesidad entre la población infantil y juvenil no se han hecho esperar, los factores de riesgo cardiovascular asociados a la obesidad aparecen cada vez más pronto y con mayor frecuencia, un fenómeno que puede observarse en zonas muy distantes del planeta unas con otras y con diferentes niveles de desarrollo socioeconómico. Por ejemplo, en Estados Unidos, entre el 8% y el 45% de los nuevos casos de diabetes en niños y adolescentes son de tipo 2.

México está en los primeros lugares, ya que el 26% de la población es obesa y el 52% tiene sobrepeso. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006), se señala que en la edad escolar entre 1999 y 2006, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en niños y niñas aumentó un tercio (principalmente en hombres). En el caso de los adolescentes, uno de cada tres hombres o mujeres adolescentes tiene sobrepeso u obesidad.

1.6 Relación entre Obesidad y Depresión

Al hablar sobre trastornos alimenticios, con frecuencia se observa destacan bulimia y anorexia, difícilmente se habla sobre obesidad, lo cual, se caracteriza por ser elemento alarmante en la actual población mexicana, y es que, como se menciona con anterioridad, de aquí que resultan otras tantas enfermedades o trastornos, tal como la depresión, siendo este trastorno, el cual se aborda en conjunto con la obesidad, permite identificar si personas con exceso de tejido adiposo presentan síntomas pertenecientes a la depresión; aun cuando esta relación ha sido ampliamente explorada, se sabe:

Con respecto a la obesidad particularmente De Ajuriaguerra (1977) señala que la hiperfagia (es una situación caracterizada por un aumento excesivo de la sensación de apetito e ingestas descontroladas de alimentos, sin razón aparente), ocupa el lugar de la agresividad y tiene también un valor simbólico: comer equivaldría a poder mantener la fuerza, y por tanto la obesidad responde a un trastorno de la personalidad.

Stunkard, Faith y Allison (2003) estudian la compleja relación entre obesidad y depresión distinguiendo factores moderadores: gravedad de la depresión, grado de la obesidad, género, situación socioeconómica, interacciones entre la genética y el ambiente, experiencias en la infancia, y factores mediadores: como la ingesta alimentaria y la actividad física, burlas, trastornos alimentarios y estrés. La depresión no sólo es consecuencia de la obesidad, sino que a veces puede antecederla.

Capítulo II: DEPRESION

Contemplar el trayecto con tinte histórico que antecede a la depresión, el fundamento que precede a la definición y lo que conlleva a la depresión, permite mayor comprensión de aquello que es abordado en esta investigación, para ello, revisemos parte de información que plantea lo anteriormente mencionado.

Aun cuando el uso del término depresión se remonta a un cuarto de siglo, siendo por lo tanto contemporáneo del advenimiento de la psicofarmacología, el cuadro patológico en su forma severa fue descrito desde la época grecorromana con el nombre de melancolía (termino que es retomado en un apartado posterior). Ya en el Siglo IV a. de C., Hipócrates afirmaba que, desde el punto de vista médico, los problemas que hoy llamamos psiquiátricos están relacionados por la reacción conjunta de cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema, y que la melancolía era producida por la bilis negra, o atrabilis (Hill, 1970). Durante la Edad Media, filósofos destacados como Santo Tomas de Aquino sostenía que a melancolía era producida por demonios e influencias astrales. Esta creencia comenzó a abandonarse en 1930, cuando Robert Burton publicó su famoso tratado de Anatomía de la melancolía, obra que facilitó en mucho la identificación de los estados depresivos.

2. Antecedentes de la Depresión

A pesar de que el uso del término moderno de la depresión se remonta a la época Grecorromana con el nombre de melancolía. Desde el Siglo IV antes de Cristo, Hipócrates afirmaba que desde el punto de vista médico, los problemas que hoy se llaman psiquiátricos se relacionaban con la reacción conjunta de los cuatro humores corporales: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema. De tal forma que la melancolía era producida por un exceso de bilis negra o atrabilis (Calderón, 1999).

Así, en el siglo V antes de Cristo, Hipócrates define el término melancolía, y según él, consistiría en un exceso de bilis negra en la sangre que actuaría sobre el cuerpo y el alma del enfermo creando un estado caracterizado por la aversión a la

comida, desesperación, insomnio, irritabilidad, intranquilidad, temor, tristeza y el abatimiento. De este modo, quedaba identificado el trastorno depresivo o como lo diría Hipócrates “el humor negro” para definir la tristeza (Widlocher, 1986).

Durante el Siglo II d.c. (después de Cristo), la descripción estándar cristalizó en una estructura conceptual cada vez más estable, de forma que los escritos médicos islámicos y occidentales mantuvieron la misma definición y comprensión básica del problema durante casi mil quinientos años. Esta definición se basa inevitablemente en las descripciones de Rufo de Efeso a comienzos de dicho siglo II d.c., con algunas modificaciones de Galeno. Los rasgos fundamentales de esta descripción clínica eran los siguientes: la melancolía era una forma de locura crónica, no febril, en la que el paciente se mostraba anormalmente temeroso, triste, cansado de la vida, misántropo, y que con frecuencia se acompañaba de alguna idea delirante circunscrita. Los hipocráticos describieron también síntomas de perturbaciones gastrointestinales asociados, y, entre ellos, progresivamente se destacó el estreñimiento. También se mencionaban, de forma menos constante, las ideas suicidas y el riesgo de suicidio.

Hemos de esperar hasta los Siglos XVI y XVII para que a lleve a cabo una serie de modificaciones en estas descripciones clásicas de la melancolía. El factor desencadenante de la patología, esto es, la característica reactiva o secundaria, comenzó a citarse en las descripciones. En la melancolía moderna, primer la tristeza y posteriormente el miedo, se clasificaban ya como “sin causa” o “sin causa aparente” este elemento definitorio puede rastrearse ya en descripciones previa, pero no es hasta el Siglo XVI e que se convierte en otro de los síntomas típicos de la melancolía.

Dos de los rasgos característicos básicos de la melancolía clásica se fue desgajando una categoría independiente. El conjunto de síntomas conocido como hipocondríaco (la flatulencia, problemas digestivos, diversos dolores, y molestias asociados a ellos) tomó cada vez mayor independencia frente a los cuadros donde predominaba el ánimo triste o el miedo. Esta hipocondría, a partir de Boerhaave, se concibe ya como un problema claramente distinto a la melancolía e incluso a la manía.

Hasta los inicios del siglo XIX, se denominaban una especie de “locura parcial” que se oponía a los trastornos generales melancólicos a un gran número de enfermos de todo tipo. De modo más particular, desde el Renacimiento, la melancolía designaba una especie de pacientes que implicaba forzosamente la tristeza. Esquirol distinguía en un grupo de las “locuras parciales” y monomanías “una monomanía propiamente dicha” con un elemento expansivo y una monomanía triste o *lipemanía*. Pero esta lipemanía representaba todavía un grupo muy heterogéneo, puesto que sucesivamente fueron aislándose el estupor y la confusión mental, las manifestaciones que más adelante constituirían la psiconeurosis obsesiva (Morel), el estupor catatónico y los delirios crónicos de persecución (Falret, Lasegue, 1854).

Los estados melancólicos así "aislados" fueron integrados entonces dentro de una psicosis bien caracterizada por su evolución: la *locura de doble forma* (Kraepelin, 1854), *locura circular* (Falret, 1854) o *psicosis maniacodepresiva* (Kraepelin, 1854). A partir de fines de siglo XIX, los estudios de la melancolía se interesaron por su aspecto biológico y hereditario. La melancolía, en su forma franca, sintomática de la psicosis maniacodepresiva, se convirtió en el prototipo de la psicosis “degenerativa”, “constitucional” o “endógena”. Después, y paralelamente a los estudios biológicos y neurofisiológicos, la melancolía (como la manía) ha sido objeto de análisis psicológico, especialmente por parte de los psicoanalistas (K. Abraham, 1911; Freud, 1915, etc.) y fenomenólogos (Minkowski, Straauss, etc.). Numerosos hechos demuestran, sin embargo, que el humor depende de un mecanismo complejo en el que intervienen las interacciones hipotalamocorticales (Delay). Por otra parte, la regulación tímica es objeto, en el momento actual, de una cantidad considerable de estudios y trabajos sobre el papel fisiológico y fisiopatológico de las monoaminas cerebrales (serotonina y catecolaminas) que, por el momento, son más difíciles de sintetizar de forma coherente y satisfactoria.

Respecto a los clásicos delirios del melancólico, durante el Siglo XIX, se describe a la melancolía simple como un subtipo sin delirio que puede (o no) empeorar y convertirse en una melancolía delirante. Cada vez más el énfasis en el diagnóstico fue virando hacia las anomalías afectivas como componente esencial del cuadro en lugar

de las ideas delirantes; incluso el enlentecimiento motor y del pensamiento, que inicialmente se veía como secundario a la tristeza, se fue convirtiendo en uno de los elementos constitutivos del núcleo descriptivo del trastorno.

Kraepelin a principios del Siglo XX, reúne de nuevo los conceptos de manía y melancolía en su estado de insania maníaco-depresiva, describiendo dos triadas de síntomas nucleares en cada extremo. Para la manía, la triada fundamental la constituían la fuga de ideas, la exaltación y la hiperactividad, mientras que para la melancolía, la triada característica la constituían la inhibición del pensamiento, la depresión de los sentimientos y la inhibición motriz. A principios del Siglo XIX, Philippe Pinel (1801) indicó que el pensamiento de los melancólicos estaba completamente concentrado en un objeto (obsesivamente), y que la memoria y que la asociación de ideas estaban frecuentemente perturbadas, pudiendo en ocasiones introducir al suicidio. Como causas posibles de la melancolía señaló, en primer lugar, las psicológicas (miedo, desengaños amorosos, pérdida de propiedades, dificultades familiares, etc.) y en segunda las físicas (la amenorrea, puerperio, etc.). Durante todo el Siglo XX, la tradición Kraepeliana ha propuesto estos síntomas como fundamentales para la melancolía, pero no han abandonado tampoco el resto de signos y síntomas ya clásicos de la melancolía.

2.1 Modelos psicológicos de la depresión

Los modelos de psicoterapia que se proponen tratar la depresión han sido clasificados como perspectivas **intrapsíquicas** (p. ej. Beck et al., 1979; Freud, 1916-1971/1960, 1933, 1917/1950, 1963), **interpersonales** (p. ej. Klerman et al., 1984; Safran 1990) **conductuales** (Ferster, 1973) o **biológicas** (Akiskal y McKinney, 1975). Akiskal y McKinney (1976) señalan que existe un lazo común entre estas cuatro categorías, que es evidente en la manera en que todas definen la “depresión”. La definición común de depresión incluye una sensación general de desamparo que es resultado de una percepción personal de incapacidad, donde la persona se siente impotente para

controlar su vida (Akiskal y McNinney, 1975; Whybrow et al., 1985). Estas evaluaciones o cogniciones negativas que se asocian con acciones de retraimiento social.

Desde un punto de vista psicológico existen diversas formas explicar la depresión. A continuación veremos de qué modo se ha esquematizado la depresión desde la teoría psicodinámica:

En un intento de sistematizar el trastorno maníaco-depresivo, en 1911 Abraham comparó la depresión con el duelo luctuoso (la pérdida de un ser querido). Según este autor la diferencia esencial entre aquella y éste radica en que la persona afectada por el duelo luctuoso es consciente de su preocupación por la pérdida de un ser querido y, en cambio, el individuo depresivo está inmerso en imprecisos sentimientos de pérdida, de culpa y de poca autoestima. De acuerdo con este autor podemos decir que el individuo depresivo interioriza la pérdida como un rechazo de sí mismo y a confunde o la relaciona inconscientemente con sus propias experiencias tempranas.

En su teoría psicoanalítica Freud profundizó en las ideas de Abraham con el propósito de dotar a la depresión de un cuerpo teórico. Para Freud la diferencia fundamental entre el duelo luctuoso y la depresión está en que en esta última la poca autoestima es un síntoma, y además la pérdida inconsciente, a diferencia del duelo luctuoso, en que la pérdida es consciente.

Según Freud el individuo depresivo también padece una pérdida, pero es también simbólica y no se relaciona con la persona pérdida. En otras palabras, la tendencia a culpabilizarse y los autorreproches del individuo depresivo están dirigidos en realidad, de manera inconsciente, a la persona pérdida. El individuo depresivo asume los tributos que percibía en esa persona. Y partir de ese momento la depresión se convierte en un proceso narcisista dirigido hacia el interior de la persona, en lugar de estar dirigido hacia el exterior. De aquí surgen dos rasgos característicos del paciente depresivo: el sadomasoquismo y la dependencia oral.

Más tarde Abraham desarrolló los postulados teóricos de Freud y argumentó que existían diversas dificultades durante el proceso evolutivo de la infancia que, a su vez, daban pie a la aparición del malestar depresivo en la edad adulta. En general el origen

de estas dificultades está en la pérdida o en la falta de amor en el niño. Esto da lugar a una fijación del desarrollo afectivo en la fase oral, que explica o implica la dependencia de las personas y acontecimientos que aportan gratificaciones afectivas.

En 1948 Melanie Klein propuso y argumentó en favor de una base psicodinámica distinta para explicar el desarrollo de la depresión. Según Klein es durante el primer año de vida de las personas cuando se forma la base de lo que más tarde puede ser un padecimiento depresivo. A juicio de Klein todos los niños atraviesan un estado evolutivo al que llama actitud depresiva y que, en su opinión, está caracterizado por un periodo de tristeza, temores y culpa. Al sentirse frustrado por la carencia o la pérdida de amor, el niño se vuelve contra la madre y desarrolla fantasías de tipo sádico y destructivo dirigidas contra ella. Esta situación provoca en el niño estados de ansiedad y de culpa. Además, debido a la incapacidad del niño para distinguir el mundo exterior (su madre) del interior (de sí mismo) y de las imágenes que interioriza de la madre, todo se transforma en intenso temor a autodestruirse. Esta es la explicación de Klein a la fase denominada depresiva. La base patológica para el desarrollo de la depresión en la edad adulta se da cuando el niño no ha comprobado que la madre a la que odia y ama a la vez es la misma persona.

En 1953 Eduard Bibring destacó y dio una importancia primordial a la pérdida de la autoestima como elemento clave de la depresión. Sus ideas se abarcan más a la respuesta consciente de acontecimientos que a los conflictos inconscientes entre el yo y el superyó. Aun cuando estaba de acuerdo en dar importancia a las experiencias iniciales de la infancia como base para el desarrollo de la depresión en la edad adulta, sostuvo que la depresión se desarrolla y se instaura como resultado de la frustración de las expectativas conscientes. También discrepaba de los psicoanalistas anteriores, que creían que las dificultades en el manejo de los sentimientos agresivos desempeñan una función primordial en el origen de la depresión.

Teorías biológica y psicológica

Las depresiones exógenas o reactivas se ven como respuesta a experiencias traumáticas precipitantes en la vida del paciente, en tanto que las depresiones endógenas se consideran como una expresión de un patrón de reacción constitucionalmente condicionado, que está relativamente poco afectado por los acontecimientos externos. El concepto de depresión endógena es útil, en efecto para el paciente deprimido darse cuenta de que sus síntomas tienen como significado el examen de lo que dio origen al episodio, ya se trate o no del factor etiológico principal, ayuda a menudo al paciente a comprenderse a sí mismo. Las experiencias neuróticas podrían derivarse de factores precipitantes específicos más fácilmente que cualquier otro tipo de síntoma neurótico.

Los modelos constitucionales o biológicos de la depresión se ven a menudo como opuestos a los conceptos reactivos o psicodinámicos, pero lo cierto es que no hay contradicción entre estos dos marcos de referencia. La capacidad de los síndromes de comunicar dependencia desamparada y de provocar atención afectuosa sugiere que los mecanismos depresivos pueden poseer valor de adaptación, y que la capacidad de desarrollarlos podrá haber sido seleccionada en el curso de la evolución.

Adversidades concretas

Pérdida. La pérdida de un objeto amado es el precipitante más corriente de la depresión. Esta pérdida suele ser la muerte o la separación de una persona querida. En otros casos, se trata de una pérdida psicológica interna resultante de la perspectiva de que uno va a ser rechazado por alguna figura catalogada como importante. La pérdida podrá haber tenido realmente lugar o podrá ser inminente, como en las reacciones depresivas que se presentan en anticipación de la muerte de alguna figura de gran significado.

Amenazas al amor propio y a la confianza en sí mismo. Todo individuo tiene representaciones mentales internas de las personas importantes en su vida, incluyendo

él mismo. La representación de uno mismo, al igual que la representación de los objetos, podrá ser muy precisa o burdamente deformada. Utilizamos el término de “confianza en sí mismo” para describir uno de los aspectos de esta autorrepresentación, esto es, la imagen de una persona de su propia capacidad de adaptación. En otros términos alguien que tiene confianza en sí mismo se percibe a sí mismo como capaz de obtener satisfacciones y de asegurar su supervivencia. Además de esta representación de sí mismo, o imagen mental de lo que es realmente, cada persona tiene una imagen de lo que quisiera ser, o de lo que cree que debería ser, esto es, de su ego ideal. El grado en que esta autoimagen corresponde a dicho ego ideal constituye la medida de su amor propio.

