

Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino

Facultad de ciencias de la salud

Licenciatura en Psicología



# **“SINTOMAS DE ANSIEDAD EN ADULTOS CON DIAGNOSTICO DE OBESIDAD”**

Alumna: Juliana María Cruz Prats

Prof. Supervisor: Nancy del Valle García

Año: 2019

## INTRODUCCION

En el presente Trabajo Integrador se abordará la temática de la incidencia que tiene la ansiedad en los pacientes adultos con obesidad, describiendo los síntomas que pueden presentarse en los mismos.

Durante las Prácticas Profesionales Supervisadas (PPS), dentro del área de Psicología Social se tuvo la oportunidad de asistir a CIDESA (Centro Integral de Salud Alimentaria), formando parte, como observadores participantes, de los diversos grupos terapéuticos conformados en la institución. Allí se tuvo la oportunidad de conocer los procesos y las inquietudes de los pacientes, así como aquellas dificultades que se iban presentando a lo largo del tratamiento, en donde eran abordadas en forma grupal con la ayuda de un psicólogo coordinador. Una de las principales razones por las que se consideró importante abordar esta temática fue porque, de aquellos pacientes a los que se tuvo la oportunidad de escuchar, y con los que se tuvo la oportunidad de trabajar, se pudo identificar en todos, en sus discursos, al menos una vez, la mención de la ansiedad como aquello que los llevaba a comer lo que les hacía mal y lo que no debían, rompiendo el tratamiento o transgrediéndolo. Por esto resulta importante esclarecer, identificar y describir los síntomas de la ansiedad en pacientes con obesidad, sobre todo para que los mismos tengan la oportunidad de trabajarlos con la ayuda de un psicólogo y facilitar el proceso de tratamiento, y además para lograr una aproximación respecto de las relaciones entre obesidad y ansiedad, sin pretender una explicación causal en este sentido.

Una segunda razón para abordar esta temática, aunque no menos importante que la primera, es el hecho de que la obesidad está actualmente reconocida como uno de los problemas de salud pública más graves en nuestro país. Según el Manual de Alimentación Saludable propuesto por el Ministerio de Salud Pública (2010), en Argentina seis de cada diez personas adultas presentan exceso de peso. En niños de edad escolar un 30% de ellos presenta sobrepeso y un 6% obesidad, de los cuales solo el 17% consumen frutas o verduras en cantidad de 5 porciones diariamente, el 50% consumen 2 o más bebidas azucaradas de forma diaria, y están expuestos semanalmente a más de 60 publicidades de alimentos no saludables.

Además, según el autor Alexis Tapia S. (2006) cuando la obesidad se presenta en un paciente, casi nunca se presenta sola, sino de la mano de otras enfermedades que ponen en alto riesgo la salud tanto física (Aumentan los factores de riesgo cardiovascular, hipertensión arterial, la enfermedad coronaria, apnea del sueño, síndrome de hipoventilación, síndrome de resistencia a la insulina o síndrome metabólico, irregularidades en la menstruación,) como mental (problemas de autoestima, autoimagen negativa, problemas psicosociales, depresión) .

Existen abundantes trabajos de investigación y literatura sobre obesidad, que abarcan diversos aspectos, tales como su prevención, fisiopatología, tratamiento de la misma y de patologías físicas asociadas; sin embargo, este trabajo se centrará en el componente psicológico de la ansiedad y cómo influye en la misma, ya que podría influenciar en su desarrollo, así como impactar negativamente en el abandono de los tratamientos destinados a la disminución de peso y a las patologías asociadas. Como se mencionó anteriormente, ya en

la primera consulta por sobrepeso y obesidad, tanto en CIDESA como en instituciones diversas o en consultorios particulares, muchos pacientes manifiestan espontáneamente expresiones en que aluden al término “ansiedad” como causa de la ingesta excesiva e inadecuada de alimentos. Será entonces importante describir en el siguiente trabajo aquellos síntomas que se presentan en los pacientes y como repercuten, si lo hacen, en la obesidad, tanto a la hora de llevar a cabo determinados tratamientos como en la vida cotidiana.

## **OBJETIVOS**

### Objetivo principal:

- Describir la presencia de síntomas de ansiedad en pacientes adultos con diagnóstico de obesidad, que se encuentran en tratamiento interdisciplinario.

### Objetivos específicos:

- Describir la obesidad y las patologías asociadas a la misma, para conocer sus características y síntomas.
- Describir la ansiedad, sus características y sus síntomas o manifestaciones posibles.
- Describir los resultados alcanzados por pacientes con obesidad en un instrumento de evaluación psicológica de los síntomas de ansiedad (cuestionario STAI Ansiedad Estado/Ansiedad Rasgo)

## **MARCO TEORICO:**

### **Ansiedad:**

Según el autor Dr. Manuel Antonio Rubio Sánchez, en el trabajo "Estudio de la relación entre ansiedad y obesidad a través del cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI), valoración del perfil dietético y psiconutricional" (2012) la ansiedad (del latín anxietas, 'angustia, aflicción') es una respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba: aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero, aspectos corporales o fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema periférico, aspectos observables o motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos.

Rubio Sánchez (2012) plantea que ansiedad tiene una función muy importante relacionada con la supervivencia, junto con el miedo, la ira, la tristeza o la felicidad. Ante una situación de alerta, el organismo pone a funcionar el sistema adrenérgico. Por ejemplo, cuando el organismo considera necesario alimentarse, este sistema entra en funcionamiento y libera señales de alerta a todo el sistema nervioso central. Cuando se detecta una fuente de alimento para la cual se requiere actividad física, se disparan los mecanismos que liberan adrenalina, y se fuerza a todo el organismo a aportar energías de reserva para la consecución de una fuente energética muy superior a la que se está invirtiendo para conseguirla y que normalizará los valores que han disparado esa "alerta amarilla". En esos momentos el organismo, gracias a la adrenalina, pasa a un estado de "alerta roja". El sistema dopaminérgico también se activa cuando el organismo considera que va a perder un bien

preciado. En esta situación, el organismo entra en alerta amarilla ante la posibilidad de la existencia de una amenaza, que no es lo mismo que cuando la amenaza pasa a ser real, pues en ese caso lo que se libera es adrenalina. Desde este punto de vista, la ansiedad se considera una señal positiva, de salud, que ayuda en la vida cotidiana, siempre que sea una reacción frente a determinadas situaciones que tengan su cadena de sucesos de forma correlativa: alerta amarilla, alerta roja y consecución del objetivo. Si la cadena se rompe en algún momento y esas situaciones se presentan con asiduidad, entonces el organismo corre el riesgo de intoxicarse por dopamina o por otras catecolaminas.

La ansiedad se convierte en un problema cuando:

- a) Pasa de ser un episodio poco frecuente, de intensidad leve o media y duración limitada, a convertirse en episodios repetitivos, de intensidad alta y duración prolongada.
- b) Si la ansiedad deja de ser una respuesta esperable y común a la de otras personas para unos tipos de situación, y pasa a ser una reacción desproporcionada para la situación en la que aparece.
- c) Si la ansiedad conlleva un grado de sufrimiento alto y duradero, en lugar de limitado y transitorio, e interfiere significativamente en diferentes áreas de la vida de la persona que la padece, causando molestias generalizadas que afectan a los hábitos básicos de la persona: ritmos de sueño, alimentación y nivel general de activación.

Las causas de la ansiedad a la hora de llevar a cabo un régimen dietético pueden ser diversas. En muchos casos, ésta ansiedad está originada por

dietas hipocalóricas demasiado estrictas. El estrés, el aburrimiento y la depresión pueden provocar también ansiedad.

El estrés puede provenir de cualquier situación o pensamiento que haga sentir a la persona frustrada, furiosa o ansiosa propiamente. El aburrimiento puede llevar a producir ansiedad. Es interesante analizar las horas del día en las que nos sentimos más apáticos y aburridos, dado que es en esos momentos cuando más se cae en comportamientos ansiosos, como pueden ser la tendencia al picoteo o a los atracones.

