

Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso

**Blanca Patricia Ríos Martínez,* Gabriela Alejandra Rangel Rodríguez,†
Rafael Álvarez Cordero,‡ Federico Armando Castillo González,‡
Gustavo Ramírez Wiella,‡ Juan Pablo Pantoja Millán,§
Blancalcira Yáñez Macías-Valadez,|| Elsa Margarita Arrieta Maturino,¶
Katia Ruiz Ochoa***

Resumen

Se valoraron 296 pacientes obesos (entre 18 y 79 años) que acuden a una clínica de control de peso con la finalidad de observar los niveles de ansiedad, depresión y el tipo de calidad de vida que perciben. **Método:** Se aplicaron las escalas de Beck (depresión), Hamilton (ansiedad) y un cuestionario de calidad de vida, se compararon los resultados obtenidos en hombres y mujeres, así como en pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos. De igual forma se compararon las escalas para conocer la interrelación entre estas variables. **Resultados:** Hay diferencias significativas ($p < .05$) sobre ansiedad, depresión y algunas áreas de calidad de vida entre sexos, así como entre pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos en insatisfacción de la propia figura. **Conclusión:** Los pacientes obesos presentan niveles de ansiedad y depresión significativos, expresan insatisfacción con su peso y en su ambiente laboral, siendo estos síntomas mayores en mujeres que en hombres. Los pacientes quirúrgi-

Summary

To evaluate anxiety and depression levels, and self-perceived quality of life, 296 patients (age range: 18-79 years old) attending a weight control clinic were assessed. **Methods:** Beck depression scale, Hamilton anxiety scale, and a quality of life questionnaire were applied, and results were compared among gender and among surgical versus non-surgical patients. Scales were similarly compared to obtain correlation among these variables. **Results:** Among gender, a statistically difference ($p < .05$) was found in anxiety, depression, and some quality of life areas as well as among surgical versus non-surgical patients related to lack of satisfaction with self-image. **Conclusion:** Obese patients present with significant anxiety and depression levels, and they express lack of satisfaction with their own weight and with their job environment. All these symptoms were more prevalent in women compared to men. Surgical patients dislike their self-image (i.e. cloth size and style, and image in general) com-

* Psicoterapeuta, Clínica del Cuidado Integral del Paciente Obeso, Hospital Ángeles del Pedregal.

† Psicóloga de la Universidad de las Américas.

‡ Cirujano Bariatra, Clínica del Cuidado Integral del Paciente Obeso, Hospital Ángeles del Pedregal.

§ Cirujano Bariatra Clínica del Cuidado Integral del Paciente Obeso, Hospital Ángeles del Pedregal y de la Clínica de Obesidad del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y de la Nutrición.

|| Nutrióloga de la Clínica del Cuidado Integral del Paciente Obeso, Hospital Ángeles del Pedregal.

¶ Médico Internista de la Clínica del Cuidado Integral del Paciente Obeso, Hospital Ángeles del Pedregal.

Correspondencia:

Mtra en Psic. Blanca Patricia Ríos Martínez.

Camino a Santa Teresa 1055-cons. 306 Col. Héroes de Padierna 10700 Del. Magdalena Contreras

Correo electrónico: blanca_rios@hotmail.com

Aceptado: 29-10-2008.

cos sienten poco agrado por su figura (talla, vestido y arreglo en general) a diferencia de los no quirúrgicos. Así mismo, se encontró que a mayor depresión, menor bienestar físico e insatisfacción con la imagen corporal y que al tener mayor insatisfacción con el peso, hay mayor insatisfacción en áreas relacionadas con «sí mismo» y el ambiente.

Palabras clave: Obesidad, bariátrica, ansiedad, depresión, calidad de vida.

pared to non-surgical patients. Like wise, an inverse relationship between depression level with physical well-being and body image satisfaction was found; and it was also found that the greatest the lack of satisfaction with their weight, the greatest the lack of satisfaction in areas related to «self» and to their environment.

Key words: Obesity, bariatric, anxiety, depression, quality of life .