La disminución en la confianza y la estimación de uno mismo son síntomas cardinales de la depresión. La autoestimación de la mayoría de los individuos propensos a depresión se ha basado en una aportación continua de cariño, respeto y aprobación de otras personas importantes en sus vidas. Podrá tratarse de personas del pasado del paciente, que habrán sido internalizadas desde hace mucho tiempo, o de personas externas reales de importancia actual. En ambos casos, la ruptura de una relación con una de estas personas crea una amenaza para la fuente del abastecimiento narcisista, del cariño y de la satisfacción de dependencia del paciente. Esto pone en peligro la autoestimación de la persona y, por consiguiente, podrá precipitar una depresión. La depresión podrá seguir también a la ruptura de una relación con una persona que, aun no siendo fuerte de recompensas narcisistas se había convertido, con todo, en una extensión simbólica de la autoimagen del paciente. En este caso la pérdida del objeto es equivalente a una amputación de una parte del propio ego del paciente.

2.2 Definición de la Depresión

Es claro que para el desarrollo y alcance de esta investigación resulta primordial identificar claramente el término *depresión*, para ello se utiliza este apartado.

De acuerdo con el término *Depresión*:

La depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. En la depresión, todas las facetas de la vida, emocionales, cognitivas fisiológicas y sociales podrían verse afectadas (Mackinnon, Michels, 1971).

Depresión se refiere a una sensación de malestar, con manifestaciones como tristeza y angustia, mal humor, frustración, etcétera, y todo esto es consecuencia de algo negativo que sucedió (Navarro, 1990).

La depresión es un conjunto de manifestaciones clínicas que se utiliza para designa una serie de alteraciones cognoscitivo-conductuales (episódicas o periódicas, unipolares o bipolares, leves, moderadas o severas). Durante estas el individuo ya no tiene acceso a reforzamientos sociales, o bien, éstos dejan de ser congruentes a sus respuestas o pierden su efectividad. Estas alteraciones van acompañadas por pensamientos automáticos depresivos, trastornos corporales y por la sensación de falta de energía y de pérdida de control sobre las situaciones, además, como resultado final se observa la disociación de las funciones cerebrales y la ausencia de comportamientos orientados al logro de objetivos (Navarro, 1990).

2.3 Trastornos del estado de ánimo

Los trastornos del estado de ánimo son alteraciones o perturbaciones intensas y persistentes, hasta el punto en el que provocan desajustes, y a menudo otros problemas importantes, tanto en las relaciones personales como en las laborales. De hecho se ha estimado que en 1990, la depresión ocupó el primer lugar entre ciento cincuenta circunstancias que suponían una carga social, esto es, la suma de su coste

directo (como los días que se falta al trabajo, incapacidad, muerte prematura). De hecho se cree que en el año 2020 la depresión podría ser la principal causa de muerte (Murray y López, 1996).

Los trastornos del estado de ánimo tienen muy diversa manera, como lo muestran los abundantes tipos de depresión recogidos en el DSM-IV-TR. Sin embargo, en todos los trastornos del estado de ánimo (anteriormente denominados *trastornos afectivos*), lo que domina en el cuadro clínico son emociones o *afectos* muy extremos, desde la euforia a la depresión profunda, también están presentes otros síntomas, si bien la *característica más definitoria es un estado de ánimo alterado*.

Los dos trastornos de ánimo básicos involucrados en este tipo de trastornos son la **manía**, que suele caracterizarse por sentimientos muy intensos y poco realistas de excitación o de euforia, y la **depresión**, que generalmente supone sentimientos de extraordinaria tristeza y abatimiento, algunas personas experimentan ambos tipos de talante en un momento u otro, pero otros solo padecen depresión. Con frecuencia los estados de ánimo se conciben como los extremos opuestos de un continuo, donde el segmento central lo ocuparía un estado de ánimo normal. Si bien esta forma de concebirlos alude al grado mayor o menor grado con el que afectan a la persona, a veces es posible que un paciente tenga de manera simultánea síntomas de manía y de depresión. En estos *episodios mixtos*, el individuo experimenta estados de ánimo que se alternan con gran velocidad, pasando de la tristeza a la euforia y de ahí la irritación, dentro del mismo episodio (Murray, 1996).

2.3.1 Características generales de los trastornos anímicos

Un trastorno anímico consiste en una perturbación en el estado emocional de una persona. La gente experimenta esta perturbación como depresión extrema, júbilo excesivo o una combinación entre estos dos estados emocionales. La característica principal de los trastornos depresivos es que el individuo siente una **disforia** o tristeza abrumadora. En otro tipo de trastorno anímico, llamado trastorno bipolar, el individuo tiene experiencias emocionales en el “polo” opuesto de la depresión, sentimientos de

júbilo llamados **euforia**. Para entender la naturaleza de los trastornos anímicos, es importante comprender el concepto de **episodio**, un periodo delimitado en el cual son evidentes determinados síntomas intensos de un trastorno. En algunos casos, el episodio llega a ser bastante largo, de hasta dos años o más (Keller, 1995).

Los síntomas de la depresión y de la manía

La depresión y la manía, los dos extremos del estado de ánimo o afecto, pueden ser considerados los extremos opuestos de un continuo que se extiende desde la tristeza profunda hasta el regocijo frenético. De los dos, la depresión la más frecuente.

Síntomas clínicos de la depresión

Ciertas características centrales están a menudo entre los depresivos. Éstas pueden organizarse dentro de cuatro dominios psicológicos usados para describir la ansiedad: el dominio afectivo, cognoscitivo, conductual y el fisiológico.

En el cuadro siguiente (*cuadro A*) se muestra de forma organizada los síntomas centrales de Depresión de acuerdo con Mendels(1970).

Síntomas de depresión	
	Síntomas
Dominio afectivo	Tristeza, infelicidad, estados de ánimo “melancólicos”, apatía.
Cognoscitivo	Pesimismo, ideas de culpa, autodenigración, pérdida del interés y l motivación, incremento en la eficiencia y concentración, ideación suicida
Conductual	Descuido de la apariencia personal, retardo psicomotor, agitación, gestos suicidas
Fisiológicos	Pérdida o incremento del apetito, pérdida o aumento de peso, estreñimiento, sueño deficiente, achaques, disminución del impulso sexual

Cuadro A

Síntomas afectivos: el estado de ánimo deprimido es el síntoma más notable de la depresión. Los depresivos experimentan síntomas de tristeza, desaliento, y una aflicción extrema y prolongada. Son comunes los sentimientos de inutilidad y de pérdida de la alegría de vivir. Puede ocurrir llanto violento como una reacción general a la frustración y la cólera. Estos accesos de llanto parecen estar correlacionados de manera directa en una situación específica. Se debe hacer notar aquí que los síntomas depresivos graves a menudo ocurren como una reacción normal ante la muerte de un ser querido. Se piensa que este duelo intenso tiene una función psicológica a ayudar a la persona a adaptarse. Sin embargo un periodo de duelo prolongado en exceso acompañado de una preocupación por sentimientos de inutilidad, deterioro marcado del funcionamiento y retardo psicomotor grave puede indicar un trastorno afectivo importante. Las culturas varían en la duración normal del duelo, pero la depresión grave, incapacitante, rara vez continúa después de los primeros tres meses.

Síntomas cognoscitivos: a parte de los sentimientos generales de futilidad, vacuidad y desesperanza, ciertos pensamientos e ideas están relacionados en forma clara con las reacciones depresivas. Por ejemplo, la persona siente un pesimismo profundo acerca del futuro. El desinterés, la disminución de la energía y la pérdida de la motivación hacen difícil para el deprimido afrontar las situaciones cotidianas. Las responsabilidades laborales se vuelven tareas monumentales y la persona las evita. La autoacusación de incompetencia y autodenigración general son comunes, al igual que los pensamientos de suicidio. Otros síntomas incluyen dificultad para concentrarse y para tomar decisiones.

Puede considerarse que la depresión refleja en una triada cognoscitiva, la cual consiste de opiniones negativas de sí mismo, del mundo exterior, y del futuro (Beck, 1974). La persona tiene creencias pesimistas acerca de lo que puede hacer, de los que otros pueden hacer para ayudar y de sus perspectivas para el futuro.

Síntomas conductuales: la apariencia y el comportamiento externos de una persona a menudo es una señal reveladora de depresión. La vestimenta de la persona

puede ser desaliñada o sucia, el cabello puede estar despeinado y la limpieza personal estar descuidada. Una experiencia facial insulsa, tipo máscara, puede volverse característica. La persona deprimida mueve su cuerpo con lentitud y no inicia actividades nuevas. El habla es reducida y lenta, y la persona puede responder con frases cortas. Este alentamiento de todos los movimientos corporales, gestos expresivos y respuestas espontáneas es llamado *retardo psicomotor*. La persona a menudo muestra aislamiento social y disminución de la productividad laboral.

Sin embargo en contraste con esta condición típica retardada de los depresivos, algunos pueden manifestar un estado agitado y síntomas de tranquilidad.

Síntomas fisiológicos: los siguientes síntomas somáticos y relacionados se encuentran con frecuencia en personas con depresión:

1. Las personas deprimidas a menudo experimentan *pérdida de apetito y peso*, aunque algunos pueden en realidad aumentar su apetito y subir de peso. La pérdida de apetito a menudo se deriva del desinterés de la persona por comer, el alimento parece insípido. En la depresión grave, la pérdida de peso puede amenazar la vida.
2. Los depresivos pueden volverse *estreñidos* y no tener *movimientos intestinales* durante días enteros.
3. El *trastorno del sueño* es un malestar común. La dificultad para dormirse, el despertar temprano y también de manera errática durante la noche, el insomnio y las pesadillas dejan al depresivo exhausto y cansado durante el día. Muchos depresivos temen la llegada de la noche porque representa una batalla importante productora de fatiga para quedarse dormido (sin embargo algunos muestran hipersomnio o sueño excesivo).
4. En las mujeres, la depresión puede *interrumpir el ciclo menstrual normal*. Por lo general, el ciclo se prolonga, con posible omisión de uno o varios periodos. El volumen del flujo menstrual puede disminuir.
5. Muchos depresivos reportan una *aversión a la actividad sexual*. Su excitación sexual declina de manera dramática.

Síntomas clínicos de la manía

En la manía, el estado de ánimo de la persona está elevado, expansivo o irritable.

Los síntomas *cognoscitivos* por lo general se reflejan en los procesos verbales de los pacientes maniacos. Por ejemplo, su habla por lo general es bastante acelerada y presionada. Pueden cambiar de temas a media oración o decir frases irrelevantes e idiosincráticas. Aunque mucho de lo que dicen es comprensible para los demás, la naturaleza acelerada y desarticulada de su habla hace difícil seguir su línea de pensamiento. Parecen incapaces de controlar su atención ya que se distraen de modo constante con pensamientos de ideas nuevas y más excitantes.

En el dominio *conductual*, se han reconocido en el DSM-IV dos niveles de intensidad maníaca: hipomanía y manía. En forma más leve, hipomanía, las personas afectadas parecen estar “altas” en su estado de ánimo y sobreactivas en su conducta. Su juicio por lo general es deficiente, aunque son raros los delirios. Comienzan muchos proyectos pero pocos son completados. Cuando interactúan con colaboradores, los hipomaníacos dominan la conversación, y a menudo son grandiosos.

Las *conductas* son más disruptivas en las personas que sufren de manía. La sobreactividad, la grandiosidad e irritabilidad son marcadas, el habla puede ser incoherente y las críticas o restricciones impuestas por otros no son toleradas. En la forma más grave, esta persona esté frenéticamente excitada, divaga, desvaría (el estereotipo de un “maniaco” frenético) y está agitada y en movimiento constante. Pueden aparecer alucinaciones y delirios, y la persona puede ser intolerable y con frecuencia peligrosa para sí misma o para los demás. La característica *fisiológica* o somática más predominante es una *disminución en la necesidad de dormir acompañada por niveles altos de excitación*. Mientras que la hipomanía no es lo bastante grave como para causar incapacidad marcada u hospitalización, el trastorno afectivo en la manía es lo suficientemente grave como para causar una incapacidad marcada en el funcionamiento social u ocupacional.

Trastornos unipolares del estado de ánimo

De acuerdo con el DSM-IV: En los *trastornos unipolares*, que son más habituales, la persona experimenta episodios depresivos.

En los *trastornos bipolares*, se sufre tanto episodios maníacos como depresivos. Esta diferencia es importante en el DSM-IV-TR, y si bien las formas unipolar y bipolar de los trastornos de ánimo no están perfectamente separadas, si existen importantes diferencias en cuanto a sus síntomas, factores causales y tratamiento.

Resulta importante recordar que el suicidio es una consecuencia muy frecuente de la depresión, tanto en la unipolar como en la bipolar. De hecho, los episodios depresivos son la causa más habitual de intentos de suicidio.

Cabe señalar que también se acostumbra a diferenciar este tipo de trastornos en función de dos factores:

- 1) **Gravedad**(número de disfunciones que se experimentan en diversas áreas de la vida, y según su grado de deterioro); y
- 2) **Duración**(según que el trastorno sea agudo, crónico o intermitente (con periodos de funcionamiento relativamente normales entre episodios de trastorno)).

Dentro de cada una de estas categorías generales del trastorno unipolar y bipolar, el cuadro siguiente(*Cuadro B*) expone los *Tipos de depresión según el DSM-IV-TR*:

Cuadro B: Tipos de depresión según el DSM-IV-TR

	<i>Diagnostico</i>	<i>Características principales</i>
TRASTORNOS UNIPOLARES	T. de adaptación con un talante deprimido	La persona reacciona con un talante deprimido e inadaptado a ciertos acontecimientos estresantes que han ocurrido durante los últimos 3 meses. No se tienen en cuenta los síntomas derivados del duelo. Los síntomas deben remitir durante los 6 siguientes meses a la desaparición del elemento estresante.
	Distimia	Durante los últimos 2 años, y durante la mayor parte del día, la persona ha sufrido molestias derivadas de un estado de ánimo deprimido, pero no de la suficiente gravedad como para cumplir los síntomas de la depresión mayor. No deben haberse producido episodios maníacos o hipomaníacos.
	T. depresivo mayor	Presencia de uno o más episodios de depresión mayor, en ausencia de episodios maníacos o hipomaníacos. Los síntomas característicos son un estado de ánimo depresivo, con carácter prominente y persistente, o pérdida del gusto por las cosas durante al menos 2 semanas, acompañada de 4 o más de los siguientes síntomas: pérdida del apetito, insomnio, retraso psicomotriz, fatiga, sentimientos de culpabilidad, incapacidad para concentrarse e ideas de muerte y suicidio.
TRASTORNO BIPOLARES	Ciclotimia, depresión	En la actualidad o durante los últimos 2 años, se han experimentado episodios similares a la distimia, pero también uno o más periodos de hipomanía, con un talante muy efusivo, o también muy irritable (pero no psicótico).
	T. bipolar I con depresión	La persona experimenta un episodio depresivo mayor, y ha tenido 1 o más episodios maníacos.
	T. bipolar con depresión II	La persona experimenta un episodio depresivo mayor, y ha tenido uno o más episodios hipomaníacos.
OTROS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO	T.E.A debido a un problema médico general	La persona tiene síntomas depresivos, cuya causa primordial parece un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.
	T.E.A inducido por sustancias	La persona sufre una depresión persistente y prominente, que parece deberse a los efectos fisiológicos directos del abuso, o l abstinencia de alguna droga.

Las investigaciones más recientes sugieren que las perturbaciones más leves se sitúan en la misma dimensión que las más graves. Esto es, la diferencia parece fundamentalmente una cuestión de grado y no de una categoría, una conclusión que está también apoyada por estudio muy recientes y realizados con gran vigor (Krames, 1997).

Prevalencia de los trastornos del estado de ánimo

Los principales trastornos del estado de ánimo se producen con una frecuencia alarmante. De los dos tipos principales de trastorno del estado de ánimo, *la depresión mayor unipolares* la más común, y parece que además su frecuencia se está incrementando durante los últimos años (Kaelber, Mauly Famer, 1995; Kessler, 2002). Los últimos resultados epidemiológicos de la Encuesta Nacional de Comorbilidad (Kessler *et al*, 1994) encontraron tasas de prevalencia a lo largo de la vida para este trastorno en los varones, cercanas al trece y veintiún por ciento para las mujeres (las tasas de prevalencia para los últimos doce meses rondaban el ocho por ciento para los hombres y el, y el trece por ciento para las mujeres). Estos datos ilustran la observación general de que la depresión en unipolar es mucho más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, el otro tipo de trastorno del trastorno del estado de ánimo, el trastorno bipolar es mucho menos frecuente. El DSM-IV-TR estima que el riesgo de padecer en algún momento de la vida oscila entre 0.4 y 1.6 por ciento, y que no hay diferencias apreciables en las tasas de prevalencia entre ambos sexos (Kessler, 1994).

Los trastornos afectivos o del estado de ánimo se dividen de manera amplia en dos categorías importantes en el **DSM-IV**: trastorno depresivo (a menudo llamado *trastorno unipolar*) y *bipolar*. Se examinarán las categorías y subcategorías principales al igual que otros aspectos en el esquema de clasificación:

Trastornos depresivos

Los trastornos depresivos en el DSM-IV incluyen: trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos depresivos no especificados. En todos estos no hay historia de un episodio maníaco.

Trastornos bipolares

Los trastornos bipolares incluyen una variedad de subcategorías que describen la naturaleza del trastorno: un episodio maníaco único.