Por último, el trastorno depresivo afecta directamente al estado de ánimo, al ritmo del sueño y a los pensamientos. Las personas que padecen depresión sufren de una gran falta de energía y un estado de agotamiento que les impide llevar a cabo un control de su alimentación.

### Manifestaciones Clínicas de la Ansiedad

En 1929 el fisiólogo Norteamericano Walter B. Cannon se refirió a la ansiedad como Respuesta de lucha-huida, dado que se trata de una reacción primitiva y refleja que nos prepara para luchar o bien para huir del peligro. Y, como lo expuso anteriormente el autor Rubio Sánchez (2012), efectivamente, si nos encontramos ante una situación de peligro tenemos que estar preparados para una acción inmediata, necesitamos que en nuestro cuerpo se produzcan una serie de cambios, encaminados a superar con éxito la situación. La finalidad de la ansiedad es, por lo tanto, proteger al organismo y sus intereses.

Rubio Sánchez (2012) explica que la ansiedad se puede manifestar de formas diferentes: a través de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales. Éstos hacen referencia a tres niveles distintos, los cuales pueden influirse unos en



otros, es decir, los síntomas cognitivos pueden exacerbar los síntomas fisiológicos y éstos a su vez disparar los síntomas conductuales. Cabe notar que algunos síntomas de la ansiedad suelen parecerse a los de padecimientos no mentales, tales como la arritmia cardíaca o la hipoglucemia. El Sistema Nervioso Autónomo (SNA) también conocido es el encargado de coordinar la activación motora y todos los cambios físicos. El SNA forma parte del sistema nervioso periférico. Es un sistema involuntario que se encarga de regular funciones tan importantes como la digestión, la circulación sanguínea, la respiración y el metabolismo. El sistema nervioso autónomo se divide en dos subsistemas que tienen funciones diferentes:

- El sistema nervioso simpático: se encarga de preparar al cuerpo para la acción y la producción de la energía que necesita. Para ello libera dos productos químicos (la adrenalina y la noradrenalina), que desencadenan una respuesta completa, es decir, se experimentan todos los síntomas que componen la respuesta de ansiedad (lucha y huida)
- El sistema nervioso parasimpático: su acción produce efectos opuestos al sistema nervioso simpático. Propicia la desactivación, la recuperación y restauración del organismo. Favorece el almacenamiento y la conservación de la energía. Lo hace a través de la acetilcolina, un Neurotransmisor.

Cuando sucede una situación peligrosa el Sistema Nervioso Autónomo activa su rama simpática, propiciando una serie de cambios físicos para preparar al organismo, los cuales son:

- Físicos: Taquicardia, palpitaciones, opresión en el pecho, falta de aire, temblores, sudoración, molestias digestivas, náuseas, vómitos, "nudo"

en el estómago, alteraciones de la alimentación, tensión y rigidez muscular, cansancio, hormigueo, sensación de mareo e inestabilidad. Si la activación neurofisiológica es muy alta pueden aparecer alteraciones del sueño, la alimentación y la respuesta sexual.

- Psicológicos: Inquietud, agobio, sensación de amenaza o peligro, ganas de huir o atacar, inseguridad, sensación de vacío, sensación de extrañeza o despersonalización, temor a perder el control, celos, sospechas, incertidumbre, dificultad para tomar decisiones. En casos más extremos, temor a la muerte, la locura, o el suicidio.
- Conductuales: Estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, inquietud motora, dificultad para estar quieto y en reposo. Estos síntomas vienen acompañados de cambios en la expresividad corporal y el lenguaje corporal: posturas cerradas, rigidez, movimientos torpes de manos y brazos tensión de las mandíbulas, cambios en la voz, expresión facial de asombro, duda o crispación, etc.
- Intelectuales o cognitivos: Dificultades de atención, concentración y memoria, aumento de los despistes y descuidos, preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e importunos, incremento de las dudas y la sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables, sobrevalorar pequeños detalles desfavorables, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, susceptibilidad, etc.
- Sociales: Irritabilidad, ensimismamiento, dificultades para iniciar o seguir una conversación, en unos casos, y verborrea en otros, bloquearse o

quedarse en blanco a la hora de preguntar o responder, dificultades para expresar las propias opiniones o hacer valer los propios derechos, temor excesivo a posibles conflictos, etc.

No todas las personas tienen los mismos síntomas, ni tienen la misma intensidad en todos los casos. Cada persona, según su predisposición biológica y/ o psicológica, se muestra más vulnerable o susceptible a unos u otros síntomas. Algunos de ellos sólo se manifiestan de manera significativa en alteraciones o trastornos de la ansiedad. En casos de ansiedad normal se experimentan pocos síntomas, normalmente de poca intensidad, poca duración, y son poco incapacitantes.

Para frenar la respuesta de ansiedad suelen ponerse en acción, por un lado, el Sistema Nervioso Parasimpático, que se encarga de proteger y reparar al organismo; por otro lado, el organismo libera una serie de productos químicos que destruyen la adrenalina y la noradrenalina, con la consecuente sensación de desactivación. Se debe tener en cuenta que cuando estamos sometidos a un nivel de activación muy intenso y/o sostenido, los efectos beneficiosos producidos por los cambios fisiológicos se convierten en sensaciones físicas desagradables.

Los autores Jorm, Korten y Christensen en su trabajo "Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey" (2003) profundizan en aquellas manifestaciones fisiológicas y una breve explicación de los procesos que las desencadenan, ya que son aquellas más notables en los pacientes, y por las que generalmente recurren a un profesional de la salud,

principalmente médico clínico, teniendo que ser luego derivado a un profesional de la salud mental:

- La contracción de los grandes grupos musculares que prepara al organismo para la acción se reconvierte en sensaciones de tensiones musculares o incluso dolor, temblores, espasmos, calambres y sacudidas.
- La dilatación pupilar que permite que entre más luz en el ojo y aumenta la discriminación visual, acaba creando molestias como la visión borrosa, sensibilidad a la luz, neblina o puntos luminosos.
- El aumento de la presión sanguínea y la frecuencia cardiaca que se viven como palpitaciones o taquicardia.
- La sudoración profusa aparece por la necesidad del organismo de refrigerarse, liberando el calor generado. A su vez la redistribución, por parte del torrente sanguíneo, de los nutrientes y oxígeno a las zonas donde son necesarios, puede producir pérdida de sensibilidad, hormigueo, palidez y frío (especialmente en manos y pies).
- A su vez, el hecho de que la digestión (y con ella la secreción de saliva) se vea enlentecida o parada puede generar molestias estomacales, náuseas, diarrea y la sensación de boca seca.
- La redistribución del flujo sanguíneo cerebral que facilita que el organismo se concentre en la acción, más que en un análisis reflexivo, crea problemas como atención selectiva hacia el peligro, dificultad para pensar con claridad o confusión, mareo y sensación de irrealidad.
- El aumento de la frecuencia e intensidad de la respiración, ideales para tener un mayor suministro de oxígeno en los músculos, puede

transformarse en hiperventilación, lo que conlleva que se reduzca el nivel de dióxido de carbono en la sangre y se desencadenan una serie de sensaciones desagradables como: hormigueo, mareo, debilidad, sensación de desmayo, sudoración, escalofríos, visión borrosa, taquicardia, nudo en la garganta, temblor, sensación de irrealidad, opresión/dolor en el pecho, sensación de falta de aire, cansancio.

Por último, Rubio Sánchez (2012) concluye explicando que la ansiedad normal y proporcionada, así como sus manifestaciones, no puede ni deben eliminarse, dado que se trata de un mecanismo funcional y adaptativo. Se trata de saber convivir con la ansiedad, sin perder la operatividad. Sin embargo, algunas personas que han sufrido trastornos por ansiedad, sobre todo si han sido muy severos o incapacitantes, están tan sensibilizadas que tienen después dificultades para tolerar la ansiedad normal, e incluso distinguirla de la patológica.