INTRODUCCIÓN

La obesidad es un problema de salud pública mundial que se ha ido incrementado al pasar de los años por el impacto que ha tenido en la esperanza y calidad de vida.¹ Existen muchas investigaciones que demuestran la relación que tiene la obesidad con complicaciones médicas (diabetes, hipertensión, insuficiencia cardiaca, problemas óseos, entre otros); sin embargo, poco se sabe sobre la relación que se tiene entre esta enfermedad y problemas psicológicos (sea depresión, ansiedad, autoconcepto, personalidad, psicopatologías, etc.).^{2,3} Aunado a esto, diversos Institutos de Salud han demostrado que la obesidad genera un efecto desfavorable en relación a la enorme carga psicológica, en términos de sufrimiento, dado por las consecuencias –estigmas– psicosociales que lleva⁴ y también por el seguimiento de dietas y ciclos de pérdida-recuperación de peso que podrían conllevar a consecuencias psicopatológicas.⁵

Se han realizado varios estudios sobre obesidad y depresión en hombres, mujeres, adolescentes, entre otros. Dentro de los resultados que se han encontrado está que las mujeres al tener un aumento en el índice de masa corporal (IMC) tienen mayores síntomas depresivos que los hombres,^{3,6} que el tener obesidad, lleva a que un año después se generen síntomas de depresión⁷⁻⁹ o viceversa, es decir, que el tener depresión en la adolescencia se asocia con un aumento de riesgo para el surgimiento de obesidad en la adultez joven.⁸ Por otro lado, existen estudios que no concuerdan con los antes mencionados, en donde se expresa que no existe relación entre depresión, el sobrepeso y obesidad.^{2,4}

De igual forma, se ha visto que la familia juega un rol importante en el desarrollo de la obesidad, una investigación⁹ hace referencia a supuestos factores que correlacionan con la depresión siendo éstos: raza, edad, estado civil, logros educativos, problemas físicos crónicos e his-

toria familiar; donde historia familiar depresiva es un factor de riesgo para depresión en pacientes obesos y la más significativa dentro de los resultados. Lo anterior, es compartido por otras investigaciones¹⁰ que refieren que la genética materna contribuye en un 50% y en un 38% la paterna en el desarrollo de la obesidad; así mismo, hacen énfasis en factores relacionados con la obesidad como la existencia de creencias, el ambiente en el que se desarrollan y el apoyo familiar.

Existen algunos instrumentos de calidad de vida que han sido aplicados a pacientes obesos; en éstos se han medido diferentes variables, siendo las más destacadas el apoyo social, actividad física, ajuste psicológico, habilidades sociales, entre otros. Con respecto a esto, se ha encontrado que las personas con obesidad encuentran una mayor dificultad para participar en eventos sociales y deportivos,^{10,11} hay un aumento de problemas interpersonales y tienen una menor ansiedad, orientación a logros, heridas emocionales, agresión, emocionalidad, y apetito sexual¹². También tienden a ser empleadas, con propensión a fumar, a tener una vida sedentaria, con menor nivel educativo, poco apoyo emocional, con un autoconcepto pobre con respecto a su salud y con un escaso locus de control interno (poca sensación de tener influencia sobre la propia salud y su conducta) en comparación con las que cuentan con un peso normal.¹¹ Cabe resaltar que la poca sensación de influir sobre la imagen es una de las fuentes principales de estrés, frustración, compulsión de comer y el aumento de peso en estos pacientes.¹

Ahora bien, al estudiar aspectos psicológicos como la autoestima y la personalidad del obeso no se han encontrado resultados significativos que pudieran asegurar la existencia de trastornos psicológicos en comparación con gente de peso promedio¹³ o que pudiera existir algún perfil de personalidad específico del paciente obeso.¹⁴

MATERIAL Y MÉTODOS

Participantes

Se valoraron 296 pacientes (entre 18 y 79 años) de la Clínica del Cuidado Integral del Paciente Obeso del Hospital Ángeles del Pedregal. Todos los pacientes recibieron manejo multidisciplinario (manejo psicoterapéutico, acondicionamiento físico, nutrición y supervisión médica por medio de un médico internista) y sólo en algunos, decisión tomada por el grupo multidisciplinario, se llevó a cabo un tratamiento quirúrgico siendo en su mayoría bypass gástrico ($n = 47$), manga gástrica ($n = 1$) y banda gástrica ($n = 14$).

De igual forma, se obtuvieron los datos demográficos de cada uno (sexo, estado civil, escolaridad, ocupación), así como algunas medidas tales como: peso, estatura, cintura, cadera e IMC.

Instrumentos utilizados

A los participantes, al inicio de su tratamiento, se les aplicó la escala de ansiedad de Hamilton,¹⁵ la escala de depresión de Beck¹⁶ y un cuestionario de calidad de vida;^{17,18} este último consta de varias áreas que son: peso, figura (talla, vestido, arreglo en general), bienestar físico (achaques, molestias, dolores), imagen corporal (cómo me siento), imagen social (cómo me ven familiares y amigos), ambiente laboral (cómo me ven los vecinos o compañeros del trabajo), placer al comer (bienestar al ingerir alimentos) y placer al hacer ejercicio (bienestar al realizar ejercicio o deportes), en dicho cuestionario la persona tiene que señalar qué tan bien se siente del 0 al 10 sobre esas áreas.