Trastornos depresivos

Los criterios diagnósticos para el ***trastorno depresivo mayor*** exigen que la persona muestre más síntomas de los que se requieren para diagnosticar distimia y que los síntomas también sean más persistentes (que no estén intercalados con periodos de humor normal). La persona afectada debe experimentar en estado de ánimo señaladamente deprimido, una fuerte pérdida de interés en actividades agradables durante la mayoría de los días, y durante casi todo el día, durante al menos dos semanas consecutivas. Además de manifestar uno de estos síntomas o los dos, también es necesario que experimente al menos tres o cuatro de los siguientes síntomas durante ese mismo periodo:

- 1) Fatiga o pérdida de energía
- 2) Insomnio o hipersomnolencia (poco o demasiado sueño)
- 3) Disminución del apetito y una pérdida de peso importante no debido a dieta (o de manera poco frecuente, lo opuesto)
- 4) Agitación o retardo psicomotriz (enlentecimiento de la actividad física o mental)
- 5) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse
- 6) Autoculpabilidad
- 7) Pensamientos recurrentes de muerte o de suicidio

Este diagnóstico no debe hacerse si el paciente ha experimentado un episodio maníaco o hipomaníaco, en cuyo caso se trataría del episodio depresivo de un trastorno bipolar.

El **trastorno depresivo mayor** comprende episodios agudos, pero limitados, de síntomas depresivos que se denominan mayores. Entre sus características se destacan: un estado de ánimo disfórico, de una intensidad que supera con mucho las decisiones ordinarias y las emociones de tristeza ocasionales de la vida diaria. Esta disforia puede aparecer como un abatimiento extremo o una pérdida drástica de interés por aspectos de la vida antes placenteros.

Las manifestaciones físicas de un episodio depresivo mayor se denominan síntomas somáticos o corporales, al estar letárgica o indiferente, la persona llega a experimentar una disminución en su ritmo de movimiento corporal, denominada retraso psicomotor. Otra posibilidad es que algunas personas deprimidas manifiesten el síntoma contrario, una agitación psicomotora; en consecuencia, su comportamiento tiene una calidad frenética (catatónicas). También son comunes las alteraciones alimentarias, ya que el individuo se desvía de las pautas de apetito usuales, sea evitando o excediéndose con el alimento, por lo común con dulces o carbohidratos. Quien atraviesa por un episodio depresivo también manifiesta un cambio significativo en sus pautas de sueño, ya sea que duerme mucho más de lo acostumbrado o experimentando insomnio. De hecho, en las personas que experimentan un episodio depresivo mayor, los cambios drásticos en sus pautas EEG de sueño reflejan perturbaciones en la continuidad del sueño, estados de vigilia intermitentes y se despiertan muy temprano por la mañana. Comúnmente también son evidentes y adquieren varias formas las alteraciones del sueño MOR. Estas anormalidades del sueño comúnmente preceden a la aparición de del episodio depresivo mayor inicial entre las personas que están en alto riesgo de desarrollar un trastorno anímico, como pacientes en primer grado de los pacientes que han experimentado una depresión grave (APA, 2000).

Con frecuencia, la gente que atraviesa por un episodio depresivo mayor tiene síntomas cognitivos que incluyen una visión personal intensamente negativa que se refleja en una baja autoestima y sentimientos de que merecen ser castigados. Tal vez los tiranice la culpa de pensar demasiado en los errores del pasado. Incapaces de pensar con claridad o concentrarse, es posible que se sientan indecisos incluso sobre los asuntos más insignificantes. Las actividades que tal vez despertaban su interés

hace apenas unas semanas ahora carecen de cualquier atractivo. Los sentimientos de desesperación y negatividad hacen que a muchas personas las consuman pensamientos de muerte y posiblemente busquen escape contemplando se suiciden.

El siguiente cuadro (*Cuadro C*) muestra de forma puntual las características de diagnóstico depresivo mayor:

Características de diagnóstico depresivo mayor

Durante la mayor parte del tiempo en un periodo de dos semanas, la persona experimenta por lo menos 5 de los síntomas siguientes, que comprenden un cambio en relación al funcionamiento anterior.

- ✓ Estado de ánimo “deprimido”
- ✓ Menor interés o placer en todas o la mayor parte de las actividades cotidianas
- ✓ Pérdida de peso involuntaria significativa o disminución o aumento del apetito
- ✓ Insomnio o hipersomnia
- ✓ Agitación o retardo psicomotor
- ✓ Fatiga o pérdida de energía
- ✓ Sentimientos de falta de valía o culpa inapropiada
- ✓ Dificultades para concentrarse o indecisión
- ✓ Ideas recurrentes de muerte o suicidas
- ✓ Los síntomas no forman parte de un episodio maníaco y no son atribuibles a una afección médica, al consumo de sustancia o alguna pena profunda
- ✓ Los síntomas ocasionan angustia o deterioro significativo

Cuadro C

2.3.2 Factores causales de trastorno del estado de ánimo

Al considerar el desarrollo de los trastornos unipolares del estado de ánimo resulta interesante examinar elementos de intervención, algunos de estos factores son:

Causales biológicos

Se sabe desde hace tiempo que algunas drogas y enfermedades pueden influir sobre el estado de ánimo, lo que suele llevar a la depresión y a veces a la euforia o incluso a la hipomanía. De hecho esta idea se remota a Hipócrates, que supuso que la depresión está provocada por un exceso de “bilis negra” (400 a.c.). Durante la última mitad del siglo pasado los investigadores han intentado establecer las bases biológicas de los trastornos unipolares, y para ello han estudiado tanto los factores genéticos y

constitucionales, como los neurológicos, hormonales y bioquímicos. También se han dedicado gran cantidad de atención a las alteraciones de los ritmos biológicos.

Influencias genéticas

Los *estudios familiares* han puesto de manifiesto que la prevalencia de los trastornos del estado de ánimo es aproximadamente tres veces más elevada en los parientes consanguíneos de las personas con depresión unipolar, que en la población en general (por ejemplo, Sullivan, Neale, 2000; Scheiner y McGuffin, 2002). Por supuesto, este tipo de estudios no pueden separar el papel de la influencia genética y ambiental, y por lo tanto la elevada tasa de trastornos entre los miembros de una misma familia no puede tomarse en sí misma como evidencia a la influencia genética.

Sin embargo, los *estudios con gemelos*, que si proporcionan pruebas más concluyentes sobre la influencia genética, también sugieren que los genes contribuyen de manera moderada a la depresión unipolar. Sullivan *et al.* (2002) han realizado recientemente una revisión cuantitativa de numerosos estudios con gemelos (aproximadamente 20 000 gemelos) y han encontrado que si un gemelo monocigótico sufre una depresión mayor unipolar, su otro gemelo tiene el doble de probabilidad de sufrirla, que cuando se trata de gemelos bicigóticos. Esta revisión cuantitativa ha permitido extraer una serie de estadísticas descriptivas a partir de los resultados de la gran cantidad de estudios que se han realizado a lo largo de los años, y que ponen de manifiesto que alrededor del treinta por ciento de variable responsable de la depresión mayor se debe a influencias genéticas. Esta estimación es incluso mayor cuando se trata de depresiones más graves y recurrentes. Sin embargo, merece la pena destacar que ese mismo estudio muestra que la varianza derivada de influencias ambientales no compartidas (experiencias), es incluso superior (entre el cincuenta y ocho por ciento y el sesenta y nueve por ciento).

En el papel de los genes resulta más difícil de identificar en las formas más leves de depresión unipolar, como puede ser la distimia (Roth y Mountjoy, 1997; Wallace, 2002) incluso algunos estudios con gemelos no han sido capaces de encontrar algún

tipo de pruebas de la contribución genética a estas formas más leves pero también más prolongadas de depresión unipolar.

Factores bioquímicos

Ya desde los años 60, la idea de que la depresión puede proceder de alteraciones en el delicado equilibrio de las sustancias neurotransmisoras que regulan la actividad de las células nerviosas de cerebro ha recibido gran atención. Una gran cantidad de pruebas sugieren que las diversas terapias biológicas que suelen utilizarse (ejemplo, terapia electro-convulsiva) para tratar trastornos del estado de ánimo graves, afectan a las concentraciones o a la actividad de los neurotransmisores presentes en la sinapsis. Estos resultados proporcionaron el desarrollo de teorías de carácter bioquímico sobre la etiología de la depresión mayor.

Las investigaciones iniciales realizadas durante los años 60 y 70 se centraron fundamentalmente sobre tres sustancias neurotransmisoras del tipo de las monoaminas (la norepinefrina, la dopamina y la serotonina) debido a que los investigadores se dieron cuenta de que las medicinas de los antidepresivos parecían tener el efecto de incrementar la disponibilidad de estas sustancias en las sinapsis. Esta observación dio lugar a la *hipótesis de las monoaminas*, esto es, que la depresión. Sin embargo, durante la década de los 80 quedó claro que ningún medicamento aislado podría ser responsable exclusivo de la depresión (Howland, 1995).

Por desgracia la teoría de las monoaminas no ha sido sustituida por otra alternativa. La actividad alterada de los neurotransmisores está claramente asociada con la depresión mayor, pero la investigación de los últimos quince o veinte años solo se han centrado en las complejas interacciones que se establecen entre los neurotransmisores, y en cómo estas influyen sobre el funcionamiento celular. Se han propuesto algunas teorías integradoras, que otorgan cierto papel a los neurotransmisores, no de manera aislada sino en su interacción con otras alteraciones de carácter hormonal y neurofisiológico, así como de ritmos biológicos.

Influencias neurofisiológicos y neuroanatómicos

Durante los últimos años se han producido algunas interesantísimas investigaciones, a partir de ciertos resultados previos, que habían encontrado que las lesiones en la corteza prefrontal anterior izquierda, pero no en la derecha, provocaba depresión. Esto condujo a la idea de que la depresión en las personas que no tenían daño cerebral podía, sin embargo, estar vinculada también con niveles más reducidos de actividad cerebral en esas mismas zonas del cerebro. En concreto, las personas con depresión muestran una actividad relativamente menor del hemisferio izquierdo en esas zonas, y una actividad relativamente elevada en el hemisferio derecho (Davidson, 2000).

También se han detectado anomalías en al menos otras tres zonas del cerebro de los pacientes con depresión. Una de estas áreas es la *corteza cingulada anterior*, que muestra los niveles anormalmente bajos de activación con los pacientes. Otra es el *hipocampo*; una depresión prolongada suele estar asociada con un menor volumen del hipocampo, lo que podría deberse a una atrofia celular. Por último, la *amígdala* tiende a mostrar también una mayor activación en las personas que sufren depresión.

2.3.3 Características de la depresión (*El paciente deprimido*)

Diversas han sido las posturas en materia respecto a las características de la depresión como con anterioridad se ha comprobado, este apartado muestra con mayor profundidad las características presentes en pacientes con depresión a partir de los autores Mackinnon y Michels (1973):

La depresión se refiere tanto a un sistema como a un síntoma como a un grupo de enfermedades que tienen ciertos rasgos en común. En cuanto síntoma, la depresión describe un tono afectivo de tristeza acompañado de sentimientos de desamparo y amor propio reducido. El individuo deprimido siente que su seguridad está amenazada, que es incapaz de enfrentarse a sus problemas y que otros no pueden ayudarlo. Todas

las facetas de la vida, emocionales, cognoscitivas, fisiológicas y sociales, podrán verse afectadas.

En los síndromes depresivos tempranos o moderados, el paciente trata activamente de aliviar sus sufrimientos. Solicita ayuda de los demás o trata de resolver sus problemas reconquistando mágicamente un objeto de cariño reforzando su vigor. A medida que la depresión se hace más crónica o más grave el paciente renuncia. Tiene la impresión de que los demás no quieren o no pueden ayudarle, y de que las cosas nunca más mejorarán. Los síndromes clínicos de la depresión van desde psicosis graves a reacciones neuróticas y de adaptación moderada.

La persona deprimida no solo se siente mal, sino que es, típicamente, su peor enemigo, y podrá inclusive servirse de esta expresión concreta al describirse a sí mismo. Las tendencias autodestructoras o masoquistas y depresivas coexisten con frecuencia en el mismo individuo. El suicidio, complicación dramática de las depresiones serias, constituye un fenómeno de importancia capital en la comprensión del funcionamiento psicológico de la persona deprimida.

El paciente no suele considerarse a sí mismo como deprimido, a menos que se dé cuenta de sentimientos subjetivos de tristeza. Sin embargo, el psiquiatra se refiere a algunos individuos como afectados de “depresiones disimuladas” o de equivalentes depresivos”. Estos pacientes tienen otros signos y síntomas típicos de la depresión, pero el componente afectivo de la misma es escondido o negado. El diagnóstico está justificado por síntomas distintos del afecto consciente del paciente y por la frecuencia con que la depresión se pone de manifiesto si se penetran las defensas del paciente. Un síndrome corriente implica síndromes somáticos manifiestos, asociados a la negativa de trastorno afectivo, y estos pacientes son vistos a menudo por médicos distintos del psiquiatra.

Características clínicas

Los síndromes depresivos implican un trastorno afectivo característico, retraso y constricción de procesos de pensamiento, espontaneidad lenta y reducida de la conducta, relaciones sociales y cambios fisiológicos que resultan aumentados por preocupación hipocondriaca.

❖ *Afecto*

La persona deprimida experimenta un descenso de su estado de ánimo. Lo describe como tristeza, melancólica o desesperación, o se sirve de cierto número de palabras. Los legos que utilizan la palabra “depresión” se refieren a este estado de ánimo, con o sin las otras palabras características clínicas de los síndromes depresivos. Podrá destacar un aspecto particular del sentimiento depresivo hablando de angustia, tensión, miedo, culpabilidad, vacuidad o anhelo.

El paciente deprimido pierde el interés por la vida. Sus apetitos se reducen antes de que su conducta manifiesta se vea afectada y, en las depresiones benignas, pasa por los movimientos del comer, del sexo o del juego, pero con poco entusiasmo. A medida que su depresión progresa, acaba siendo indiferencia por aquello que anteriormente había constituido sus ocasiones principales de placer. El paciente sonreirá acaso ligera y tristemente frente al humor de algún otro, pero tiene poco, él mismo, a menos que trate de una máscara cínica o sardónica que disimule el desdén de sí mismo.

La ansiedad, característica corriente en determinados síndromes depresivos, es la respuesta psicológica al peligro, y se ve al menudo cuando el individuo tiene la impresión de que se está perfilando una amenaza contra su bienestar. En ocasiones la ansiedad y el estado íntimamente relacionado de la agitación, podría convertirse en una característica crónica, como en las llamadas “depresiones involutivas”. En las depresiones graves o crónicas, la ansiedad podría desaparecer y estar remplazada por la apatía y el retraimiento. Este es un cuadro corriente en pacientes que han renunciado y se sienten desesperanzados. El paciente apático no realiza esfuerzo alguno para ayudarse a sí mismo y solicita poca simpatía o asistencia de los demás. Sin embargo,

su retraimiento le protege del dolor de sus propios sentimientos internos, y el paciente podrá acostumbrarse a sus síntomas, de modo que vuelve a sentirse más cómodo. La despersonalización, es un síntoma complejo que se ve también en otros estados y que no siempre tiene significado defensivo; este podrá desempeñar una función defensiva similar en estados depresivos más agudos.

❖ *Pensamiento*

La persona deprimida está preocupada consigo misma y con su estado, lamentándose de su infortunio y del afecto de éste sobre su vida. Cavila acerca de su pasado y se siente llena de remordimiento al imaginar sobre soluciones básicas a sus problemas corrientes que implican la intervención de alguna fuerza omnipotente, aunque abriga por poca esperanza de semejantes soluciones tengan lugar. Sus pensamientos estereotipados prestan un color monótono a su conversación. El individuo moderadamente deprimido podrá combatir su depresión dirigiendo conscientemente sus pensamientos a donde sea, defensa particularmente corriente en pacientes obsesivos. El paciente psicóticamente deprimido cavilará cerca de incidentes menores de su juventud que son recordados con sentimiento de culpabilidad y miedo de un severo castigo.

❖ *Conducta*

La lentitud caracteriza tanto a la vida entera del paciente deprimido como sus procesos mentales. Sus movimientos y sus respuestas requieren Más tiempo, e inclusive sí parece agitado y superactivo, la conducta orientada o intencional esta disminuida. El paciente participará acaso en la vida si se le impele a hacerlo, pero si se le deja a sí mismo, es probable que se retraiga. Las actividades que selecciona son pasivas y a menudo socialmente aisladas.

Síntomas físicos

La preocupación de la persona deprimida por si misma se expresa a menudo concretamente en una preocupación por su cuerpo y su salud física. La hipocondriasis

o las ideas erróneas cerca de su cuerpo constituyen una manifestación más grave del mismo proceso. La depresión va acompañada de cambios reales en el funcionamiento fisiológico. La velocidad metabólica del paciente es más baja, su funcionamiento gastrointestinal es normal, y su boca está seca, dándose además cambios en casi toda función del cuerpo que se encuentra bajo el control neurohormonal.

Las dolencias más corrientes comprenden dificultad en dormirse, en despertar tempranamente en la mañana, fatiga, pérdida del apetito, estreñimiento (aunque ocasionalmente, los síndromes depresivos tempranos vayan acompañados de diarrea), pérdida de la libido, dolor de cabeza, dolor de la nuca, dolor de la espalda, otros dolores y sufrimientos, sequedad, y ardor de la boca, con un gusto desagradable. La elección específica de síntomas somáticos posee significado simbólico para el paciente. Los síntomas corrientes relativos a la boca y al sistema digestivo se asocian con la importancia de motivos e intereses orales en los individuos depresivos. Otros síntomas poseerán acaso un significado más individual.

La persona depresiva anhela el cariño de otros, pero deja de corresponder en una forma que recompense a otra persona o refuerce la relación. Podrá aislarse, sintiéndose incapaz de buscar a los demás, y podrá buscar activamente amigos y compañeros, solo para enajenárselos con su aferramiento y la constante preocupación de sí mismo.