### **Obesidad:**

En su libro “Obesidad en la adolescencia: una compleja trama. Estrés, afrontamiento y bienestar psicológico” la autora Mg. Nancy del Valle García (2018) define como obesidad al “síndrome conformado por factores etiopatogénicos diversos e interactuantes, que se combinan en proporciones distintas de un individuo a otro”. La autora agrega que la noción de riesgo es de vital importancia en la conceptualización de este trastorno, ya que el incremento en el porcentaje del tejido adiposo corporal, frecuentemente acompañado de un incremento de peso, alcanza tal magnitud y presenta tal distribución que condiciona la salud del individuo, pudiendo predisponer en el adulto la aparición de diferentes enfermedades, tales como enfermedad arterial coronaria, apoplejía, diabetes tipo 2, cáncer, osteoartritis, etc. Un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (OPS 2002) clasificaba a la obesidad entre los diez riesgos principales para la salud.

La autora agrega que hay cierta complejidad en la definición de la obesidad, ya que es posible encontrar múltiples de ellas, que pretenden recortar un fenómeno y describir sus características esenciales. A su vez dan cuenta de muy variadas teorías etiológicas de la obesidad, entre las cuales, según los autores Vázquez Velásquez y López Alvarenga (2001), resaltan los aspectos energéticos, neuroquímicos, genéticos, endocrinos o bien algunos aspectos psicológicos involucrados. Así mismo, en el abordaje de esta enfermedad se ha enfatizado en “la herencia genética, el sedentarismo, el comer excesivamente y las disfunciones metabólicas, pero se han descuidado los aspectos psicológicos y sociales” (Arrieta-Vergara, Díaz Cárdenas, y González Martínez, (2013). Son, justamente estos últimos factores, señalados por muchos autores

como unas de las principales causas de la obesidad. Como lo explica la autora, las sociedades fueron alejándose cada vez más de los métodos tradicionales y los alimentos más naturales, para comenzar a consumir alimentos procesados, productos con un mayor contenido graso, y más calórico. Sumado a esto se encuentra el avance de las diferentes tecnologías y el desarrollo de las ciudades modernas, que junto con los nuevos patrones de trabajo, transporte y recreación hacen que las personas lleven vidas menos activas y mucho más sedentarias.

En un curso sobre la psicopatología de la alimentación, en la Asociación Argentina de Salud mental, dictada por el doctor Ravena (2016), el mismo explicaba que en la sociedad actual la Industria alimentaria es reconocida como una de las mayores industrias a nivel mundial. Cada vez se crean, desde la misma, alimentos con mayor cantidad de aditivos y sin propiedades alimenticias (por ejemplo, la fructosa), lo que comienza lentamente a producir cierta adicción en su ingesta. Bebidas como el té y el café fueron creadas originalmente para ser consumidas sin agregados de azúcar, aunque comenzamos, culturalmente, a consumirla de ese modo, acostumbrando nuestro paladar. En relación a esto, se realizó un Estudio Latinoamericano de Nutrición y Salud (ELANS), cuyos resultados fueron publicados en la revista científica *Nutrients*. (2018) Del estudio participaron Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Perú y Venezuela. Y nuestro país quedó como el de mayor consumo de azúcar en la región, con 115,2 gramos diarios, de los cuales 91,4 corresponden a azúcares agregados. El nivel, así, más que duplica lo recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Durante la carrera de Licenciatura en Psicología, en el espacio de la asignatura Psicología

Social, se abordó también, como a efectos de la globalización, a medida que cambiaba la rapidez y la facilidad en la comunicación, aumentaba la individualidad repercutiendo en todos los ámbitos de la vida de los sujetos. La rapidez e inmediatez puede percibirse incluso en la intimidad de las relaciones, las cuales Zygmunt Bauman (2005)<sup>3</sup> denominaba “Relaciones líquidas”, como aquellas relaciones pasajeras, intensas a veces, poco profundas y de corta duración. Así mismo bajan los niveles de tolerancia a la frustración y a la espera y comenzamos a aprender que todo aquello que implica sacrificio no es bueno. Todo aquello que es difícil es evitado. Esto conlleva a dificultades en los pacientes para continuar o sostener un tratamiento, aburriéndose fácilmente o no pudiendo soportar el sacrificio.

Volviendo al libro de Mg. García (2018), la autora considera importante el fenómeno de transición nutricional, que afecta a prácticamente todas las poblaciones del mundo. La autora recomienda analizarlos en tres ejes o componentes:

En cuanto a la disponibilidad y costo de los alimentos: En Argentina, por producción, el consumo de grasa ha aumentado entre los 10 y los 15 gramos entre los años 60 y los últimos años. Además, se dio un incremento en la proporción de las grasas saturadas, mientras disminuyó el consumo de hortalizas y frutas.

Muchos sectores de la población no tienen acceso al consumo de determinados alimentos por las crisis económicas que se desarrollaron en los últimos años. Los períodos de crisis económicas generan efectos a mediano y largo plazo, en tanto la población afectada muestra cierta predisposición a



desarrollar sobrepeso y obesidad en etapas posteriores, ya que “estas carencias generan respuestas de adaptación a los escasos aportes de energía que en etapas sucesivas de mayores ingestas pueden producir un aumento de peso” (Lacunza, Caballero, Salazar, Sal & Figueroa, 2013, p. 30”)

Desde lo demográfico, la autora plantea que en un periodo de 115 años aumento 10 veces el total de población, pasando de poco más de 4 millones de personas en 1895 a más de 40 millones de personas en 2010, que además produjo un incremento de más del 90% en población urbana. Este aumento de la población urbana, junto a menores tasas de fertilidad y mortalidad generan un envejecimiento de la población.

En cuanto a los estilos de vida, la autora explica que los mismos se hayan en profunda interrelación con lo demográfico. El incremento demográfico en la población urbana, explica, da lugar a un fenómeno complejo en el cual desaparece o disminuye la comensalidad entendida como el “acto alimentario humanizado y compartido, cuya expresión más evidente es la mesa familiar”. De esta forma, avanza la comida desestructurada, el picoteo permanente de cualquier tipo de alimento, en cualquier horario y lugar. La autora plantea que estos cambios son tanto de naturaleza material, como de naturaleza simbólica por lo que penetraran y estructuraran la relación que el sujeto y los grupos (especialmente grupo de pares o familia) tengan con la comida.

#### La obesidad como pandemia: Prevalencia en la población general

La autora plantea que los avances logrados por la humanidad los últimos 10000 años, desde la aparición de la agricultura, más tarde de la ganadería, y luego las distintas etapas de industrialización, han dado como resultado un

excedente de alimentos a nivel global, con lo cual se ha ampliado la disponibilidad de los mismos para la mayor parte de la población y, en comparación con épocas pasadas, también se ha abaratado su adquisición.

Aproximadamente, desde mediados del siglo XX primero en los países desarrollados y más tarde en aquellos en vía de desarrollo se observa un incremento en la prevalencia de obesidad, de magnitud tal que no puede ser explicado en función de los componentes genéticos de la enfermedad. De hecho, este crecimiento exponencial se ha dado “en comunidades con poblaciones estables...que mantuvieron su pool genético y... en las comunidades pobres con tradicionales limitaciones en su acceso a sus alimentos y que más o menos súbitamente han podido acceder a ellos”

De este modo, la obesidad es considerada hoy por la OMS (2013) como “una epidemia global que constituye un importante problema de salud pública, tanto en los países desarrollados como en aquellos en vía de desarrollo”. Recientemente, el informe Estadística Sanitaria Mundiales 2013, muestra que a nivel global el porcentaje de población de 20 años en adelante con un índice de masa corporal (IMC) correspondiente a obesidad (igual o superior a 30kg/m<sup>2</sup>) es de un 10% en varones y 14% en mujeres, siendo la Región de las Américas la que presenta niveles más elevados con un 23,5% y 29,7% respectivamente. Ampliando estos datos: “la OMS estima que aproximadamente 1600 millones de personas en el mundo tienen exceso de peso, y por lo menos 400 millones de ellas son obesas, y que se espera que en el año 2015 2,3 millones de personas tengan sobrepeso y 700 millones sean obesas, haciendo de esta enfermedad una verdadera epidemia” (Ministerio de Salud de la Nación, 2013, p. 15)

Para Cardone et al (2010) esta pandemia tuvo su origen en las naciones ricas especialmente en estados unidos donde actualmente alrededor del 64% de los adultos tiene sobrepeso y el 30% de ellos son obesos, lo cual es equivalente al doble de la tasa de 20 años atrás y 1/3 más alta que hace solo diez años. En esta misma línea, Orden et al (2005) plantean que el patrón alimentario caracterizado por el consumo de una dieta rica en grasas saturadas y azúcares refinados generalmente acompañado por un estilo de vida sedentario, se presenta en las sociedades de mayores ingresos y en los sectores prósperos de los países en desarrollo. Sin embargo, se pone en evidencia que, tanto en dichos países como en aquellos en vías de desarrollo, son los sectores pobres los que tienden a presentar mayor obesidad.

En el caso específico de Argentina, el relevamiento de la Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizada en 2011, expuso que, considerando a jóvenes y adultos, más de la mitad de la población presentaba exceso de peso (sobrepeso y obesidad), alcanzando una prevalencia del 53,4%. En comparación con datos obtenidos en la Encuesta Nacional de Factores de riesgo realizada en 2005, se encontró un aumento significativo de la obesidad de 14,6% a 18%, sin modificaciones en la prevalencia de sobrepeso que fue de 35,4%. Finalmente, en la provincia de Tucumán, esta problemática mostró un claro incremento en los últimos años. Específicamente la prevalencia de obesidad, mientras en 2005 alcanzó el 17,2%, en 2009 subió al 19,6% (Ministerio de salud de la nación, 2011), y en el 2012, según autoridades del Ministerio de salud de la provincia, afectó a un 21,6% de la población (“Un programa para combatir la obesidad”, 2013)

### **Relación entre ansiedad y obesidad:**

En el tratamiento interdisciplinario de la obesidad, la intervención psicológica busca minimizar las conductas que interfieren en la pérdida de peso. En muchas ocasiones se encuentra que, las dificultades para bajar de peso o mantenerlo, no se deben únicamente a unos inadecuados hábitos de alimentación o a la poca actividad física, sino que están muy relacionados con los niveles de ansiedad, y que estas dificultades se incrementan en personas con obesidad severa.

Se conoce que la obesidad frecuentemente coexiste con otras patologías como depresión, problemas de conducta, trastornos de ansiedad y, en general, con la presencia de mayor psicopatología, principalmente en personas con obesidad crónica.

Calderón, Forns y Varea en la investigación “Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad” (2010) la ansiedad tiene una amplia gama de consecuencias tanto para el adolescente como para el adulto y pueden servir como precursores para el desarrollo de trastornos de la alimentación. Un tercio de los jóvenes con obesidad que busca tratamiento presenta ya trastornos de alimentación y se calcula que el 75% de estos jóvenes presentarán a lo largo de su vida ansiedad.

La presencia de estos factores, tanto la ansiedad en la cual se hará énfasis en este trabajo, como la depresión, interfieren en el tratamiento de la obesidad y su identificación puede ayudar a mejorar la adhesión a unos hábitos de vida saludables y, con ello, a la prevención de las complicaciones asociadas a la obesidad. El tratamiento de la obesidad supone una prioridad médica y social

por las repercusiones físicas y psicológicas que conlleva, y por la carga asistencial que supone para los servicios de salud.

Existen antecedentes que asocian la ansiedad a personas con exceso de peso. Cuando la ansiedad sobrepasa determinados límites podría empezar a manifestarse una tendencia repetitiva de comer a destiempo, para calmar un estado de malestar, aumentando el aporte calórico que necesitamos. Si se analiza el porcentaje de obesidad que tenemos en la actualidad en nuestro país, es común comenzar a preguntarse ¿cuántas de esas personas tienen ansiedad? En diversos estudios se observa que más de la mitad de los grupos presentan esta sintomatología.

En un estudio realizado por Pompa Guajardo y Meza Peña “Ansiedad, estrés y obesidad en una muestra de adolescentes de México” (2017) los resultados advierten una mayor vulnerabilidad en las participantes femeninas con sobrepeso y obesidad, ya que tienen más probabilidad que los hombres de presentar altos niveles de ansiedad. El género es un factor de riesgo para la manifestación de ansiedad y estrés.

Arrieta-Vergara, Díaz-Cárdenas y González Martínez (2013) señalan que la presencia de síntomas de ansiedad se asocia a factores como disfuncionalidad familiar, falta de apoyo de amigos. Se requiere que, en la atención del problema del sobrepeso y la obesidad, se preste atención a la manifestación de perturbaciones emocionales.

### **Ansiedad y ejercicio físico:**

Santiesteban, Cruz, Plaza, Álvarez, Campoverde y Frómeta, en su estudio "Relación entre ansiedad y ejercicio físico" (2017) explican que la ansiedad y el deporte están estrechamente relacionados. Esta relación se puede establecer desde dos puntos de vista. Por un lado, el deporte y, sobre todo, la competición, pueden causar una elevación en los niveles de ansiedad en deportistas profesionales; por otra parte, la actividad física puede ayudar a disminuir dichos niveles en personas no profesionales del deporte e incluso en poblaciones especiales.

En el primero de los aspectos reseñados, los efectos de la ansiedad sobre el rendimiento deportivo han sido estudiados con profusión desde hace décadas. La profesionalización de la mayoría de los deportes conlleva un grado de exigencia cada vez mayor, lo que repercute en un análisis exhaustivo de cualquier factor que, en mayor o menor medida, y de forma directa o indirecta, pueda influir en el resultado final de la competición. Diversos estudios han relacionado un nivel elevado de ansiedad con un peor desempeño del deportista.

Sin embargo, la segregación de adrenalina producida por la ansiedad ante situaciones de estrés, como puede ocurrir ante una prueba deportiva importante, es un mero mecanismo de defensa y solo es perjudicial en el caso en que no se controlen los niveles y el estado emocional. Por tanto, bien gestionada, y acompañada de un aumento de la activación o "arousal" del deportista la ansiedad puede, incluso, mejorar los resultados deportivos.

Por otro lado, como se ha señalado, el ejercicio físico puede ser beneficioso al ser utilizado como terapia para reducir la ansiedad tanto en personas sanas como en individuos con diversas enfermedades. La liberación de diversas hormonas, unida a factores de tipo psicológico por la realización de actividades físicas, puede llevar a los pacientes a mejorar en este aspecto de sus vidas.

### **Gordos "viejos" y gordos "nuevos":**

En su libro "Una delgada línea entre el exceso y la medida" (2005), el Doctor Máximo Ravena explica que han aparecido nuevos gordos, más allá de los gordos viejos o gordos "históricos", y la obesidad se ha propagado mundialmente. ¿Cuál sería un gordo viejo o histórico? El genético, el que come por hábito familiar (el chico gordo), el dietario crónico. ¿Cuál sería un nuevo gordo? El que está quieto, el que sucumbió ante la oferta de comidas light -al que preferiría llamar "gordo light", porque come alimentos light en exceso e igualmente engorda-, el que ha olvidado la actividad física y es cada vez más cómodo en los pequeños momentos cotidianos, y, por supuesto, el que se hizo adicto a la porción grande de ciertos alimentos. En definitiva, el nuevo gordo es quien fue flaco y ahora es gordo.