En los estados depresivos tempranos o moderados, podrá darse un aumento en la actividad social, buscando el paciente la compañía de otros para distraerse de su dolencia. En su afán de aceptación y simpatía, la persona moderadamente deprimida podrá ser un compañero sincero y seguro, pero subordinará sus propios intereses y deseos a los de la otra persona. Aunque experimente sentimientos de envidia y enojo, hace todo lo posible para ocultarlos, volviéndolos por regla general hacia su interior y profundizando en esta forma su desesperanza.

Al empeorar la depresión, el paciente deja de probar. No puede enfrentarse a sus amigos y, por consiguiente, se retrae en sí mismo. Adivinando que constituiría una carga para los demás, sufre en silencio amargo, con un sentimiento de autocrítica

culpable. El aspecto hostil y agresivo de su conducta es aparente para aquellos que lo rodean, aunque el paciente mismo no lo perciba. Si otros le rechazan, eso le confirma en su sentimiento de que es antipático y de que nadie le quiere.

Depresión psicótica, neurótica y congoja normal

El contacto del individuo psicóticamente deprimido con el mundo real está afectado. Podrán presentarse retraimiento social burdo, alteraciones perceptuales, o preocupaciones mentales que dificultan el funcionamiento cognoscitivo normal. El individuo en cuestión regresa a un nivel al que las funciones más maduras y autónomas de su ego podrán ser sacrificadas, en caso necesario, para mantener su amor propio decadente. Alguna medida de alivio se obtiene si puede evitar las realidades dolorosas del mundo, retrayéndose a un substitutivo ilusorio menos amenazador.

Los síndromes depresivos psicóticos, especialmente del tipo involutivo, se clasifican con frecuencia como “agitados” o “retardados”. Estos términos se refieren a los cuadros clínicos familiares. El paciente agitado se pasea de un extremo a otro del cuarto, retorciéndose las manos y lamentando su destino. Se acerca a todo extraño, suplicando ayuda en una forma estereotipada y a veces molesta. Da una impresión general de ansiedad intensa, pero los rasgos de su cara y el contenido de sus pensamientos revelan depresión.

El paciente retardado, por otra parte muestra inhibición de la actividad motora, que podrá progresar hasta llegar al estupor. Permanece sentado en una silla o tendido en la cama, con la cabeza inclinada, el cuerpo en una posición de flexión, con los ojos fijos hacia adelante e indiferente a las distracciones y por poco tiempo.

El paciente neuróticamente deprimido sigue funcionando en el mundo real y sus sentimientos deprimidos son o moderados o parecen apropiados a los precipitantes externos. Si la depresión es grave, el trauma precipitante ha sido extremo, y el entrevistante puede empatizar fácilmente con los sufrimientos del paciente. Sigue

reconociendo las realidades del mundo que le rodea y va mejorando gradualmente en un periodo de semanas o meses.

El espectro va desde la reacción congoja normal, a través de la depresión neurótica, hasta la depresión psicótica. El individuo acongojado responde a una pérdida real e importante con sentimientos de tristeza y un retraimiento pasajero de interés en otros aspectos de la vida. Sus pensamientos están centrados en su pérdida, y podrán pasar semanas o meses antes de que su interés por el mundo vuelva a su nivel anterior y él esté en condiciones de desarrollar nuevas relaciones, susceptibles de llenar el vacío. Hay varios rasgos que diferencian este síndrome normal de la depresión de la patológica. El individuo afectado de congoja no padece una disminución de amor propio. No se siente irracionalmente culpable y le resulta fácil al entrevistante empatizar con sus sentimientos. Podrá tener algo de insomnio, pero los síntomas somáticos son moderados y pasajeros. Podrá *sentir* que su mundo ha llegado a su fin, pero *sabe* que se recuperará y sabrá enfrentarse a sus problemas. Si la reacción es desproporcionada con la pérdida, ya sea en términos de gravedad o de duración, o si la persona se siente culpable o personalmente inapropiada, hablamos de un síndrome depresivo.

2.4 La clasificación de los estados depresivos

De acuerdo con Sabanés (1993), se describen las siguientes clasificaciones:

Clasificación clásica

Depresiones endógenas

Estas depresiones van de adentro hacia afuera. No se producen por acontecimientos psicosociales externos, sino que se relacionan con una vulneración específica del propio psiquismo del paciente. El término endógeno equivale a primario y debe entenderse como la manifestación depresiva sin una causa que, al menos en apariencia, la justifique. Los casos más típicos de estas depresiones son bipolares y las

unipolares recurrentes, en las cuales las fases aparecen de manera espontánea, sin que el médico, los familiares o el propio paciente. Es estos casos es característico el comentario: “No entiendo. No tengo problemas con mi familia. En el trabajo me va bien. Tengo todo lo que necesito. No me duele nada, y pese a todo, me siento triste.”

Depresiones somatógenas

Estas presentan causas orgánicas demostrables. La depresión es una compañera habitual de procesos infecciosos, enfermedades de la tiroides o enfermedades cancerosas cuando se presenta este tipo de situaciones es preciso tratar ante todo la causa primaria (el trastorno orgánico), aun cuando persista la depresión una vez que la provocó.

Depresiones psicógenas

Son originadas por causas psíquicas o ambientales, por fuertes tensiones, por componentes psicosociales, etc. Una vez más esta evaluación etiológica (es decir, causal, hecha en virtud del origen) constituye un gran inconveniente, pues no todas las personas responden con la misma intensidad o con la misma capacidad a situaciones conflictivas similares.

En general, los especialistas aceptan que las depresiones reactivas están ligadas al concepto de pérdida, mientras que las reacciones ansiosas están vinculadas al concepto de cambio.

Clasificación actual

Depresiones secundarias

Son las relacionadas con otras enfermedades médicas o psiquiátricas. En estos casos el concepto “secundarias” se entiende como “consecuencia de” y, por lo tanto, es indispensable identificar el trastorno original que las provocó.

- *Secundarias en reacción con otras alteraciones psiquiátricas.* Es frecuente la aparición de síntomas depresivos en:
 - ✓ La esquizofrenia, tras la remisión del episodio agudo, o en algunas manifestaciones de la esquizofrenia que se caracteriza por una actitud clínica negativa: falta de voluntad, decaimiento afectivo, carencia de energía, etc.
 - ✓ Los estados de ansiedad aguda o generalizada que se vuelve crónica con el tiempo y no se resuelve.
 - ✓ Los alcohólicos y otros adictos, al retirárseles el toxico que les causa dependencia.
- *Secundarias en relación con otras alteraciones médicas.*

Depresiones primarias

Son aquellas que no están ligadas a otro tipo de enfermedad médica o psiquiátrica. Aparece de manera autónoma o una vez que se producen los desencadenamientos antes descritos. Se subdividen de acuerdo con su sintomatología y su gravedad.

- *Depresiones primarias unipolares.* Se caracterizan por oscilaciones de estado anímico normales y fases depresivas intercaladas entre estas, tanto la duración de las fases como el tiempo que transcurren entre una y otra varían de un individuo a otro. Estas depresiones suelen desaparecer con un tratamiento adecuado.
- *Depresiones primarias bipolares.* En este caso las fases depresivas alternan con intervalos de normalidad, pero también con episodios maníacos. La manía es la

otra cara de la moneda de la depresión. Cuando se produce los pacientes se muestran eufóricos, expresivos, son imperativos, se entregan a la verborrea, padecen insomnio, hacen gastos excesivos, se comprometen a hacer tareas irrealizables y se muestran irascibles cuando se les lleva la contraria. En casos graves pueden llegar a la agitación, a las ideas delirantes y/o a las alucinaciones. Los especialistas han tratado de encontrar elementos para saber qué pacientes son susceptibles de desarrollar un cuadro bipolar tras una primera depresiva. Entre otros, se han encontrado los siguientes:

- ✓ Inicio de la enfermedad antes de los 25 años.
- ✓ Antecedentes familiares de la enfermedad bipolar.
- ✓ Respuesta maníaca tras el tratamiento con antidepresivos.

En el caso de trastornos bipolares el pronóstico es que en el de los unipolares, pues por lo general son inestables. Sin embargo en los últimos años se han logrado aplicar tratamientos eficaces.

- *Depresiones primarias mayores.* El término “mayores” alude al nivel de gravedad del trastorno y se aplica tanto a las depresiones unipolares como a las bipolares. En las bipolares se trata de la tradicional psicosis maníaco-depresiva.
- *Depresiones primarias menores.* El término “menores” también se aplica por igual a las depresiones unipolares y a las bipolares. Las unipolares menores no presentan un cuadro sintomático muy completo. Tienden a prolongarse más con el tiempo y se pueden con rasgos de la personalidad de los individuos que las padecen o con una simple desmoralización a raíz de situaciones conflictivas. Las bipolares menores, también llamadas trastornos ciclotímicos o alteraciones cíclicas del estado de ánimo, mimetizan el trastorno maníaco-depresivo pero con menor intensidad sintomatológica.

Capítulo III: MODELO TETRADIMENSIONAL DE LA DEPRESION (FRANCISCO ALONSO FERNANDEZ, 1986)

3. Discusión sobre la clasificación de las depresiones (bases teóricas)

Iniciamos este capítulo retomando algunos comentarios críticos sobre los sistemas categoriales de depresiones actualmente difundidas. La elección de este breve bosquejo surge a partir de la participación de los elementos influyentes en la construcción del instrumento CET-DE (Alonso-Fernández 1986) *Cuestionario Estructural Tetradimensional para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión*, resaltando el propósito fundamental de su aplicación, el cual obedece, en esta ocasión, al uso de este dispositivo como herramienta en la identificación de las variables objeto de análisis, lo cual favorece de manera directa, el alcance de los objetivos planteados en esta investigación y consecuentemente permite al lector mayor comprensión en el abordaje de la información compilada.

Las cuatro dimensiones de la estructura del cuadro depresivo manejado en el CET-DE se hallan marcadas en el eje o plano sintomatológico. Cualquier abatimiento en alguna de ellas, determinado, por ejemplo, por una depresión depresógena de impacto unidimensional, repercute sobre las demás y tiende a arrastrarla hacia la depresión.

A medida que la depresión larvada (que constituye la forma más frecuente de comienzo) toma cierta intensidad van apareciendo síntomas de otras dimensiones, lo cual es otro lado demostrativo más de la interdependencia recíproca que existe entre estas cuatro dimensiones.

La estructura del estado depresivo se sistematiza, pues, desde dicha perspectiva, en cuatro dimensiones semiológicas interdependientes, cada una de las cuales corresponde a la alteración de un vector de la estructura de la vitalidad humana; la afectividad, la impulsividad, la sintonización y los ritmos.

La intervención de las cuatro dimensiones, a la vez, como clave etiológica y radical sintomatología, que se plantea, encuentra antecedentes en ciertas preguntas

formuladas por otros autores. La coexistencia de signos físicos (objetivos) y funcionales (subjetivos), trastornos corporales y psíquicos en el seno de la depresión constituye una demostración de la sede vital propia de la sintomatología depresiva, puesto que la vitalidad ejerce notables influjos simultáneos sobre la vida corporal y la vida psíquica.

La sistematización etiológica ingenua de la depresión endógena, reactiva y neurótica, según el eslabón originario se hallase localizado en la biología, el ambiente o el carácter, fue pronto transformada por el árido pensamiento dualista en una contraposición categorial entre la depresión endógena y la depresión neurótica o reactiva. A la primera se le consagraba el pensamiento biológico, y a la segunda el pensamiento psicogenético, ambos muchas veces con una orientación reduccionista que trataba de ocupar, cada uno por su parte, la totalidad del círculo de las depresiones. Este afán absorbente resultaba tanto más llamativo, ya que cada uno de los criterios no cubre en exclusiva ni siquiera la categoría de depresión correspondiente. Así tenemos, por una parte, que el curso de las depresiones endógenas está sumamente influido por las situaciones (momento diacrónico importante en la realidad constituida por las interrelaciones globales entre el ambiente inmediato y el sujeto en cuanto agente activo) y acontecimientos de la vida (acontecimientos significativos), y, por otra, que no existe ninguna verdadera depresión que no implique un coeficiente de alienación o quiebra biográfica.

Para BECH (1981), el síndrome depresivo endógeno es una categoría de enfermedad, mientras que el no endógeno o neurótico es una mezcla de síntomas. Por lo anterior, resulta preferible romper este planteamiento categorial dualista de la depresión imperante en el eje etiológico entre lo endógeno y lo no endógeno recurriendo a la distribución empírica en depresión endógena y depresión neurótica.

3.1 El modelo tridimensional de la depresión

El CET-DE (Alonso-Fernández, 1986) *Cuestionario Estructural Tetradiimensional para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión*, fundado primordialmente en datos clínicos, se deja definir como un instrumento útil para la tipificación la detección, el diagnóstico y la representación gráfica de las depresiones, en tanto las actividades clínicas cotidianas como en los planes de la investigación.

La distribución de CET-DE en cuatro partes se basa en el aislamiento de cuatro dimensiones o sectores en el síndrome depresivo, la anergia, el vaciamiento energético, la discomunicación o falta de sociabilidad y la ritmopatía o distorsión o los ritmos biopsíquicos, particularmente los ritmos circadianos. Cada una de estas cuatro dimensiones está integrada por la combinación de datos subjetivos, datos psíquicos y corporales. Otra terminología utilizada para estos trastornos dimensionales pudiera ser, respectivamente: sufrimiento psíquico y somático, apagamiento psíquico y somático, aislamiento y desincronización de los ritmos.

La sistematización del cuadro depresivo genérico en estas cuatro dimensiones ha partido de la observación clínica, del estudio de los cuadros depresivos mediante el método fenomenológico estructural, que consiste en asociar la actitud fenomenológica con el enfoque estructural, donde se toma el cuadro clínico como una totalidad estructurada en distintas partes interrelacionadas ente sí. Esta vía permitió obtener evidencia de que la estructura propia del estado depresivo se componía de cuatro partes o sectores semiológicos fundamentales interdependientes, donde se obtiene la identidad de cada uno de los sectores, la distinción así como la relación existente entre estos (agrupación de los síntomas).

A continuación, una breve exposición de cada una de estas dimensiones:

El núcleo del **humor depresivo**, estado de ánimo, acompañado con frecuencia de una especie de desesperanza, anhedonia y autosubestimación ilustrada con alegorías de culpa o insuficiencia económica y un cortejo de sentimientos corporales difusos y sobre todo localizados.

La dimensión **anergia o vaciamiento impulsivo** incluye no solo los datos objetivos propios de la inhibición psicomotora sino también el modo de vivenciar y vivir la misma inhibición psicomotora, lo cual corresponde a experiencias identificadas como: aburrimiento, desinterés, apatía y vaciamiento mental. También el vaciamiento impulsivo, como ocurría con el humor del depresivo, se manifiesta en el plano psíquico, mediante datos subjetivos y objetivos, y en el plano corporal, mediante trastornos que van desde los datos subjetivos propios de la astenia (fatigabilidad precoz) y la adinamia (falta de energías para moverse) hasta el empobrecimiento motor vegetativo.

Para el estudio de la **discomunicación** las bases descansan en el enfoque pragmático, donde la comunicación toma un cause pluralista distribuido en sistemas, niveles y funciones, mediante un proceso de retroacción (recepción-emisión) entre al menos dos interlocutores. El lenguaje verbal y los medios no verbales engloban los dos sistemas fundamentales de comunicación. El término discomunicación depresiva casi sinónimo de falta de sociabilidad, se refleja en forma de empobrecimiento de la comunicación y la metacomunicación, acompañados de abundancia de mensajes paradójicos o contradictorios (incongruencia entre el contenido y la índole racional), y se exterioriza a lo largo de la recepción y la emisión jerarquizada en varios niveles: el sensoriomotor (disminución de la capacidad sensorial y de la motilidad expresiva), el cognitivo o intelectual (descenso de la capacidad de comprensión y del lenguaje discursivo), el afectivo (bloqueo de los lazos afectivos o el desarrollo de confianza, celos, etc.) y el espacial (alojamiento de la realidad exterior).

Sobre la serie de las **ritmopatías**, el despliegue de esta dimensión se extiende por los ritmos biológicos y los psicológicos, los ritmos de regulación individual (ejemplo: proceso del sueño, temperatura/reguladores internos) y los de regulación psicosocial (reguladores externos/relaciones sociales).

3.1.1 Instrucciones del CET-DE para el entrevistador

Resulta imprescindible estar familiarizado con las instrucciones antes de iniciar la entrevista. Así mismo se observará la actitud del entrevistado, la técnica del registro puede ser útil a fin de recabar las observaciones más relevantes a lo largo del contacto con este. A continuación se marcan dos elementos primordiales a considerar:

a) Presentación del entrevistador

Se efectuara una toma de contacto cordial con el entrevistado durante unos minutos en un ambiente adecuado (silencioso, aislado, distendido, sin interrupciones) con el objeto de continuar después, en el mismo lugar, cubriendo los datos del cuestionario.

Este tiempo también será utilizado para identificarse frente al entrevistado y exponerle en lenguaje sencillo y claro el objetivo de la entrevista. A continuación se dará entrada al entrevistado haciéndole una pregunta amplia: ¿Qué es lo que ha venido ocurriéndole a usted en los últimos meses?

b) Normas para cubrir el cuestionario

Se iniciara con la observación siguiente: “Ahora para concretar, le voy a realizar una serie de preguntas, y así conoceremos con mayor claridad lo que le sucede”.