Cada vez se es gordo más joven, cada vez hay más gordos jóvenes y la media "normal" de la población es superior a la de años atrás. Se puede decir que se acepta como normal lo que antes era sobrepeso.

Se intenta por todos los medios que el mundo no engorde, pero existe un doble mensaje: nos venden alimentos "que hacen bien" como los productos light pero no se informa que comidos en cantidad engordan tanto como los productos no

light comidos en cantidad normal. Es la era del “gordo ilustrado”, aquel que sabe todo sobre dietas, gimnasia y grupos, pero no baja de peso.

En definitiva, se puede ver que las influencias del entorno que generaron a los "nuevos gordos" fueron básicamente las siguientes

- Comidas procesadas (aumento de la densidad energética)
- Cultura adictiva
- Globalización de costumbres
- Mayor inseguridad
- Supermercadismo
- Marketing/Packaging
- Consumismo
- Acceso a comidas rápidas e hipercalóricas



## **METODOLOGIA Y EXPERIENCIA DE CAMPO:**

### **Descripción del lugar de las prácticas**

CIDESA (Centro Integral de Salud Alimentaria) se encuentra ubicado en Gral. Paz 516. San Miguel de Tucumán, contando con un amplio horario de atención (lunes a viernes de 10 a 22 hs. – sábados de 10 a 13 y 17 a 20 hs)

Es un centro dedicado a dar soluciones problemáticas relacionadas a la obesidad. El mismo está integrado por un grupo de profesionales (entre ellos psicólogos, nutricionistas, medico cardiólogo, profesores de gimnasia o entrenadores) con amplia trayectoria. El principal objetivo es lograr que aquellos que asisten al centro (pacientes) bajen de peso y adquieran las herramientas necesarias para mantener su peso ideal una vez fuera del programa de descenso o mantenimiento. Este objetivo es logrado a través de un tratamiento que nuclea diversas ciencias (las anteriormente mencionadas, entre ellas psicología, nutrición y entrenamiento físico).

Los pacientes serán divididos según su etapa de tratamiento en pacientes de inicio, pacientes de descenso de peso, y pacientes de mantenimiento.

El centro cuenta con determinados valores que guían sus prácticas y que forman parte de su cultura institucional. Los mismos son:

- Compromiso
- Integración
- Trabajo en equipo
- Humanidad y respeto
- Empatía

- Dinamismo

Actualmente CIDESA es uno de los lugares más conocidos en la provincia destinados al descenso de peso de aquellos que asisten al lugar, siendo elegido por muchos por su modo de abordar el tratamiento (interdisciplinario) y lo completo de sus instalaciones, contando en el mismo lugar con un gimnasio destinado a la actividad física necesaria para el programa, consultorios médicos y nutricionistas, y un salón destinado a los grupos terapéuticos a cargo de los psicólogos.

En el momento de las prácticas el centro estaba pasando por muchos cambios, sobre todo en el área de psicólogos. Muchos de los profesionales estaban terminando sus ciclos allí, y se pudo conocer a algunos de los cuales los reemplazarían en el momento de terminar su trabajo.

### **Metodología**

Durante el tiempo en el que se realizaron las prácticas profesionales en el centro CIDESA el rol asignado fue el de observador participante y de auxiliar para el psicólogo coordinador del grupo asignado, ya que fue aquel que creyó conveniente la tutora en el área, propiciando que los alumnos avancen en su intervención en determinados momentos. Al comienzo de las prácticas, al ingresar y durante las primeras semanas, solo se dio permiso para observar y escuchar con atención tanto las problemáticas que planteaban los pacientes en cuanto al tratamiento y el plan nutricional, como aquellas dinámicas que llevaba a cabo el coordinador de grupo con el que nos tocara asistir. El objetivo era entender cómo funcionaba el grupo terapéutico, lo cual era diferente en cada uno dependiendo de cada coordinador y de la modalidad o línea psicológica

que siguiera. También entender diferencias con un grupo de apoyo. Se debía ver cómo funcionaban estas diferencias en un grupo terapéutico a la hora de ponerlo en movimiento y trabajar las dinámicas e intervenciones. También se debía generar cierta confianza con los pacientes, conocerlos, entender lo que planteaban, visualizar los distintos patrones de conducta que se presentaban ante el cumplimiento o incumplimiento del plan, frustraciones, temores y sus complicaciones para llevar adelante el tratamiento, entre los cuales se encontraban siempre las problemáticas de la motivación, falta de objetivos u objetivos poco claros, cansancio o aburrimiento y la ansiedad presente en sus discursos constantemente.

Una vez superada esta etapa, cuando los coordinadores lo creyeron oportuno, se habilitó a los alumnos a intervenir en las dinámicas, permitiendo que los aportes formaran parte del diálogo grupal.

Finalmente, en una última etapa, los coordinadores dieron el permiso de tomar su lugar en el rol de coordinador, quedando ellos mismos en el rol de observador participante, o auxiliar de coordinador. Se permitió llevar a cabo, entre dos alumnos de Prácticas Profesionales Supervisadas la dinámica correspondiente, del modo en que se había aprendido que se hacía durante todo el tiempo asistiendo a los grupos. Finalmente, luego de este trabajo de coordinación, se llevó a cabo una despedida con los pacientes, con quienes se había creado una cierta confianza durante el tiempo. Los mismos expresaron su agradecimiento por las intervenciones oportunas y acertadas, y por el correcto manejo de la coordinación.

Como segundo y último paso para realizar este Trabajo Integrador Final y ahondar en los síntomas de ansiedad que presentan los adultos diagnosticados con obesidad que asisten a CIDESA se decidió seleccionar una muestra en la cual profundizar la indagación. Dicha muestra estuvo conformada de un total de 27 personas mayores de edad. De estas 27 personas 19 corresponden al sexo femenino y 8 al sexo masculino. 7 de ellos se encuentran en la franja etaria de adultos jóvenes (de los 18 años a los 35) y 20 de ellos en la franja etaria de adulto/adulto mayor (35 años a 60 años)

La muestra fue mixta, de hombres y mujeres, debido a la naturaleza del instrumento, ya que este principalmente mide la ansiedad como característica de la población en general.

#### Instrumento: Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)

La autora Burgos Fonseca (2013) explica que el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo es un instrumento creado con el objetivo de evaluar la ansiedad en dos dimensiones, estado y rasgo. Su primera versión fue desarrollada entre los años 1964 y 1970 a cargo de Spielberger, Gorsuch y Lushene, en California, Estados Unidos.

El cuestionario consta de 40 ítems en total, de los cuales 20 corresponden a Ansiedad Estado, y los 20 restantes corresponden a Ansiedad Rasgo. En los ítems de Ansiedad Estado el sujeto deberá seleccionar su respuesta entre las opciones “nada”, “algo”, “bastante” o “mucho”, las cuales tendrán cada una un valor y una puntuación diferente dependiendo del número de ítem ya asignadas en una tabla de puntuación. De igual manera, en los ítems de Ansiedad Rasgo deberán seleccionar sus respuestas entre las opciones “casi nunca”, “a veces”,

“a menudo” o “casi siempre”, cada una con una puntuación correspondiente al número de ítem ya asignadas en una tabla de puntuación.

### Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo

A continuación, se explicará brevemente cada una de las dimensiones mencionadas: Ansiedad Estado (STAI-S)

**La ansiedad estado** se caracteriza por sentimientos subjetivos, que logran ser percibidos de manera consciente como tensión y aprehensión, además, del aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo (presión arterial, sudoración, aumento de la temperatura, ritmo cardíaco, etc.) (Spielberger, 1966).

La ansiedad estado, como su nombre lo dice, se refiere a un estado transitorio de ansiedad y que es fluctuante en el tiempo, es decir, que el sujeto puede percibirse a sí mismo ansioso o no ansioso en un momento o situación determinada, en la cual, tal situación es interpretada como amenazadora o peligrosa (Spielberger, 1966).