A continuación, se comenzara a leer uno a uno los ítems de un modo idéntico a como figuran en el cuestionario, manteniendo al alcance de la vista el correspondiente perfil semántico con el objetivo de que sirva de guía al observador para evaluar las respuestas poco claras.

Se puntuará cada ítem en razón de la frecuencia e intensidad con arreglo en la siguiente tabla:

Criterios de evaluación

- 0:** Ausencia del síntoma.
- 1:** Duda entre presencia o ausencia de síntoma.
- 2:** Presencia del síntoma poco clara.
- 3:** síntoma ligero ("un poco/poco") o esporádico (1 o 2 veces por semana).
- 4:** Síntoma intenso ("bastante"/mucho"), al menos 3 veces por semana.

3.1.2 Validez, confiabilidad y estandarización del CET-DE

El análisis estadístico de los resultados alcanzados en los distintos sectores del CET-DE (Alonso-Fernández 1986) *Cuestionario Estructural Tetradimensional para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión*, en interacción con los resultados de otras escalas y textos clásicos han dado la oportunidad de realizar las modificaciones pertinentes a dicho instrumento.

Los resultados obtenidos en las diversas investigaciones realizadas con esta versión del CET-DE coinciden en señalar que se trata de un *cuestionario válido y adoptado a su objetivo, es decir, válido para la tipificación, la detección y el seguimiento de la depresión y dotado de una consistencia interna de fiabilidad entre excelente y aceptable en las pruebas test-retest y una fiabilidad interobservador alta.*

En tanto la validez se sistematiza en validez constructiva y validez empírica, la fiabilidad se distribuye en fiabilidad interobservador y consistencia interna. A continuación, la revisión en conexión con estas perspectivas de validación:

La **validez constructiva o teórica** de CET-DE se refiere al carácter de instrumento útil y eficiente para el estudio y la investigación del cuadro clínico de la depresión, sistematizado en cuatro dimensiones fundamentales. Por ello la construcción y las sucesivas reconstrucciones del CET-DE se han hecho fundamentalmente, a la luz de la concepción tetradimensional de la depresión. La validez constructiva del CET-DE queda avalada “a posteriori” por el criterio clínico fenomenológico y la información bibliográfica. También se ha registrado un sistema de correlaciones altas entre los ítems agrupados en la misma dimensión.

La **validez empírica** del CET-DE fue establecida a través de los resultados obtenidos con la aplicación de este Cuestionario a estas tres series de sujetos: doscientos depresivos, cien enfermos mentales hospitalizados y cien familiares de enfermos somáticos, entre las edades de 18 a 69 años, distribuida en cada serie en una muestra computarizada inicialmente y una muestra de control. Se subdivide el estudio de la validez empírica del CET-DE en validez predictiva y validez concurrente.

En la *validez predictiva* se aprehende la capacidad de la prueba para predecir algo por fuera de sí misma, fundamentalmente se refiere al diagnóstico de la depresión y a la tipología depresiva.

Para la *validación empírica diagnóstica* se han realizado tres estudios sucesivos, los dos últimos de los cuales corresponden a la actual versión del CET-DE. El criterio externo de diagnóstico psiquiátrico utilizado ha sido la CIE-9 de la OMS. Se han manejado los códigos 296.1, 296.3, 300.4 y 300.9, de modo que todos los enfermos correspondientes a estos códigos han sido aceptados como enfermos depresivos.

El punto de corte **32**, se ha seleccionado después de haber hecho una serie de aplicaciones y replicaciones el CET-DE a distintas casuísticas de enfermos depresivos, enfermos psíquicos no depresivos y sujetos normales, llegándose al final a la conclusión de que este punto de corte representa un nivel suficientemente satisfactorio, sobre todo para los índices de sensibilidad y especificidad, así como también para la tipificación de los resultados.

En cuanto al *valor predictivo diagnóstico* del CET-DE es expresado en términos de sensibilidad (porcentaje de sujetos depresivos correctamente identificados por presentar una puntuación suficientemente alta) y especificidad (porcentaje de sujetos no depresivos correctamente identificados al obtener una puntuación baja).

Para la *validez tipológica* los resultados obtenidos con el CET-DE en forma de tipos clínicos dimensionales fueron contrastados en el mismo tiempo, es decir, concurrentemente con los datos de la historia clínica o con el criterio clínico de uno o dos psiquiatras muy experimentados.

La **fiabilidad interobservador o fiabilidad replicable** fue obtenida comparando las evaluaciones parciales por ítem y por la puntuación ponderada global, aportadas por siete parejas de entrevistadores, cuya entrevista grabada en video fue contemplada por once observadores simultáneamente.

La aceptabilidad y la comprensión del ítem alcanzan niveles elevados entre los enfermos sometidos al CET-DE del perfil semántico correspondiente.

MÉTODO

Objetivo del estudio:

Identificar la sintomatología de la depresión en personas obesas (con exceso de tejido adiposo) a partir del uso y aplicación del instrumento **CET-DE**(Alonso-Fernández 1986) *Cuestionario Estructural Tetradimensional para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión* y formato de **ENTREVISTA**.

Planteamiento de problema:

Múltiples han sido los estudios que pretenden dar respuestas al incremento acelerado del desarrollo de la obesidad en la población mexicana, fundamentos de diversos cortes y enfoques de investigación, que retoman aspectos sobre fisiología, procedimiento del funcionamiento del sistema propiamente orgánico, hábitos en la alimentación, donde se resalta en nuestra cultura, la cantidad de consumo en la alimentación, el cual juega un papel primordial en la saciedad y satisfacción de las necesidades primarias, se habla de carencia en la práctica de actividad física en la población, el cual con normalidad se esconde bajo la capa de una carencia en tiempo y economía para acudir a espacios que permitan realizar dichas actividades, pero se contiene en paréntesis, por qué si el sistema burocrático ha destinado espacios de fácil acceso para la práctica física, la comunidad no acude a esos espacios, hábitos alimenticios erróneamente y con carencia de apego a la alimentación que contenga mayores recursos vitamínicos para el cuidado de la salud; situaciones vividas con cotidianidad que generan ansiedad, estrés, etc., actualmente se manejan datos elevados en presencia de obesidad no importando la edad, nivel socioeconómico, escolaridad y otros tantos elementos. Se ha colocado a la obesidad en la entrada hacia la adquisición de posteriores enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión), pero que con poca frecuencia se involucra a la obesidad con padecimientos respecto al estado de ánimo, tal como la depresión, este último padecimiento caracterizado por una afectación global en la vida psíquica de la persona, especialmente la esfera afectiva. En el plano de la intervención psicológica se ha encontrado en casos de pacientes con exceso de tejido adiposo características

pertenecientes a dicha afectación en la esfera afectiva de la persona (trastornos de la alimentación, trastornos del sueño, aislamiento, etc.), así pues, se pretende conocer a mayor profundidad dicho fenómeno.

Naturalmente se refleja en múltiples textos el vínculo existente entre los trastornos alimenticios y la depresión, es claro se localiza con mayor prevalencia los trastornos alimenticios denominados bulimia y anorexia, pero escasamente se encuentra la obesidad, si bien es entendido la obesidad es el padecimiento con mayor prevalencia en nuestro país, por lo cual, como se mencionó con anterioridad, es considerada desencadenante de un cumulo de enfermedades crónicas, se han brindado diversas alternativas de prevención de sus tres dimensiones (primaria, secundaria, terciaria) así como de intervención, lo que hace colocar mayor atención en que en los múltiples proyectos de acción e intervención escasamente se cuenta con el factor psicológico.

Es por lo anteriormente referido que con este trabajo tiene como objeto de análisis la identificación de la sintomatología de la depresión en personas obesas a partir de la aplicación del instrumento **CET-DE** (Alonso-Fernández 1986) *Cuestionario Estructural Tetradimensional para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión* y Formato de **ENTREVISTA** a fin de ampliar el panorama teórico-práctico de la relación obesidad-depresión y en consecuencia su utilidad en el desarrollo de alternativas para la intervención de los profesionales de la salud de forma integral, por lo cual la pregunta de investigación hizo alusión a:

¿Se presenta sintomatología depresiva en personas con proporción excesiva de grasa corporal o tejido adiposo, factor denominado obesidad?

Tipo de estudio

El presente se describe como un estudio de tipo exploratorio ya que por objetivo se examinó y realizó aproximaciones al fenómeno: relación obesidad-depresión a partir de la identificación de la sintomatología de la depresión en personas con exceso de tejido

adiposo, del cual se tiene conocimiento vago debido a que ha sido escasamente estudiado desde una perspectiva psicológica, así pues lo encontrado se muestra como auxiliar en investigaciones posteriores relacionadas con el tema; sin dejar de lado que se caracteriza por ser un estudio de corte cuantitativo, esto es, la interpretación de resultados numéricos obtenidos por los instrumentos **CET-DE** (Alonso-Fernández 1986) *Cuestionario Estructural Tetradimensional para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión* y *Formato de ENTREVISTA*, que a su vez son objeto de análisis de acuerdo con la muestra para dicha investigación.

Definición de variables

Por tanto, resulta indispensable hacer alusión a la conceptualización y descripción de las variables propiedad de estudio, las cuales se muestran a continuación:

*V. Conceptual **Obesidad***: Se define como el almacenamiento excesivo de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de la salud, asociada en la mayoría de los casos a patología endócrina, cardiovascular y ortopédica (Norma Oficial Mexicana, 2000).

*V. Conceptual **Depresión***: Conjunto de manifestaciones clínicas que se utiliza para designa una serie de alteraciones cognoscitivo-conductuales (episódicas o periódicas, unipolares o bipolares, leves, moderadas o severas). Durante estas el individuo ya no tiene acceso a reforzamientos sociales, o bien, éstos dejan de ser congruentes a sus respuestas o pierden su efectividad. Estas alteraciones van acompañadas por pensamientos automáticos depresivos, trastornos corporales y por la sensación de falta de energía y de pérdida de control sobre las situaciones, además, como resultado final se observa la disociación de las funciones cerebrales y la ausencia de comportamientos orientados al logro de objetivos (Navarro, 1990).

Del mismo modo, este método exige que las variables bajo estudio se definan sin ambigüedad, por lo cual la *Definición Operacional* nos permite especificar las operaciones necesarias para observar, medir y registrar una variable con criterios uniformes.

Obesidad: Las medidas (Índice de Masa Corporal $\geq 30\text{kg}/\text{m}^2$) obtenidas a partir del registro previo elaborado por el profesional encargado del Grupo de autoayuda SODHI.

Depresión: El conjunto de resultados obtenidos mediante la aplicación del instrumento CET-DE(Alonso-Fernández 1986) *Cuestionario Estructural Tetradimensional para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión*, en la muestra planteada.

Planteamiento de hipótesis

Se concibe la existencia de una relación significativa entre la obesidad y la depresión en donde, las circunstancias bajo las cuales se desenvuelven las personas con exceso de grasa corporal o masa total de tejido adiposo en relación con otros tejidos del cuerpo (Gómez-Peresmitré, 1993) presentan síntomas pertenecientes a una modificación o afectación global en la vida psíquica con énfasis en la esfera afectiva o emocional: tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, alteraciones cognoscitivo-conductuales (episódicas o periódicas, unipolares o bipolares, leves, moderadas o severas) en las que el individuo ya no tiene acceso a reforzamientos sociales, pensamientos automáticos depresivos, trastornos corporales, sensación de falta de energía y de pérdida de control sobre las situaciones y la ausencia de comportamientos orientados al logro de objetivos (Navarro, 1990).

H. trabajo: Se presenta sintomatología de la depresión en personas con exceso de tejido adiposo.

Universo de estudio:

El presente estudio se llevó a cabo en el Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médico Familiar No. 223 correspondiente al Municipio de Lerma, con pacientes derechohabientes que acuden a atención médica por múltiples circunstancias, Hombres y Mujeres cuyas edades oscilan entre los 20 y 75 años de edad, con escolaridad, ocupación y nivel socioeconómico diversos respectivamente.

Muestra:

Se describe al conjunto de pacientes derechohabientes pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médico Familiar No. 223, que acuden a sesión a Grupo de Autoayuda SODHI (para educación en materia y control de padecimiento) los días 8, 15 y 22 del mes de Mayo, canalizados por evaluación médica previa realizada por su médico familiar (es de elección el mes de Mayo debido a las condiciones incomparables y propias de dicho grupo así como las condiciones previamente establecidas por personajes superiores del instituto) hombres y mujeres, con un nivel medio bajo, con escolaridad media superior inconclusa (en su mayoría), que oscilan entre las edades de 20 a 68 años respectivamente. Se trata de una Muestra probabilística, en el cual todos los pacientes que acuden a recibir atención médica en la Unidad tienen la misma probabilidad de ser escogidos mediante una selección aleatoria (Picks, 1994).

Instrumento:

El instrumento CET-DE (Alonso-Fernández 1986) *Cuestionario Estructural Tetradimensional para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión* (Edición 1986) fue elaborado por el Dr. Francisco Alonso Fernández en el año de 1986 (en lengua española), se constituyó a partir del modelo estructural tetradimensional de la depresión referido en el libro: Alonso-Fernández, F.: La depresión y su diagnóstico. Nuevo modelo clínico. Dicho instrumento tiene como propósito y objetivo la medición de

la sintomatología depresiva, se compone de 63 ítems , distribuida en cuatro dimensiones autónomas: Dimensión I (Humor depresivo-21 ítems), Dimensión II (Anergia-14 ítems), Dimensión III (Discomunicación-14 ítems), Dimensión IV (Ritmopatía-14 ítems), de respuestas binarias (0 y 4, ya que 1, 2 y 3 se reservan para las dudas que puedan presentarse excepcionalmente), en un tiempo de aplicación heteroadministrativa de 10 a 15 minutos aproximadamente, lo cual le caracteriza como una prueba clínica para la depresión.

La mayor extensión de la dimensión I exige reducir en un tercio su puntuación directa simplemente multiplicando su resultado por 0.666. En otras palabras: mientras que en las otras tres dimensiones la puntuación directa se maneja como puntuación ponderada, en la dimensión I la transformación de la puntuación directa en ponderada se efectúa reduciendo su valor en un tercio.

La peculiaridad constructiva del CET-DE se refleja en la evaluación final repartida en cuatro resultados o puntuaciones, cada uno de los cuales corresponde a una dimensión. La exposición conjunta de estas cuatro notas puede realizarse en forma de un perfil o gráfica (depresograma), siempre que al menos una de las cuatro puntuaciones haya alcanzado el nivel de 32 puntos, seleccionando como el punto de corte, a partir del cual se admite la probable existencia de un estado depresivo.

Los objetivos que se persiguen con la aplicación del CET-DE se resumen en los puntos siguientes:

- Facilitar la detección y el diagnóstico de la depresión en los centros con mayor población.
- Auxiliar en el diseño de proyectos en favor de la población (Psicoterapia grupal, grupos de autoayuda).
- Exposición de los resultados obtenidos mediante una representación gráfica, lo cual facilita el manejo de la información.
- Nuevas vías para la investigación a fin de beneficiar a los involucrados y ampliar el enfoque de la prevención.

Así mismo, se hizo uso del *Formato de ENTREVISTA* semiestructurada, conformada por 12 preguntas abiertas que se encuentran estrechamente relacionadas conforme al instrumento CET-DE, a fin de identificar y complementar aspectos no abordados o poco tratados en dicho instrumento que pudieron resultar trascendentes en historia de vida del paciente conforme a las características propias de este y así alcanzar objetivos planteados en este estudio.

Diseño de la investigación

Este diseño de investigación se trató de una sola muestra, el cual refiere se trabajó con una sola muestra extraída de una población determinada por pacientes canalizados al Grupo de Autoayuda SODHI, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad Médico familiar No. 223; de los cuales se identificaron aspectos relacionados con la población que permitieron exponer la existencia de una relación significativa entre la obesidad y la depresión a partir de la aplicación del instrumento CET-DE (Alonso-Fernández 1986) *Cuestionario Estructural Tetradimensional para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión y Formato de ENTREVISTA.*

Captura y procesamiento de información:

En función de la información que aquí es expuesta es fundamental señalar que a partir de la identificación de pacientes incluidos en la muestra de estudio, se realizó la aplicación de los respectivos instrumentos CET-DE (Alonso-Fernández 1986) *Cuestionario Estructural Tetradimensional para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión y Formato de ENTREVISTA*, se recogió la información obtenida mediante la aplicación de estos instrumentos así como las herramientas: observación directa, escucha activa, se realizó el conteo de las puntuaciones obtenidas, sin olvidar que el cálculo de la *Dimensión I* exige reducir en un tercio su puntuación directa simplemente multiplicando su resultado por 0.666, se realizó el perfil o grafica (depresograma) de acuerdo con cada uno de los participantes, se llevó a

cabo análisis de los resultados obtenidos, se empleó bases de datos que permitan un análisis exhaustivo y descriptivo, se estableció una comparación y discusión analítica entre los resultados obtenidos y los fundamentos teóricos para finalmente presentarse las conclusiones de investigación así como las sugerencias resultantes de este estudio.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

Una vez concluida la investigación, mediante de la aplicación de herramientas de medición: CET-DE (*Alonso-Fernández 1986*) *Cuestionario Estructural Tetradimensional para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión* y formato de ENTREVISTA, los resultados obtenidos se presentan de forma puntual en los Cuadros D y E: *Respuestas de entrevista*.

Se resalta respecto a la muestra, la cantidad total de participantes para el desarrollo de esta investigación concluye en 12 sujetos (6 participantes correspondientes al género femenino y 6 participantes del género masculino, respectivamente) cuyas edades oscilan entre los 20 y los 68 año de edad, pacientes derechohabientes canalizados al Grupo de Autoayuda SODHI durante las sesiones que competen al mes de Mayo del año en curso, los cuales cumplieron con la variable de medición previamente solicitada, esto es, la presencia del Rasgo Obesidad, expresada mediante un índice de Masa Corporal superior a 30.0 Kg/m².

Cabe señalar, se identificó en algunos participantes avances respecto al peso a consecuencia de la intervención y seguimiento integral del sector salud, lo cual di oportunidad a algunos participantes de la modificación de las cifras de peso en el transcurso de aplicación de instrumentos CETDE y ENTREVISTA, al apegarse estos al tratamiento clínico establecido.

La información es expuesta de acuerdo con la particularidad de cada género (masculino y femenino), esto es, la información resultante de acuerdo con el género correspondiente, con la finalidad de observar las similitudes o características compartidas en su género así mismo la información obtenida conforme a las diferencias encontradas al empatar dicha información con la obtenida en el siguiente género:

Cuadro D: Respuestas de entrevista (Género Masculino)

RESPUESTAS DE ENTREVISTA						
Género masculino (participante)						
Reactivo	Partic.1	Partic.3	Partic.6	Partic.8	Partic.9	Partic.10
1. Obesidad rasgo innato/adquirido	Adquirido	Adquirido	Innato	Adquirido	Adquirido	Adquirido
2. Edad de aparición de obesidad	33 años	52 años	Primeros días de vida	58 años	30-35 años	30 años
3. Suceso o evento al que se atribuye	Malos hábitos	Malos hábitos	Herencia genética	Malos hábitos	Consumo de alcohol, malos hábitos	Malos hábitos
4. Dificultad en control de peso	No	No	No	No	No	Si
5. Antecedentes heredofamiliares: enfermedades crónicas	Padre: Obesidad y Hermano: Diabetes	Sin registro	Padres: Obesidad	Sin registro	Sin registro	Abuela paterna, padre, 2 tíos paternos: Diabetes
6. Percepción sobre <u>personas obesas</u>	Malos hábitos	Importancia de autocuidado	Imagen corporal por herencia	Descuido, malos hábitos	Descuido, malos hábitos	Malos hábitos y descuido
7. Percepción de autoimagen corporal	Agrado por imagen corporal	Agrado por imagen corporal	Aceptación de imagen corporal	Aceptación, presento buena salud	Aceptación de imagen corporal	Aceptación de imagen corporal
8. Primeros pensamientos a inicio de día	Actividades diarias, trabajo	Trabajo, atribución a Dios	Atribución de vida a Dios	Atribución a Dios	Atribución a Dios	Trabajo y disfrutar la vida
9. Percepción y expectativas sobre la vida	La vida es bonita	Vivir el momento	Vivir y gozar la vida	Es muy bonita	Vivir el momento	Vivir el momento
10. Mayor temor	Muerte	Complicación de salud	Morir "solo"	Peligros en hijos	Muerte (sin logros)	Complicación de salud
11. Enfado hacia.../motivo	No, nadie	No, nadie	No, nadie	Si, sobrino, desacuerdos	No, nadie	No, nadie
12. Proyecto de vida	Autocuidado, vivencia con familia	Disfrutar la vida	Vivir lo más que se pueda-Dios	Autocuidado, apego a tratamiento	Herencia familiar y aprendizaje	Ver crecer a su hija

El cuadro anterior muestra las respuestas emitidas en entrevista, de acuerdo con el *género masculino*, mismo que representa el 50% de la muestra, en donde predominan las siguientes respuestas:

La mayoría de estos refiere que la obesidad ha sido una característica o rasgo adquirido y/o desarrollado en etapa adulta (de entre los 30 a los 52 años de edad) atribuido principalmente a malos hábitos respecto a su alimentación, falta de ejercicio, y

en uno de los casos, a la ingesta excesiva de alcohol, lo anterior, ha contribuido al descontrol de dicho padecimiento (obesidad) y este a su vez promueve otras enfermedades crónicas; así mismo se identifica un caso en el cual la obesidad ha sido identificada como rasgo innato y/o natural, a partir de la identificación de antecedentes hereditarios, lo cual se considera factor de riesgo para la aparición de complicaciones en salud.

Se describe en mayoría de población masculina (a excepción de un caso) no se presentan complicaciones en control de peso, esto es, una vez que adquieren el plan de trabajo e instrucciones de tratamiento médico integral, adquieren el compromiso respecto a su autocuidado, propiciando la modificación en favor de la salud de estos; en este último rasgo, el caso de excepción refiere presenta dificultad en control de peso, esto es, le resulta complejo bajar de peso al no apegarse a las indicaciones médicas establecidas, al plan alimenticio, actividad física, lo cual brinda la posibilidad de incremento en factores de riesgo a su salud.

Respecto a los antecedentes de enfermedades crónicas en el 50% de la población masculina se registra Obesidad padecida en padres así como Diabetes en familiares cercanos a estos, lo cual destaca la importancia del autocuidado a fin de proporcionar conciencia y apego al tratamiento integral de salud. La percepción que el género masculino tiene respecto a las personas que presentan obesidad describe: como antecedente principal malos estilos de alimentación y falta de ejercicio, descuido en su persona, se hace mención por parte de estos participantes la importancia del autocuidado así como la prioridad hacia el seguimiento de un plan integral en favor de su salud.

La totalidad de los participantes del género masculino indican manifestar agrado y aceptación respecto a su imagen corporal, lo cual a diferencia del género femenino, no resulta tan conflictivo este rasgo. Se identifica tanto en este conjunto (género masculino) como en el género femenino, sus primeros pensamientos respecto al día descansan en las actividades a desempeñar diariamente, especialmente en el género masculino actividades pertenecientes al área laboral, haciendo mención que se identifica rasgo similar y predominante en el total de los participantes, quienes al iniciar

el día, atribuyen a la figura espiritual *Dios* el autocuidado y la totalidad de las actividades desempeñadas y a desempeñar.

Respecto a las expectativas y percepción de la vida, la *totalidad de los participantes* (ambos géneros) describen la vida a través del calificativo “bonita” donde la importancia radica en vivir el momento, en saber vivir y disfrutarla aun con los diversos retos planteados.

En la totalidad de los participantes se identifica su mayor temor descansa en pensamientos respecto a la muerte, complicaciones de salud, así como en el cuidado de hijos. En el género masculino se observa (a excepción de un caso) manifiestan no presentar sentimientos de enojo y enfado respecto a alguna persona (familiar o no), en donde el único caso registrado afirma mantener cierto enojo desde hace un par de meses hacia su sobrino quien mantiene una relación conflictiva con su único hijo varón.

Finalmente respecto al proyecto de vida, en la totalidad de los participantes (ambos géneros) se coloca como prioridad, esto es, a corto, mediano y largo plazo, el continuar con el tratamiento integral en favor de su salud, acciones de autocuidado así como el disfrutar a su familia y de la vida de la mejor forma posible.

El punto anterior expuesto (acciones en favor del autocuidado del paciente), se presentó como una característica que predomina en ambos grupos, juega un papel primario en el apego al tratamiento clínico integral y en consecuencia en los resultados esperados por parte del Instituto de Salud, objetivo que se persigue sea alcanzado a nivel consciente y continuo por parte del paciente. De ahí que esta respuesta ha sido manifestada bajo el discurso de la totalidad de pacientes participantes.

Al comparar resultados, se brinda la oportunidad de observar similitudes y diferencias en ambos grupos de acuerdo con el género, al complementar la información anterior con la información obtenida por el género femenino, presentado en el cuadro siguiente:

Cuadro E: Respuestas de entrevista (Género Femenino)

RESPUESTAS DE ENTREVISTA						
GÉNERO FEMENINO (PARTICIPANTE)						
Reactivo	Partic.2	Partic.4	Partic.5	Partic.7	Partic.11	Partic.12
1. Obesidad rasgo innato/natural	Adquirido	Adquirido	Innato	Adquirido	Adquirido	Adquirido
2. Edad de aparición de obesidad	35-36 años	Adolescencia 15 años	Primeros días de vida	22 años	30 años	32 años
3. Suceso o evento al que se atribuye	Malos hábitos	Malos hábitos	Malos hábitos	Embarazo y nacimiento de 3er hijo	Matrimonio	Embarazo de 3er hijo, descuido
4. Dificultad en control de peso	Si	Si	Si	No	No	Si
5. Antecedentes heredofamiliares: enfermedades crónicas	Esposo: Diabetes, Madre: Cáncer	Sin registro	Padre: Obesidad	Padre y hermano: Obesidad	Madre y esposo: Diabetes	Madre y hermana: Hipertensión, Hermana: Diabetes, Padre y hermana: Problemas cardiacos
6. <u>Percepción sobre personas obesas</u>	Pobrecitas, están dañadas...	Malos hábitos, estamos obesos...	Se ve mejor una persona flaca que gordita	Malos hábitos, está mal no cuidarse.	Pienso en mi hija, su gordura le puede hacer daño	Culpa ante salud actual e intentos fallidos en autocuidado
7. Percepción de autoimagen corporal	Desagrado por imagen corporal y uso de lentes	Me gustaría cambiar mi imagen, bajar pancita	No va de acuerdo la ropa a mi estatura	Agrado porque no puedo cambiarlo	Agrado por mejora en imagen corporal	Total desagrado de imagen corporal
8. Primeros pensamientos a inicio de día	Atribución a Dios	Hacer lo cotidiano (desagrado)	Aseo de casa (poco agrado)	Menú respecto al desayuno	Atribución a Dios	Constantes molestias corporales
9. Percepción y expectativas sobre la vida	La vida es hermosísima	Es bonita, la podemos disfrutar	La vida es bonita, vivirla	Echarle ganas (solución)	Salud y cuidado de "todos"	Estoy aquí por algo, para servir
10. Mayor temor	Muerte, abandono de familia	Muerte de familia	Muerte	Peligros en hijos	Aborto por decisión propia (16 año)	Muerte de pareja, quedarme sola
11. Enfado hacia.../motivo	Tía y Tío, por abuso ante muerte materna	No, nadie	No, nadie	No, nadie	Cuñada, mala relación, es grosera.	Si, conmigo, me faltan fuerzas
12. Proyecto de vida	Disfrutar la vida	Superación personal, autocuidado	Seguir adelante en familia	Echarle ganas	Autocuidado, atribución a Dios	Poder subsistir, estabilidad

Con anterioridad, se hace mención de las respuestas para cada elemento de la entrevista, expuestas por el género masculino así como resaltando algunas de las respuestas predominantes en ambos géneros. De ahí que algunas de las respuestas difieren en el género femenino, estas, expuestas en el cuadro anterior, para lo cual se retoma en este apartado para mayor comprensión.

Por tanto, el cuadro anterior registra las respuestas emitidas en entrevista conforme al género femenino, mismo que representa el 50% de la muestra, en donde predominan las siguientes respuestas:

La mayoría de estas refiere que la obesidad ha sido una característica o rasgo adquirido y/o desarrollado en etapa adulta (de entre los 15 a los 36 años de edad) atribuido principalmente a malos hábitos respecto a su alimentación, falta de ejercicio, y en tres de los casos, a una nueva etapa de vida, el matrimonio y en consecuencia, a su tercer embarazo, lo cual ha contribuido al descuido personal para brindar mayor cuidado y protección a hijos, encaminando a estas participantes al descontrol de dicho padecimiento (obesidad) y a su vez a la aparición de otras enfermedades crónicas; dos terceras partes del género femenino advierten experimentar descontrol en su peso al considerar que falta mayor compromiso por su parte para el apego al tratamiento integral médico; por tanto la tercera parte restante refiere no tener dificultades con el control de su peso al llevar a cabo las acciones de autocuidado. Respecto a los antecedentes heredofamiliares de enfermedades crónicas, se identifica en este conjunto, predominan mayores antecedentes tanto de obesidad, diabetes, hipertensión, cáncer y problemas cardíacos, lo cual prevé una mayor cantidad de padecimientos a los que son expuestas al ser factor de riesgo. En tanto a la percepción hacia las personas obesas, se observa en este grupo, comentarios respecto al desagrado o poco agrado de imagen corporal tanto en su fisionomía como a su vestimenta, lo cual empata con la inconformidad presente en la mayoría de las participantes (género femenino) expresada a través del deseo de modificar su peso y talla.

Finalmente, respecto a sentimientos de enojo y enfado hacia otras figuras, en este género se identifica mayor predominio de estos afectos, al registrarse casos de abuso de autoridad, temores y maltrato recibido por estas figuras; y en uno de los

casos, enojo hacia sí mismo ante la impotencia del cumplimiento de las exigencias del medio interno y externo de su persona.

De forma general, las tablas anteriores muestran las respuestas obtenidas, de las cuales, el 50% de la población pertenece al género femenino y el otro 50% al género masculino.

Del total de la población se concluye que respecto a la obesidad, la población sugiere la aparición de esta característica se suscita a partir de un elemento que conlleva a la modificación de la dinámica de vivencia, horarios de alimentación de acuerdo con su empleo o actividades desempeñadas u otros elementos de corte personal tal como embarazo, proceso de duelo resultante de la pérdida de figura de afecto, padecimientos crónicos, etc., en la mayoría de los casos, se cuenta con antecedentes de herencia en tanto a características orgánicas y fisiológicas, se identifica en la mayoría de los participantes la aceptación de forma favorable respecto a su cuerpo y/o la imagen corporal, es importante señalar que este elemento se pudiera referir a la percepción de forma consciente en tanto al sujeto; respecto a los temores y/o miedos actuales en los participantes se concluye el 75% de la muestra refiere que su “mayor temor” se inclina hacia los pensamientos de muerte, al fallecimiento de este o de su familia (familia: a quienes describen como “principal motor de su vida”) y al abandono de esta, lo cual es asociada con el temor a la soledad; la percepción que se tiene acerca de la *Vida* se muestra como positiva en la totalidad de los participantes quienes refieren acentuar su vivencia a partir de un concepción espiritual al hablar de Dios a quien se le otorga el cuidado de sus seres amados y las actividades desempeñadas a lo largo del día así como la figura a quien se agradece por la presencia del día referido, se destaca en dos terceras partes de la población no se manifiesta algún enojo hacia alguna persona en especial, lo cual se presumía podía generar elementos de corte psicológico en el participante, destacando en particular los casos, en los cuales se identifica molestia y enojo respecto a alguna figura, figuras que se perciben como agresivas y causantes de algún “dolor emocional” en algún momento de vivencia; finalmente, se concibe y destaca la percepción favorable de la vida en cada uno de los participantes, quienes conciben el “futuro” como aquel “periodo al que se le

atribuye prosperidad y oportunidad para mejorar y disfrutar la vida de cada uno de estos”, este elemento final pudiera contemplarse de manera favorable en el apego al tratamiento integral y por consecuencia, estabilidad en la salud integral del participante (paciente); resaltando, la identificación de circunstancias que vinculan los “malos hábitos” tanto alimenticios como de actividad física, los cuales con tintes de consciencia en los participantes, encabezan la lista de elementos copartícipes en el desarrollo y adquisición de enfermedades crónicas así como enfermedades psíquicas resultantes de estas, tal como la depresión, bajo la cual, mediante análisis de herramienta encaminada a este padecimiento, de acuerdo con cada paciente participante, resulta la siguiente información:

Participante 1:

Se trata de sujeto masculino de 38 años de edad, casado, quien actualmente en el ámbito laboral se desempeña como obrero, no realiza actividad física, con un peso de 92.5 kg y 1.70 metros de estatura, quien refiere a obesidad no ha sido característica genética propia sino que es desarrollada a los 33 años de edad aproximadamente atribuido al abandono del ejercicio anteriormente desempeñado o a descuido de esta misma cualidad, mencionando que la obesidad se presentó en padres y hermanos de este, señalando que de encaminarse al desarrollo de hábitos favorables podría ser más feliz, sujeto conforme con su cuerpo, describe su percepción respecto a la vida como “bonita”, como agradable y cuyo mayor temor descansa en la muerte, en el fallecimiento o falta de su familia, contempla entre sus prioridades el autocuidado y equilibrio integral con su familia, quien conforme a los ítems de instrumento, refleja mayor puntuación (puntuación: 17) en la Dimensión 4, la cual hace referencia a sintomatología encaminada al humor depresivo, tristeza, percepción de forma de vivir y desesperanza, respecto a las tres dimensiones restantes puntuaciones bajas que van desde los 6 los 16 puntos respecto a un puntuación significativa en instrumento CET-DE de 32 puntos, en conclusión, la negación en cuestión de aparición significativa de síntomas pertenecientes a la depresión, esto es, se descarta caso en el cual se vea reflejado sintomatología depresiva.