En el inventario STAI, la sub escala que mide ansiedad estado (STAI-S) fue construida para medir las variaciones en la intensidad de la ansiedad como un estado emocional de la persona. Es decir, niveles bajos de puntuación STAI-S, indicarían que la persona manifiesta sentirse tranquila y segura, en cambio niveles altos de puntuación en el STAI-S revelarían un aumento de la tensión, nerviosismo que pueden llegar a niveles extremos de miedo y pánico (Hambleton, Merenda & Spielberger, 2005).

**Ansiedad Rasgo** (STAI-T) La ansiedad rasgo fue conceptualizada por Spielberger (1966), como un comportamiento predispuesto del individuo a

percibir un amplio número de situaciones o circunstancias como amenazantes, a pesar de no ser objetivamente peligrosas, a las cuales responde con una elevación desproporcionada de la ansiedad estado.

Las personas con ansiedad rasgo se caracterizan por un estado de ansiedad estable, es decir, que gran parte del tiempo perciben diferentes situaciones de manera amenazante (Spielberger, 1966).

También la ansiedad rasgo, se define en términos de diferencias individuales estables de las personas en la propensión a la ansiedad, las que se generaron a partir de experiencias del pasado, la que determinan de cierta manera, la disposición de la persona a ver ciertas situaciones tan peligrosas y responder antes ellas con altos niveles de ansiedad estado (Spielberger, 1966). Las experiencias que tienen más influencia en el nivel de ansiedad rasgo de una persona, serán aquellas que probablemente se remontan a situaciones en la infancia, en la relación padres-hijo centrado en torno a situaciones de castigo (Spielberger, 1966).

La sub escala de ansiedad rasgo, fue construida para medir la ansiedad como característica permanente y relativamente estable en la persona (Hambleton et al, 2005).

## **CRONOGRAMA**

### Durante la práctica profesional supervisada:

Se asistió a la institución cada día miércoles de 18hrs a 21hrs. Además de estos horarios, se acordó con la tutora en el área hacer una supervisión entre todos, una vez cada 15 días, que generalmente se realizaban los días jueves a las 14hrs. En la misma se compartían diferentes casos o problemáticas que nos habían llamado la atención, así como diversas maneras de intervenir ante ellas.

Finalmente, ya habiendo avanzado en el tiempo y cuando el coordinador lo creía necesario, se asistió a algunos grupos de inicio en los cuales, pacientes nuevos se presentaban para conocer la dinámica de un grupo terapéutico, se les explicaba cómo seguir a partir de ese momento, y se les asignaba un grupo de descenso de peso. Los grupos de descenso eran fijos, y los pacientes solo podían cambiarse una vez, y con un justificativo válido. Esto se hacía con el objetivo de mantener el flujo grupal, la confianza y las temáticas relevantes a trabajar.

### Aplicación de cuestionarios STAI:

Para realizar este Trabajo Integrador Final, y con el objetivo de evaluar los síntomas ansiosos en personas, en tratamiento, diagnosticadas con obesidad, se aplicó el cuestionario STAI (Ansiedad Estado/Ansiedad Rasgo) durante el mes de junio durante aproximadamente tres semanas.

## **ANALISIS DE DATOS Y DISCUSION**

### **Experiencia durante la Práctica Profesional Supervisada (PPS)**

Cómo fue mencionado anteriormente, durante las Prácticas Profesionales Supervisadas, se tuvo la oportunidad de formar parte de grupos terapéuticos. En los mismos se pudo escuchar y compartir con los pacientes todas aquellas dudas, experiencias e inseguridades con respecto al tratamiento interdisciplinario que se encontraban realizando en ese momento en CIDESA.

Una de las razones más relevantes por las que se decidió abordar esta temática fue por la repetición en el discurso de los pacientes de la presencia de la ansiedad como obstáculo o impedimento para llevar a cabo el tratamiento de modo correcto y constante. Expresaban al entrar “Esta semana no me fue bien, tuve mucha ansiedad”, “Me ganó la ansiedad, tuve que comer lo que deseaba”, “No sé si es el aburrimiento o la ansiedad, pero esta semana comí todo lo que no debía”, “A la hora de pesarme siento mucha ansiedad, empiezo a transpirar y hasta me duele la panza”, “Pensar en la dieta y en cómo organizarme me pone mal, a veces hasta me quita el sueño, así que no me organizo y termino comiendo mal siempre”

Una de las pacientes manifestaba constantemente sentir ansiedad por diferentes situaciones cotidianas, tales como el trabajo o una discusión familiar. Luego de estas situaciones decía sentir una sensación de ahogo, de desesperación y un calor con sudoración constante. Su forma de solucionar estas situaciones y malestares se basaban en la ingesta exagerada de comida, que, además se encontraba fuera del plan alimenticio previamente planificado con su nutricionista. Con esta paciente fue importante trabajar sobre el



significado que le atribuía a la ingesta de alimentos, y a los alimentos en sí, para encontrar otros métodos de calmar esa ansiedad, y pensamientos catastróficos que podrían llegar a surgir de aquellas situaciones cotidianas inevitables que desembocaban en estos síntomas. Aquí podemos ver como lo plantearon Jorm AF. Et al. (2003) como la paciente tenía, en sus episodios de ansiedad, manifestaciones fisiológicas tales como el aumento de la presión sanguínea y la frecuencia cardíaca, así como la sudoración que generalmente aparece por la necesidad del organismo de refrigerarse, liberando el calor generado, entre otros síntomas como la sensación de ahogo, que era la que describía de modo más frecuente.

Otro escenario que se podía identificar constantemente en los discursos de los pacientes era la ansiedad que sentían al pensar en diferentes situaciones sociales y los impedimentos para ingerir determinados tipos de alimentos. El pensar en ello les generaba malestar, ansiedad y encierro, por lo cual tenían constantes impulsos de abandonar el tratamiento y continuar con la alimentación a la que estaban acostumbrados, primeramente, ya que relacionaban a la misma con la socialización y el disfrute en cada salida (esto, concluimos dentro del grupo, se relacionaba con algo cultural en nuestro país). Relacionado a lo planteado por Rubio (2012) se puede ver que son muy comunes estos síntomas intelectuales o cognitivos (preocupación excesiva, expectativas negativas, rumiación, pensamientos distorsionados e importunos, abuso de la prevención y de la sospecha, interpretaciones inadecuadas, etc)

Según Rubio (2012)<sup>18</sup> dentro de los síntomas sociales de la ansiedad es muy común encontrar presente la irritabilidad, así como la imposibilidad de expresar los sentimientos o pensamientos por temor. Una de las pacientes se

encontraba muy irritable constantemente por situaciones vivenciadas tanto fuera de la clínica, como dentro de la misma (situaciones técnicas y administrativas) Por ej, si la secretaria de la clínica olvidaba anotar un turno tanto para la nutricionista como para el grupo de gimnasia o determinados errores en la configuración de la balanza a la hora de verificar el peso. La paciente no lograba expresarse para reclamar o solucionar las problemáticas con quienes correspondía, por lo que tomaba la decisión de escaparse de la clínica y refugiarse en la comida y la alimentación inadecuada.