Participante 2:

Se trata de sujeto femenino de 43 años de edad, casada, se dedica actualmente a actividades del hogar, quien no realiza actividad física, con un peso de 79 kg y 1.61 metros respecto a su talla, la presencia de la obesidad no ha sido característica genética y fisiológica sino desarrollada entre los 35 y los 36 años de edad atribuido al descuido personal y a los malos hábitos alimenticios, percibiendo su cuerpo como dañado y descuidado, siente desagrado por el uso de lentes debido a dificultades de visión desde sus primeros años de vida, atribuye a la figura espiritual Dios la vivencia del día a día, describe a la vida como hermosa e ideal para disfrutarla, manifiesta su mayor temor descansa en morir y abandonar a su hija, manifiesta enojo con Tía y Tío maternos por estilo de crianza así como el abuso sexual por parte del Tío iniciado como un “juego infantil” a la edad de 10 años aproximadamente lo anterior resultante del fallecimiento de la madre en etapa de infancia, suceso que no ha sido comentado a otra persona ni llevado a trabajo terapéutico, describe el disfrutar la vida como elemento continuo en la vivencia diaria, participante que conforme a los ítems de instrumento, refleja respecto al humor depresivo y forma de vivir y percibir la vida (dimensión II) puntuación significativa (33 puntos), esto es, presencia de sintomatología depresiva unidimensional, lo cual señala, que se presentan síntomas con amplia intensidad (al menos tres veces por semana): sensación de amargura, falta de alegría, llanto con facilidad, dolor o sensación molesta localizada con mayor frecuencia en cabeza, espalda, vientre y piernas, ha experimentado pensamiento suicidas en diversas ocasiones, detectando episodio con mayor intensidad hace tres años al manifestar (de forma literal) deseo intenso de “aventarme a un carro”; respecto a la dimensión II (anergia), III (discomunicación) y IV (ritmopatía) conforme a la calificación del instrumento, se descarta puntuación que refiera aparición de sintomatología depresiva significativa, esto es, muestra interés y continuidad en las actividades y las vivencias diarias, disfruta del contacto con la familia, mantiene contacto con personas conforme los diversos contextos en los cuales se desenvuelve, tiene cuidado y muestra intereses en arreglo y cuidado personal, normalidad en hábitos de sueño, apego al tratamiento y control alimenticio, se muestra activa bajo las condiciones de vivencia cotidianas, manifiesta disfrutar su día a día así como un planes y metas a futuro.

Participante 3:

Se trata de sujeto masculino de 60 años de edad quien es casado, con un peso de 63 kg y 1.52 metros por talla, actualmente labora en fuerza minera, realiza actividad física al dedicar 30 minutos diarios aproximadamente a esta actividad, refiere la obesidad no ha sido característica desde sus primeros años de vida sino ha sido desarrollada a la edad de 52 años a consecuencia de malos hábitos, refiere la importancia del autocuidado, aceptación de su cuerpo, el trabajo como aquel elemento en el que coloca mayor atención al iniciar el día, percibe la vida como aquella que se vive como viene, como va pasando, cuyo mayor temor descansa en las complicaciones resultantes de enfermedad crónica actual, contempla en su plan de vida vivir la vida de manera tranquila y feliz, que conforme a los ítems de instrumento, refleja respecto a las cuatro dimensiones ausencia de sintomatología depresiva, al registrarse puntuaciones por debajo del puntaje 24; lo cual es complementado con la entrevista realizada, por tanto, se descarta la presencia de síntomas correspondientes al cuadro depresivo.

Participante 4:

Se trata de sujeto femenino de 20 años de edad, con un peso de 80 kg y 1.52 metros por talla, realiza actividad física, casada, se dedica a actividades correspondientes al hogar, refiere el sobrepeso ha sido característica desde sus primeros años de vida, atribuye su obesidad actual a malos hábitos y descuido personal desde hace aproximadamente 2 años, considera que el autocuidado es factor primordial para su salud, señala deseo de mejorar su imagen corporal, sus pensamientos al iniciar el día se encaminan a las actividades a desempeñar en el transcurso del día, percibe la vida como bonita, disponible a ser disfrutada y valorada, describe su mayor temor como la falta de algún integrante de su familia, contempla entre su plan de vida su autocuidado y superación personal, participante que conforme a los ítems de instrumento, refleja puntuación por debajo de los 1 puntos, lo cual indica se descarta sintomatología depresiva expresada en cualquiera de las cuatro dimensiones evaluadas mediante dicha herramienta.

Participante 5:

Se trata de sujeto femenino de 54 años de edad, casada, actualmente se dedica a actividades del hogar, no realiza actividad física, con un peso de 52 kg y 1.45 metros por talla, refiere la obesidad ha sido característica de su persona al desarrollarse desde sus primeros años de vida, característica atribuida a los malos hábitos en tanto a la alimentación, señala antecedente hereditario por parte de su padre, describe respecto a la percepción de su cuerpo como inconformidad al no ser su cuerpo de acuerdo con su estatura así como al indicar que el físico afecta ya que no es el mismo, al opinar que se ve mejor una persona (mujer) delgada que una gordita, sus pensamientos al iniciar el día se encaminan a las actividades a desarrollar en el transcurso de este, percibe la vida como agradable, bonita en donde la importancia radica en saber vivirla, esto es, estar felices con todos, su mayor temor es expresado como morir y en tanto a sus expectativas de su plan de vida contempla seguir adelante con toda su familia, conforme a los ítems de instrumento, refleja puntuaciones por debajo de los 16 puntos, lo cual nos indica se descarta la presencia de sintomatología depresiva expresada en alguna de las dimensiones exploradas.

Participante 6:

Se trata de sujeto masculino de 65 años de edad, casado, actualmente se dedica a actividades correspondientes a trabajo en mantenimiento, dedica 60 minutos aproximadamente a desarrolla ejercicios, con talla de 1.64 metros, refiere la obesidad ha sido característica desarrollada en los primeros años de vida, presencia de obesidad en padres, señala aceptación positiva respecto a su cuerpo, en tanto a área agradeciendo a Dios (figura espiritual) el día a día vivenciado, contempla entre sus planes de vida vivir el día a día de la mejor manera posible (de acuerdo con el cuidado de Dios), conforme a la aplicación del instrumento, se concluye, se descarta la presencia de sintomatología depresiva al registrarse puntuaciones por debajo de los 17 puntos, lo anterior es expresado en las cuatro dimensiones evaluadas.

Participante 7:

Se trata de sujeto femenino de 60 años de edad, casada, cuyo peso corresponde a 73 kg y talla 1.44 metros respectivamente, no realiza actividad física, actualmente se dedica a actividades del hogar, refiere la obesidad no ha sido característica propia de su persona o característica presente desde sus primeros años de vida, desarrollada a partir de los 22 años de edad a consecuencia del nacimiento de su tercer hijo al concentrarse en el desarrollo del menor y descuidar su persona, identifica antecedente de obesidad en padre y hermano mayor, manifiesta conformidad respecto a su imagen corporal aun con deseo de mejorar algunos aspectos que estén a su alcance, resalta la importancia del autocuidado y estrategias de alimentación saludables, sus primeros pensamientos al iniciar el día se inclinan hacia las actividades a desarrollar a lo largo del día, percibe la vida como factor de impulso, su mayor temor al pensar en el estado y/o las condiciones en las que regresen sus hijos a casa, contempla entre su plan de vida, mejorara las condiciones actuales de vida, en tanto autocuidado y bienestar familiar (echarle ganas); de acuerdo con los resultados obtenidos por los instrumentos aplicados, se descarta la presencia de sintomatología correspondiente a la obesidad al registrarse puntuaciones por debajo de 12 puntos en las cuatro dimensiones evaluadas así como en puntuación total.

Participante 8:

Se trata de sujeto masculino de 68 años de edad, casado, cuyo peso y talla corresponde a 73 kg y 1.62 metros respectivamente, realiza actividad física al menos 15 minutos al día aproximadamente, actualmente se dedica a actividades referentes al comercio y al campo, describe la obesidad ha sido desarrollada no desde sus primeros año de vida sino a la edad de 58 años a consecuencia de la falta de ejercicio al ser limitado el tiempo para desempeñar actividades en favor de su salud, niega antecedentes hereditarios de obesidad en familia, percibe su salud no sea visto agravada, resalta la importancia de optar por hábitos poco más sanos para autocuidado, señala sus primeros pensamientos a inicio del día a agradecimiento a

Dios por un día más de vida y solicitar a esta figura más días por vivir, percibe la vida como bonita aun sobre las circunstancias de carencia económica vivida en sus primeros años de vida, circunstancia que permitió la madurez actual, expresa su mayor temor descansa en preocupación por sus hijos al poder ser víctimas de la delincuencia, señala experimentar resentimiento hacia su sobrino quien tiene relación distante con uno de sus hijos, integra en su plan de vida continuar con su autocuidado a partir del seguimiento médico, estrategias de alimentación así como lo que promueve su salud integral; de acuerdo con la aplicación de las herramientas de medición correspondientes se concluye, no se identifica sintomatología depresiva en cualquiera de las dimensiones evaluadas al obtenerse puntuaciones (de 23 puntos) por debajo de la puntuación requerida.

Participante 9:

Se trata de sujeto masculino de 59 años de edad, casado, con peso y talla de 91 kg y 1.65 respectivamente, actualmente se desarrolla en el ámbito laboral como almacenista, reconoce no realizar actividad física, refiere la obesidad no ha sido característica propia o genética, al ser desarrollada a la edad de 30 a 35 años aproximadamente como consecuencia del consumo frecuente de alcohol así como del abandono de ejercicio, percibe agrado y conformidad con su imagen corporal aun cuando su imagen actual es diferente a la anterior, resalta la importancia de adoptar acciones y hábitos encaminadas al autocuidado, sus pensamientos a inicio de día se inclinan a Dios, tales como agradecimiento de vivencias experimentadas, etc., percibe la vida como una vivencia diaria que descansa en el aprendizaje de las experiencias, identifica como mayor temor el morir sin lograr metas tales como estar presente en momentos vitales con hijos y familia, contempla en su plan de vida, alcance de metas tales como el dejar recursos (patrimonio) económicos a familia; conforme a la aplicación de instrumentos de investigación correspondientes, se concluye, se descarta la presencia de sintomatología de la depresión al registrarse puntuaciones por debajo de los 2 puntos en las dimensiones evaluadas.

Participante 10:

Se trata de sujeto masculino de 46 años de edad, casado, con peso y talla de 71 kg y 1.65 metros respectivamente, actualmente se labora como obrero, refiere la obesidad ha sido desarrollada a la edad de 30 años aproximadamente a consecuencia hábitos poco sanos en cuestión de alimentación (ayunos prolongados), señala aceptación respecto a su imagen corporal, destaca la importancia de contar con iniciativa para adoptar hábitos saludables en favor de su persona y de quienes conviven con él, sus primeros pensamientos iniciar actividades diarias descansan en actividades laborales así como convivencia de calidad con su familia, percibe la vida como aquella que se vive de acuerdo con un presente, describe su mayor temor como complicaciones de padecimiento actual, integra en su plan de vida el ver a su hija crecer de ahí que se compromete con él a adoptar hábitos saludables, de acuerdo con la aplicación de instrumentos de medición correspondiente se concluye, no se presenta sintomatología depresiva al registrarse puntuaciones totales por debajo de los 22 puntos en las dimensiones evaluadas.

Participante 11:

Se trata de sujeto femenino de 63 años de edad, viuda desde hace 12 años, con un peso y talla de 70.5 kg y 1.50 metros respectivamente, no desarrolla actividad física, actualmente se dedica a actividades del hogar, describe la obesidad no ha sido característica propia de su persona sino desarrollada a los 30 años aproximadamente, situación atribuida a la unión legal con su pareja, esto al descuidarse para centrar atención a cuidado de familia, señala aceptación de imagen corporal al llevar a cabo acciones encaminadas a autocuidado, asocia la obesidad con su hija al experimentar temor por complicaciones que pudiera desencadenar el poco cuidado de su hija, su mayor temor descansa en recordar evento de aborto durante su adolescencia al experimentar temor por reacción de padres, integra en plan de vida acciones de autocuidado así como el vivir la vida de la mejor forma (en compañía de Dios); de acuerdo con la aplicación de instrumentos de medición correspondiente se concluye, no

se presenta sintomatología depresiva al registrarse puntuaciones totales por debajo de los 16 puntos en las dimensiones evaluadas.

Participante 12:

Se trata de sujeto femenino de 56 años de edad, casada, con peso y talla correspondiente a 82.5 kg y 1.53 metros respectivamente, práctica actividad física diaria de al menos 15 minutos, actualmente se dedica actividades del hogar así como al comercio, señala la obesidad no ha sido característica propia de su persona sino desarrollada a partir de su tercer embarazo, esto es a la edad de 32 años aproximadamente debido al descuido de su persona, se registran enfermedades crónicas padecidas por parte de su familia, señala poca aceptación de imagen corporal debido a que con anterioridad era delgada, manifiesta responsabilidad respecto a su salud actual, sus pensamientos al iniciar el día descansan en la pesadez del cerebro al asociar las actividades a desempeñar en el transcurso del día, percibe su estadía en la vida como una misión y parte del ciclo de la vida, en donde su deber es servir, su mayor temor descansa en quedarse sola al fallecer su pareja por complicaciones de salud, manifiesta molestia consigo misma respecto a la situación actual de vivencia, ya que se siente impotente al no poder manejar diversas situaciones, integra en su plan de vida como recurso primordial el lograr tener lo necesario para poder subsistir de manera armoniosa y estabilidad familiar. La participante habla sobre el fallecimiento de hija menos a consecuencia de un accidente automovilístico, suceso a partir del cual la percepción e interés de vida se ven afectados. De acuerdo con la aplicación de instrumentos de evaluación se concluye, se identifica sintomatología depresiva bidimensional, esto es, se registran puntuaciones de 33 y 35 puntos en las dimensiones I (humor depresivo) y IV (ritmopatía).

De forma general y conforme al instrumento de aplicación CET-DE, el cual permite el registro de sintomatología correspondiente a la depresión, aplicada a la población obesa en sus diversos niveles, se identifica:

Las puntuaciones más altas en la totalidad de la muestra descansa en la *Dimensión I*, la cual hace referencia al estado anímico de la persona, descrita como tristeza, dolor moral, “dolor de vivir”, donde la vida le resulta compleja de manejar, acompañado con frecuencia de una especie de desesperanza y autosubestimación ilustrada con alegorías de culpa. Así mismo, puntuaciones bajas para el resto de las dimensiones, pero sin descartar completamente la aparición de algunos de los rasgos presentes en el instrumento.

Como complementación a la información expuesta con anterioridad, se solicita a los participantes proporcionen los siguientes datos (a través del formato de ENTREVISTA): género (Masculino y Femenino); edad, elemento que permite la identificación de un rango de edad en el que predomina la Obesidad y enfermedades que acompañan a esta; Enfermedades crónicas (Obesidad, Diabetes, Hipertensión) permite la identificación de factores hereditarios; Talla (expresada en Metros), Peso (Kilogramos), tipo de obesidad derivado del IMC así como la realización o no de actividad física (a partir de su seguimiento clínico); de forma simple y en concreto, lo anterior permite la identificación de elementos influyentes en el padecimiento de las variables de medición en la presente investigación.

El cuadro siguiente(Cuadro F: *Caracteres complementarios*)muestra los datos obtenidos:

Cuadro F: Caracteres complementarios (ENTREVISTA)

Caracteres complementarios							
Rasgo/ Participante	Genero/Edad (años)	Enfermedades crónicas, Dx.	Talla (M)	Peso (Kg)	IMC (Kg/M)	Tipo de Obesidad	Actividad física
P1	M/38	O/DM/HAS	1.70	92.5	32.0	I	No
P2	F/43	O/HAS	1.61	79	30.5	I	No
P3	M/60	O/DM	1.52	63	27.2	Sobrepeso	Si
P4	F/20	O	1.52	80	34.6	I	Si
P5	F/54	O/HAS	1.45	52	24.7	P. Normal	No
P6	M/65	O/HAS	1.64	74	27.6	Sobrepeso	Si
P7	F/60	O/DM	1.44	73	35.2	II	No
P8	M/68	O/HAS	1.62	73	27.8	Sobrepeso	Si
P9	M/59	O	1.65	91	33.4	I	No
P10	M/46	O	1.65	71	26.1	Sobrepeso	Si
P11	F/63	O/DM/HAS	1.50	70.5	31.3	I	No
P12	F/56	O/HAS/PRE-DM	1.53	82.5	35.2	II	Si
Total: 12	M: 6 F: 6	T. O. P. Normal:1 Sobrepeso: 4 O. I:5 O. II: 2	A.F. Si: 6 No: 6				

De acuerdo con la tabla anterior:

Del total de la población participante, de acuerdo con un 100%, resulta un 50% de este total para el género femenino como para el género masculino, donde su edad oscila entre los 20 y los 68 años de edad, los cuales el 100% de estos, respecto a su estado civil refieren ser casados y con al menos dos hijos resultantes de esta unión, se identifica que cerca de una tercera parte de la muestra presenta únicamente obesidad descartando hasta el momento de la aplicación, otros padecimientos crónicos, sobre esta misma línea, se identifica que cerca de las dos terceras partes del total de la población se adscriben Diabetes e hipertensión como enfermedades crónicas que acompañan a la obesidad en estos pacientes, así mismo, poco más de una tercera parte del total de la población presenta avances en favor de su salud, tal como el monitoreo frecuente y el apego al tratamiento médico recibido. Se identifican en el total de la muestra cerca del 50% de esta, presenta Obesidad tipo 2, de acuerdo con los índices establecidos por la OMS, finalmente, el 50% de la muestra refleja dedicar al menos 15 minutos durante el transcurso del día a actividad física en favor de su salud.

CONCLUSIONES

Una vez presentados los resultados expuestos por los participantes, previamente se llevó a análisis dicho contenido, el cual, forma parte del desarrollo de esta investigación; por ello, en este apartado son colocados tanto la parte de análisis de resultados, hallazgos de otras investigaciones encaminadas a esta la línea de investigación así como el contenido teórico que fundamenta la misma.