### **Resultados de cuestionarios STAI**

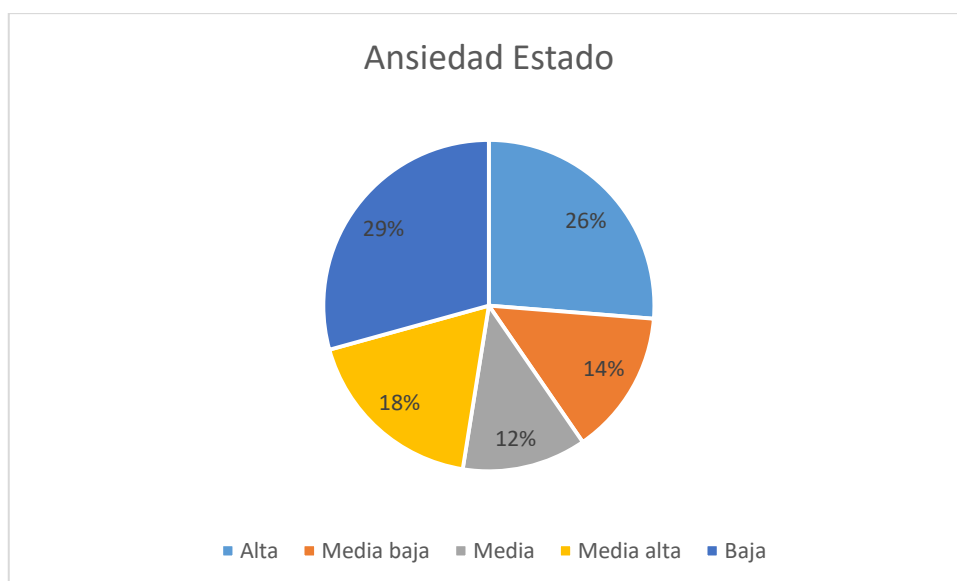
A partir de la aplicación del cuestionario STAI (ansiedad estado/ansiedad rasgo) en una muestra de 27 personas se obtuvieron los siguientes resultados:

#### **Ansiedad estado:**

**Alta:** A 7 de las 27 (26%) personas les dio como resultado una ansiedad estado alta

**Media:** A 4 de las 27 personas (14%) les dio como resultado una ansiedad estado media baja. A 3 de las 27 personas (12%) les dio como resultado una ansiedad estado media. A 5 de las 27 personas (18%) les dio como resultado una ansiedad estado media alta

**Baja:** A 8 de las 27 personas (29%) les dio como resultado una ansiedad estado baja



*Grafico 1: Porcentaje de Ansiedad Estado*

Ansiedad rasgo:

**Alta:** A 14 de 27 personas (%52) les dio como resultado una ansiedad rasgo alta

**Media:** A 3 de las 27 personas (%12) les dio como resultado una ansiedad rasgo media baja. A 2 de 27 personas (%7) les dio como resultado una ansiedad rasgo media. A 5 de las 27 personas (%17) les dio como resultado una ansiedad rasgo media alta.

**Baja:** A 3 de 27 personas (%12) les dio como resultado una ansiedad rasgo baja

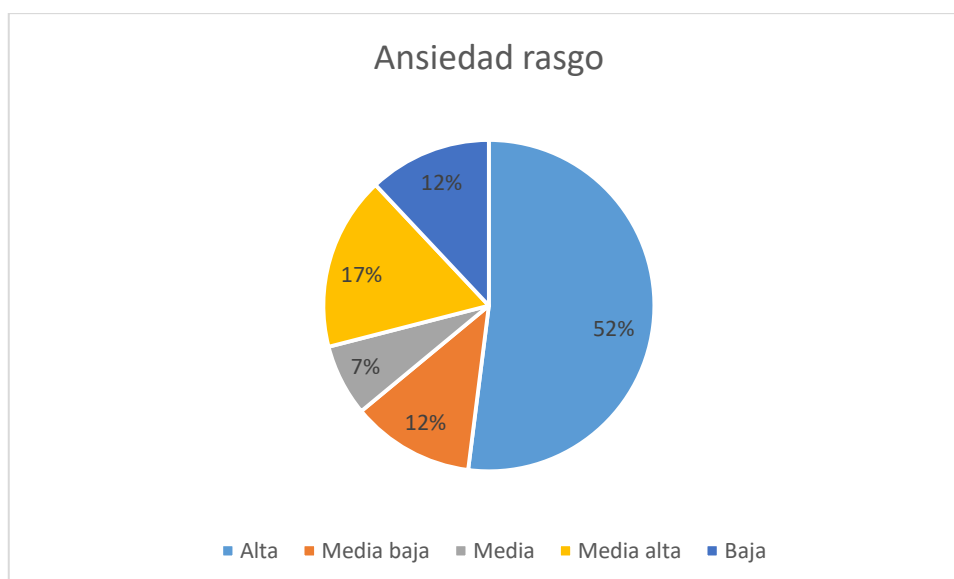


Gráfico 2: Porcentaje de Ansiedad Rasgo

### **Discusión de los resultados:**

En los resultados plasmados, se puede observar que tanto en ansiedad estado como en ansiedad rasgo aquellos que obtuvieron un resultado alto son la mayoría, siendo los resultados de ansiedad rasgo mucho más significativos, lo cual puede verse claramente en el gráfico 2.

14 de las 27 personas (%52) tienen incrementada la ansiedad rasgo y 6 de las 27 (%22) personas tienen una ansiedad rasgo al mismo nivel que su ansiedad estado, todas ellas altas, o media alta. (Ambos dan como resultado un 74% de la muestra total)

La mayoría de los participantes, entonces, no presentaron síntomas de ansiedad a lo largo del día y en el momento de la aplicación del cuestionario, aunque si presentan el rasgo de ansiedad y los síntomas de la misma a lo largo de su vida y en su cotidianeidad, los cuales, como ya se vio en sus discursos, logran expresar y contar en el espacio de grupo psicoterapéutico que ofrece la clínica.

El ambiente de tratamiento posiblemente reduzca los niveles y la cantidad de síntomas ansiosos en los pacientes de CIDESA, ya que al ser un ambiente controlado no se lo percibe como amenazador o peligroso, ni a las situaciones que en éste ocurren. El hecho de que los pacientes padezcan todos la misma enfermedad puede influir también en la disminución de ansiedad estado durante sus sesiones, ya que habrá un rasgo de pertenencia grupal en común, se sentirán menos juzgados, y habrá una cierta identificación entre ellos. Además, un dato no menor, tiene que ver con que la gran mayoría de ellos entra a su grupo terapéutico justo después de su sesión de actividad física, lo que dispersaría su atención con respecto a ansiedades de situaciones concretas o determinadas (ansiedad estado). Como lo explicaron los autores Santiesteban, Cruz, Plaza, Álvarez, Campoverde y Frómeta, en su estudio "Relación entre ansiedad y ejercicio físico" (2017), los beneficios del ejercicio físico no son sólo psicológicos, sino que la práctica deportiva, al incidir en el sistema nervioso autónomo (SNA), le prepara mejor ante los estímulos del medio que puedan causar ansiedad.

La relación con el fenómeno de transición nutricional está dada en que el estilo de vida se caracteriza por un ritmo acelerado, escasa importancia a la comensalidad en la mesa familiar, consumismo, lo cual intensifica los síntomas ansiosos de estos pacientes. La ansiedad se mantendría dentro de los niveles normales en contacto con sujetos o grupos con estilos de vida similares, con los cuales los pacientes se sientan cómodos e identificados.

Si se relacionan los resultados con las experiencias vividas y el análisis del discurso de los pacientes durante las Prácticas Profesionales Supervisadas se puede ver como todas aquellas situaciones ansiógenas, y aquellos síntomas

que los pacientes relataban, se trataban de situaciones que los mismos vivían en su cotidianeidad, de forma repetitiva y de diversas formas (ansiedad rasgo). De hecho, podían expresar estas situaciones de una forma más calmada y con un notorio trabajo previo sobre las situaciones vividas, por lo que la ansiedad estado no se encontraba presente en niveles mayores a los normales.

## **CONCLUSION**

En su libro “Una delgada línea entre el exceso y la medida” (2005), el Doctor Máximo Ravena explica que el obeso ha sido durante siglos víctima de una imagen corporal nunca contemplada como neutra, sobre la cual se han proyectado todo tipo de atribuciones y que ha generado actitudes contrapuestas. Denostado o admirado según las épocas y las culturas (objeto de espectáculo, revelación de poder, signo de prestigio social o de perversión) no ha podido escapar al rótulo de "enfermo".