Sin más preámbulo, son presentadas las conclusiones de forma accesible y resumida en relación con el propósito y objetivo planteado, el cual descansa en Identificar la sintomatología de la depresión en personas obesasa partir del uso y aplicación del instrumento CET-DE(Alonso-Fernández 1986)*Cuestionario Estructural Tetradimensional para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento de la depresión y formato de ENTREVISTA:*

- Tal como lo menciona Bouchard (1998), al hablar de obesidad, en función de la masa corporal, se identifica que en la totalidad de los participantes, es en el género femenino en donde se identifica índices de Obesidad por arriba de lo normal, esto es, se presentan porcentajes de grasa corporal por encima de los valores considerados como normales, que son del 10 al 20% en los varones y del 20 al 30% en las mujeres adultas.
- La obesidad es atribuida a la responsabilidad de corte multifactorial, encabezada por los malos hábitos de alimentación, falta de actividad física y elementos de corte psicológico y/o emocional, lo cual, difiere de acuerdo con cada caso. Lo cual es fundamentado por diversos autores entre ellos,
- Otro de los factores localizados en la totalidad de los participantes respecto a la obesidad, el desencadenamientos de enfermedades subsecuentes a partir de esta, crónicas tales como la Diabetes Mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiovasculares, enfermedades de tipo psicológicas tales como la depresión, entre otras, esto es, la totalidad de los participantes padece además de Obesidad al menos una enfermedad adherida a esta, esto es respaldado teóricamente e identificado en anteriores hallazgos de investigación por el autor Martínez (2005), quien hace mención acerca de la inactividad

asociada con dietas mal balanceadas de alto contenido calórico se relacionadas con condiciones crónicas del adulto, entre las más relevantes se asocian: enfermedades cardiovasculares, diabetes y algunos tipos de cáncer que aparecen a edades cada vez más tempranas.

- La mayoría de los participantes refiere la Obesidad se muestra como una enfermedad adquirida a partir de hábitos poco saludables así como factores heredofamiliares y de corte cultural.
- El género masculino muestra menor complejidad en el control de peso.
- La totalidad de los participantes del género masculino manifiestan mayor agrado y aceptación de imagen corporal en contraste con el género femenino, tal como hace mención Bruch (1962), la insatisfacción corporal y la percepción de uno mismo como “gordo” junto con otros comportamientos alimentarios son características ampliamente prevalentes en las mujeres.
- En la totalidad de los participantes, los primeros pensamientos a inicio de día descansan en el agradecimiento a la figura Dios así como la petición en favor de las actividades a desempeñar durante su día.
- La totalidad de los participantes describen su percepción respecto a la vida con el calificativo “bonita”, donde la importancia radica en vivir el momento, en saber vivir y disfrutarla aun con los diversos retos planteados.
- La totalidad de los participantes refleja su mayor temor descansa en pensamientos respecto a la muerte y complicaciones de salud.
- La percepción favorable de la vida en cada uno de los participantes, quienes conciben el “futuro” como aquel “periodo al que se le atribuye prosperidad y oportunidad para mejorar y disfrutar la vida de cada uno de estos”, este elemento final pudiera contemplarse de manera favorable en el apego al tratamiento integral y por consecuencia, estabilidad en la salud integral del participante.
- Se registra en la totalidad de la población participante mayor puntuación de acuerdo con el instrumento CET-DE, en la *Dimensión I: Humor depresivo*, dimensión que hace referencia al estado anímico de la persona descrita como tristeza, dolor moral, “dolor de vivir”, donde la vida le resulta compleja de

manejar, acompañado con frecuencia de una especie de desesperanza y autosubestimación ilustrada con alegorías de culpa.

- Como se muestra con mayor predominio en uno de los participantes género femenino así como en textos de corte psicodinámico, la persona deprimida es típicamente su peor enemigo, y podrá inclusive servirse de esta expresión concreta al describirse a sí mismo. Las tendencias autodestructoras o masoquistas y depresivas coexisten con frecuencia en el mismo individuo. El suicidio, se presenta como la complicación dramática de las depresiones serias.

En términos generales:

- A pesar de que la Secretaría de Salud interactúa con diversos sectores de la sociedad, aún se carece de una efectiva función rectora y coordinadora de las acciones en favor de la promoción y atención de la salud mental.
- Existen barreras geográficas (ubicación de la Institución de Salud) y culturales (tabúes, información errónea, etc.) que dificultan la atención en favor de la salud mental a la población rural.
- Resulta enriquecedor desarrollar estrategias para lograr una articulación entre estos diversos saberes médicos y así ofrecer una atención integral acorde a las necesidades de la población.

Finalmente, es de suma importancia hacer mención que un análisis exhaustivo de los resultados e información obtenida por el instrumento y en complementación con las herramientas utilizadas por el evaluador o examinador de forma individual permite el análisis focalizado de cada caso y por ende, da pauta para la intervención de acuerdo con las necesidades según sea su caso.

SUGERENCIAS

Por último, una vez obtenidos los resultados y habiendo concluido, se sugieren los siguientes puntos:

- Combatir el estigma y la discriminación en torno a la Salud Mental.
- Articular la atención en salud mental a la red de servicios de salud general.
- Integrar programas de promoción y prevención de los trastornos mentales.
- Fortalecer los programas de promoción y prevención en Salud Mental.
- Mejorar al personal capacitado en la atención primaria para la orientación y canalización a atención en Salud Mental.
- Usar la información recopilada como línea base en la exploración de nuevas rutas de investigación.
- Monitorear el progreso de los servicios en favor de la salud integral e involucrar a los usuarios, familias y otras partes interesadas en la promoción, prevención, atención y rehabilitación de salud mental.
- Dar continuidad al desarrollo de esta línea de investigación en otros espacios, con características propias de cada conjunto de participantes, lo cual brinda oportunidad a la apertura de información respecto al tema.
- Establecer vínculos más sólidos entre el sector salud, usuarios y familiares, de tal manera que estas últimas puedan tener una participación más proactiva en la planificación y desarrollo de los programas y servicios de salud mental.

Referencias

Alonso-Fernández. *Fundamentos de psiquiatría actual*. Paz Montalvo. España, 1972.

Alvares (2004) *Relación entre obesidad y depresión*. Disponible en URL: <http://www.prismasa.org/estrecha-relacion-entre-depresion-y-obesidad/> [consulta, marzo, 2014]

Beck, 1974. *Manual de psicopatología y trastornos psiquiátricos*. Siglo veintiuno. España, 1995.

Bouchard (1998) *Tipología de la obesidad*. Disponible en URL: <http://www.cmcmedicalgroup.es/obesidad/tipos-de-obesidad/> [consulta, julio, 2014]

Bruch, 1962. *Manual de Psiquiatría*. Manual Moderno. México, 1976

Chaves, 1981. *Factores psicológicos de la obesidad*. Disponible en URL: <http://www.binass.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/w6nll/art1> [Consulta, febrero, 2014]

Curtis (1995) *Qué es obesidad*. Disponible en URL: http://estepais.com/site/wp-content/uploads/2011/03/IndicadorObesidadM%C3%A9xico_marzo2011.pdf

ENSANUT, Anderson y Butcher (2006) *Contextualización de la obesidad en México*. Disponible en URL: <http://www.cronica.com.mx/notas/2013/767404.html> [consulta, julio, 2014]

Falret, Lasegue, 1854. *Tratado de Psiquiatría*. Interamericana. México, 1974.

Fernández, 2010. *Metodología de la investigación*. Hernández R., Fernández C. Mc Graw Hill. México, 2010.

Fundación Mexicana para la salud (2002) *Estadísticas actuales de obesidad en México*. Disponible en URL: http://www.salud.df.gob.mx/ssdf/index.php?option=com_content&task=view&id=4034 [consulta, junio, 2014]

- Howland, Keller, 1995. *Trastornos de la conducta alimentaria*. Masson. México, 2003.
- Kaplan (1987) *Compendio de Psiquiatría*. Salvat. España, 1987.
- Kessler, 1994. *Psicología Clínica*. Pearson. España, 2007.
- Mackinnon y Michels, 1973. *Psiquiatría clínica aplicada*. Nueva Editorial. México, 1973.
- Martínez, Daniels, Arnett, Eckel, Gidding, Hayman y otros (2005). *Antecedentes históricos de la Obesidad*. Disponible en URL: http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lps/martinez_r_a/capitulo3.pdf [consulta, febrero, 2014]
- McCullough, 2003. *Tratamiento para la depresión crónica*. Manual Moderno. México, 2003.
- Mendels (1970).
- Murray y López, 1996. *Psicología de la Salud. Terapia, investigación y práctica*. Manual Moderno. México, 2002.
- OMS y Norma Oficial Mexicana, 2000. *Sobrepeso y obesidad*. Disponible en URL: file:///E:/IndicadorObesidadM%C3%A9xico_marzo2011.pdf [consulta, Julio, 2014]
- Onnis, 1990. *Depresión, causas, manifestaciones y tratamiento*. Trillas, México, 1990.
- Picks, 1994. *Cómo investigar en ciencias sociales*. Pick S. López A. Trillas. México 1994.
- Pinel, 1801. *Depresión y obesidad*. Disponible en URL: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/manejo_depresion.pdf [Consulta, marzo, 2014]
- Sabanés, 1993. *La Depresión*. Diana. México, 1993.
- Sanchez-Castillo (2002) *Relación entre Obesidad y depresión*. Disponible en URL: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/obesidad/ObesidadFactores.html> [consulta, abril, 2014]

Schilder, 1935. *Tratado de medicina Interna*. Interamericana. México, 1974.

SEEDO, 2007 *Clasificación de sobrepeso y obesidad*. Disponible en URL: <http://www.meiga.info/escalas/obesidad> [consulta, julio, 2014]

Stunkard, Faith y Allison, 2003. *Guía para el médico, depresión y trastornos bipolares*. Mc Graw Hill. España, 2007.

Zukelfeld (1996) *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*. Buenos Aires, 1996.

Á P E N D I C E

CET-DE (Alonso-Fernández 1986)

Cuestionario Estructural Tetradimensional para el diagnóstico, la clasificación y el seguimiento
de la depresión
(Edición 1986)

Nombre: _____

Sexo: _____ *Edad:* _____ *Estado civil:* _____

Profesión/oficio: _____ *Fecha de aplicación:* _____

Instrucciones: A continuación se le presentan una serie de preguntas, lea detenidamente cada una de estas y responda lo más aproximado a lo que le ha venido ocurriendo a usted en los últimos 6 meses, colocando las siguientes opciones de respuesta según sea el caso.

- 0: Ausencia del síntoma.
- 1: Duda entre presencia o ausencia de síntoma.
- 2: Presencia del síntoma poco clara.
- 3: síntoma ligero ("un poco/poco") o esporádico (1 o 2 veces por semana).
- 4: Síntoma intenso ("bastante"/mucho), al menos 3 veces por semana.

DIMENSION I (Humor depresivo)

Puntuación

- | | |
|--|-------|
| 1. ¿Nota sensación de amargura?..... | ..... |
| 2. ¿Se siente triste?..... | ..... |
| 3. ¿Nota falta de alegría?..... | ..... |
| 4. ¿Tiene sentimientos de inquietud y temor?..... | ..... |
| 5. ¿Tiene muchas gana de llorar o llora fácilmente?..... | ..... |
| 6. ¿Le pesa la vida?..... | ..... |
| 7. ¿se siente enfermo del cuerpo o está pendiente de su cuerpo?..... | ..... |
| 8. ¿Siente todo el cuerpo pesado o con cualquier otra clase de Sensaciones generalizadas molestas o extrañas?..... | ..... |

¿Sufre algún dolor u otra sensación molesta localizada? (9-12)

- | | |
|--|-------|
| 9. ¿En la cabeza, la nuca, el cuello o la cara?..... | ..... |
| 10. ¿En el pecho o en la espalda?..... | ..... |
| 11. ¿En el vientre, las nalgas o los genitales?..... | ..... |
| 12. ¿En los brazos o en las piernas?..... | ..... |
| 13. ¿Se nota incapaz para solucionar los problemas habituales de su vida?..... | ..... |
| 14. ¿Se preocupa por pequeñas cosas?..... | ..... |
| 15. ¿Piensa más de lo habitual en problemas económicos?..... | ..... |
| 16. ¿Tiene preocupaciones de haber hecho algo malo?..... | ..... |
| 17. ¿Se cree responsable de sus trastornos actuales?..... | ..... |
| 18. ¿Se siente inferior a los demás?..... | ..... |
| 19. ¿Cree que lo que le ocurre no tiene arreglo?..... | ..... |
| 20. ¿Cree que no vale la pena vivir?..... | ..... |
| 21. ¿Ha pensado en quitarse la vida?..... | ..... |

Suma de las puntuaciones.....

Puntuación Ponderada.....

DIMENSION II (ANERGIA)

Puntuación

- 22. ¿Se siente aburrido o desinteresado por todo?.....
- 23. ¿Tiene dificultad para recordar?.....
- 24. ¿Le cuesta trabajo pensar?.....
- 25. ¿Se siente vacío de sentimientos?.....
- 26. ¿Le cuesta tomar decisiones?.....
- 27. ¿Ha disminuido su actividad habitual?.....
- 28. ¿Se pasa en la cama más tiempo de lo habitual?.....
- 29. ¿Siente que la cabeza por dentro está como paralizada?.....
- 30. ¿Tiene sequedad de boca?.....
- 31. ¿Hace mal las digestiones o tiene nauseas o vomito?.....
- 32. ¿Tiene estreñimiento o diarrea?.....
- 33. ¿Se siente agotado o se cansa enseguida?.....
- 34. ¿Se encuentra sin deseos o interés para la vida sexual?.....
- 35. ¿Le da muchas vueltas a las cosas?.....

Suma de las puntuaciones.....

DIMENSION III (DISCOMUNICACION)

Puntuación

- 36. ¿Tiene algún trastorno de vista o de oído ajeno a su padecimiento actual?.....
- 37. ¿Ha dejado de alegrarse con la compañía de los seres queridos?.....
- 38. ¿Está más sensible que antes?.....
- 39. ¿Ha dejado de afectarle las cosas importantes?.....
- 40. ¿Habla menos con su familia o con sus amistades?.....
- 41. ¿Se siente solo o alejado de los demás?.....
- 42. ¿Se siente enfadado o molesto con otras personas?.....
- 43. ¿Se siente receloso o desconfiado?.....
- 44. ¿Nota algo extraño en el aspecto de las personas?.....
- 45. ¿Ve menos la televisión o escucha menos la radio?.....
- 46. ¿Habla preferentemente con los demás de sus trastornos?.....
- 47. ¿Está menos cariñoso o expresivo que habitualmente?.....
- 48. ¿Le resulta más difícil que antes entender las conversaciones o las lecturas?.....
- 49. ¿Ha dejado de arreglarse o vestirse como habitualmente?.....

Suma de las puntuaciones.....

DIMENSION IV (RITMOPATIA)

Puntuación

- 50. ¿Tarda mucho en quedarse dormido?.....
- 51. ¿Se despierta con frecuencia durante la noche o tiene pesadillas durante el sueño?.....
- 52. ¿Se despierta antes de lo habitual y ya no puede dormirse?.....

- 53. ¿Su momento peor del día es al despertar?.....
- 54. ¿Duerme en conjunto más que antes?.....
- 55. ¿Se encuentra peor por las mañanas?.....
- 56. ¿Está más activo por la noche que por el día?.....
- 57. ¿Nota muchos cambios en su forma de sentirse a lo largo del día?
- 58. ¿Tiene momentos durante el día en los que se queda traspuesto con una serie de ensueños?.....
- 59. ¿Ha perdido el apetito o peso?.....
- 60. ¿Tiene momentos con sensación de hambre muy fuerte?.....
- 61. ¿Se le hacen los días muy largos?.....
- 62. ¿Piensa más en las cosas del pasado que en las del presente?
- 63. ¿Ha dejado de tener planes para el futuro?.....

Suma de las puntuaciones.....

GRACIAS POR SU COLABORACION

PERFIL DEPRESOGRAMA

DIMENSIONES					
P. Ponderada (1)	I. H.D.	II. An.	III. Disc.	IV. Ritm.	Puntuación total /4
56					
48					
40					
Umbral Depresivo 32					
28					
16					
8					
0					

(1) Igual a la puntuación directa en las Dimensiones II, III y IV; en la I se obtiene multiplicando la directa por 0.66.

TIPO CLINICO DIMENSIONAL (2)

(2) Señalar con una **X** las casillas del tipo diagnosticado y de las dimensiones afectadas.

Tetradimensional
 Tridimensional
 Bidimensional
 Unidimensional
 Dimensión I
 Dimensión II
 Dimensión III
 Dimensión IV

[Handwritten signature]

Entrevista

[Handwritten signature]

Nombre: _____ *Sexo:* _____ *Edad:* _____

Estado civil: _____ *Fecha de aplicación:* _____

INSTRUCCIONES: Lea usted las siguientes preguntas al paciente fin de concretar y complementar la información obtenida por este, resaltando esta hoja como auxiliar sujeto a modificaciones.

1. ¿La obesidad ha sido característica propia de su persona?
2. ¿A qué edad comenzó usted a presentar obesidad?
3. ¿A qué evento (s) atribuye usted dicha modificación?
4. ¿Presenta usted dificultad en el control de su peso?
5. ¿En su familia existen antecedentes de obesidad y otras enfermedades crónicas? ¿Cuáles?
6. ¿Qué piensa usted sobre las personas obesas?
7. ¿Qué percepción tiene usted acerca de su cuerpo?
8. ¿Qué es lo primero que usted piensa al despertar?
9. ¿Qué piensa usted sobre la vida?
10. ¿Cuál es su mayor temor?
11. ¿Se siente usted enfadado (a) con otras personas, con quién? ¿Por qué?
12. Mencione usted su proyecto de vida