Éste rotulo sigue estando presente en todos los ámbitos de vida del sujeto diagnosticado con obesidad. Las representaciones sociales instauradas en la sociedad, así como los constantes obstáculos que se presentan en la vida del sujeto (infraestructura, sistemas de salud, etc) generan constantes conflictos en la subjetividad del mismo. La ansiedad, por ejemplo, es un factor presente en los pacientes, junto a muchos otros factores que dificultan la adherencia a los diferentes tratamientos y dificultan el día a día o su cotidianidad.

En el presente trabajo fue investigado de qué forma se manifiestan estos síntomas en los sujetos con obesidad, que se encuentran actualmente realizando un tratamiento interdisciplinario en CIDESA. Una vez descriptos los síntomas, la herramienta utilizada fue el cuestionario STAI (ansiedad rasgo/ansiedad estado). Se concluye con resultados significativos en cuanto a una ansiedad rasgo alta en el 52% de los pacientes, y una ansiedad estado alta en un 29%. La menor proporción en esta última escala podría deberse al tipo de tratamiento interdisciplinario proporcionado en CIDESA, y al ejercicio físico realizado en el mismo, puede deberse además a la presencia de hábitos o ambientes controlados y similares a aquellos a los que están acostumbrados,

así como al sentimiento de pertenencia y la comodidad que podrían llegar a sentir rodeados de pacientes en sus mismas condiciones de salud, así como también sus mismas metas. Sin embargo esto debería ser constatado repitiendo la misma indagación en una muestra que, presentando obesidad, no se encuentre en tratamiento.

Por lo tanto, como conclusión se puede ver que la ansiedad es una característica presente en la gran mayoría de los pacientes con obesidad, por lo que sería importante tenerla en cuenta siempre a la hora de realizar un tratamiento interdisciplinario, o un tratamiento psicológico individual, para asegurar la adhesión y el éxito de los pacientes en los mismos. Como se explicó a lo largo del trabajo, los pacientes expresan su incomodidad, sus dificultades y exteriorizan los diferentes síntomas de ansiedad, culpabilizando a la misma sobre la imposibilidad o dificultad de continuar con el tratamiento. El psicólogo deberá estar capacitado en su rol para escuchar atentamente e identificar estos síntomas de ansiedad, así como poder llevar adelante el mejor tratamiento posible y el más funcional, de acuerdo a las características del paciente, las problemáticas planteadas y su propia línea o marco teórico.

Como propuesta para avanzar sobre el conocimiento de la incidencia de la ansiedad sobre los pacientes con obesidad, sería interesante plantear, en futuros trabajos, un estudio comparativo, con la aplicación de la herramienta utilizada en este mismo, aunque en diferentes grupos de pacientes. Tanto aquellos que se encuentran en tratamiento, como en aquellos que no lo realizan. Además, investigar si hay una causalidad entre los factores (ansiedad y obesidad) y cual es causa y/o consecuencia del otro.



## **BIBLIOGRAFIA**

- 1) Anthony F. Jorm, Ailsa E. Korten, Helen Christensen, Patricia A. Jacomb, Bryan Rodgers and Ruth A. Parslow. (2003). *Association of obesity with anxiety, depression and emotional well-being: a community survey*. Centre for Mental Health Research, Australian National University, Australian Capital Territory
- 2) Arrieta-Vergara, K., Díaz Cárdenas, S., & González Martínez, F. (2013). *Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados*. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 42(2), 173-181.
- 3) Bauman, Zygmunt (2005). *Amor Líquido, acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. (1ª ed. Español). Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires.
- 4) Burgos Fonseca, Pía. Gutiérrez Sepúlveda, Angélica (2013). *Adaptación y Validación del Inventario Ansiedad Estado- Rasgo (STAI) en Población Universitaria de la Provincia de Ñuble*. Facultad de Educación y Humanidades Departamento de Ciencias Sociales Escuela de Psicología
- 5) Calderón, C., Forns, M.<sup>a</sup>, & Varea, V. (2010). *Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad*. *Nutrición Hospitalaria*, 25(4), 641-647. Recuperado en 27 de junio de 2019, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112010000400017&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000400017&lng=es&tlng=es)

- 6) Fragmento de video del doctorado en Asociacion Argentina de Salud Mental del doctor Ravena sobre psicopatologia de la alimentacion (2016)
- 7) García, Nancy Del Valle. (2018). *Obesidad en la adolescencia: una compleja trana, Estrés, afrontamiento y bienestar psicológico*. (1ª ed). Tucumán: Universidad del Norte Santo Tomás de Aquino. UNSTA
- 8) García-Falconi, R., & Rivas Acuña, V., & Hernández Sánchez, J., & García Barjau, H., & Braqbien Noygues, C. (2016). *Ansiedad, Depresión, Hábitos Alimentarios y Actividad en Niños con Sobrepeso y Obesidad*. Horizonte Sanitario, 15 (2), 91-97.
- 9) Guerra Santiesteban, José Ramón, Gutiérrez Cruz, Manuel, Zavala Plaza, Melvin, Singre Álvarez, Juan, Goosdenovich Campoverde, David, & Romero Frómeta, Edgardo. (2017). *Relación entre ansiedad y ejercicio físico*. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 36(2), 169-177. Recuperado en 27 de junio de 2019, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002017000200021&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002017000200021&lng=es&tlng=es).
- 10) Lacunza, A., Caballero, S., Salazar, R., Sal, J., Filgueira, J. (2013). *Déficit sociales en adolescentes con sobrepeso y obesidad*. *Psicología y salud*, 25(1), 5-14.
- 11) Ministerio de Salud de la Nación. (2013). *Guía de práctica clínica nacional sobre diagnóstico y tratamiento de la obesidad en adultos para todos los niveles de atención*. Recuperado de: [http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000302cnt-2013-11\\_gpc\\_obesidad-2013.pdf](http://www.msal.gov.ar/images/stories/bes/graficos/0000000302cnt-2013-11_gpc_obesidad-2013.pdf)

- 12) Ministerio de salud. Presidencia de la Nación (2010) "*Alimentación Saludable, Sobrepeso y Obesidad en Argentina*"
- 13) OMS. (2013). *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013*. Recuperado de:  
[http://www.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586\\_spa.pdf](http://www.who.int/iris/bitstream/10665/82218/1/9789243564586_spa.pdf)
- 14) OPS (2002). *Obesidad: una epidemia en apogeo*. Perspectivas en salud, 7(3).
- 15) Pompa Guajardo, E., & Meza Peña, C. (2017). *Ansiedad, estrés y obesidad en una muestra de adolescentes de México*. Universitas Psychologica, 16 (3)  
<http://dx.doi.org/http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.upsy16-3.aeom>
- 16) Presentación del Estudio Latinoamericano de Nutrición y Salud (ELANS). (2017) <https://ilsimesoamerica.org/event/presentacion-estudio-latinoamericano-de-nutricion-y-salud-elans-2/>
- 17) Ravenna, M. (2005). *UNA DELGADA LÍNEA ...entre el exceso y la medida*. 224 pp. (ed. 6a. reimp). - Buenos Aires: Galerna
- 18) Rubio Sánchez, M. Antonio. (2012). *Estudio de la relación entre ansiedad y obesidad a través del cuestionario de ansiedad estado-rasgo (stai), valoración del perfil dietético y psiconutricional*. Universidad Autónoma de Barcelona
- 19) Spielberger, C. D. (1966). *Theory and Research on Anxiety*. En C. D. Spielberger (Ed.), *Anxiety and Behavior*. (p. 3-20). New York: Academic Press.
- 20) Spielberger, C., & Reheiser, E. (2005). *Assessment of Emotions: Anxiety, Anger, Depression, and Curiosity*. *Applied Psychology: Health and Well-Being*. 1, (x), 271- 302

- 21) Tapia, Alexis S. (2006). *Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad*. Rev Chil Nutr Vol. 33, Suplemento N°2, noviembre 2006, pags: 352-357.

# ANEXOS