Análisis estadístico

Se llevó a cabo una prueba t de Student para la comparación de grupos independientes: pacientes quirúrgicos (Qx) y no quirúrgicos (No Qx) con las pruebas aplicadas (ansie-

dad de Hamilton, depresión de Beck y calidad de vida). Así mismo, se realizó una prueba t para comparar el sexo (femenino-masculino) con las pruebas empleadas y una correlación de Pearson entre las escalas utilizadas para conocer si existe alguna relación entre depresión, ansiedad y las diferentes áreas que evalúa el cuestionario de calidad de vida.

Y finalmente, se obtuvieron los porcentajes de los datos demográficos y las medias de las medidas de peso, estatura, cintura, cadera e IMC de los pacientes, así como las medias totales de los resultados obtenidos en cada escala aplicada.

RESULTADOS

De acuerdo a los datos demográficos, los pacientes que llegan a la Clínica son en un 61% mujeres y 39% hombres; el estado civil predominante fue casado con un 56%, soltero en un 35% y el resto (divorciado, unión libre y viudo) fue del 9%; en relación con la escolaridad de los participantes, se encontró que el 54% tienen licenciatura, 17% cuentan con maestría, doctorado con 2%, 21% realizaron estudios hasta la preparatoria y el resto (6%) tienen primaria y secundaria terminadas. La ocupación de los pacientes se inclina en un 70% a ser empleados o tener un negocio propio, 17% dedicados al hogar, 11% son estudiantes y sólo un 2% reportaron ser desempleados o jubilados.

También se obtuvieron las medias del peso, estatura, cintura, cadera e IMC en la muestra total ($n = 296$), los grupos de pacientes quirúrgicos ($n = 62$) y no quirúrgicos ($n = 234$); así como pacientes masculinos ($n = 114$) y femeninos ($n = 182$). Estos resultados muestran que el peso e IMC de los pacientes quirúrgicos y de los hombres es mucho mayor en comparación con los no quirúrgicos y las mujeres (*Cuadro I*).

Se encontró que los pacientes presentan una media en la escala de ansiedad de Hamilton de 16, lo cual significa que presentan una intensidad leve en la ansiedad, mientras que en la escala de depresión de Beck tienen una media de 12 que corresponde a una depresión leve, así como también se valoró cada una de las áreas del cuestio-

Cuadro I. Descripción de las medias.

	\bar{x} Peso Kg	\bar{x} Estatura m	\bar{x} Cintura cm	\bar{x} Cadera cm	\bar{x} IMC
N = 296	107.55	1.67	112.67	122.95	38.13
QX ($n = 62$)	118.92	1.67	120.54	131.02	42.60
No QX ($n = 234$)	104.46	1.67	110.64	120.81	36.87
Px Masculinos ($n = 114$)	128.66	1.77	123.53	124.08	40.58
Px Femeninos ($n = 182$)	94.27	1.60	106.10	122.26	36.60

nario de calidad de vida, encontrando que en general se tiende a una poca satisfacción de los pacientes sobre su peso ($\bar{x} = 2$), figura ($\bar{x} = 4$), imagen corporal ($\bar{x} = 3$), bienestar físico ($\bar{x} = 5$), imagen social ($\bar{x} = 5$), ambiente laboral ($\bar{x} = 5$) y las áreas que tuvieron mayor puntuación se encontraron placer al comer ($\bar{x} = 7$) y placer al hacer ejercicio ($\bar{x} = 6$), indicando que estas dos últimas son las que les causa mayor satisfacción (Cuadro II).

Comparación por sexo

En la escala de ansiedad de Hamilton existe un nivel de significancia de $p = .024$, lo cual indica que existen mayores niveles de ansiedad en mujeres (F , $\bar{x} = 17$) que en hombres (M , $\bar{x} = 15$) (Figura 1).

Al realizar una comparación por sexo y los niveles de depresión de Beck se obtuvo una $p = .007$, comprobando así que existen diferencias significativas entre hombres ($\bar{x} = 10$) y mujeres ($\bar{x} = 13$) y síntomas depresivos; teniendo mayores síntomas las mujeres (Figura 2).

Al ser comparado el cuestionario de calidad de vida en hombres y mujeres, se encontraron diferencias significativas en las áreas de peso (F : $\bar{x} = 2$, M : $\bar{x} = 3$, $p = .052$), ambiente laboral (F : $\bar{x} = 5$, M : $\bar{x} = 6$, $p = .033$) y placer al comer (F : $\bar{x} = 7$, M : $\bar{x} = 8$, $p = .024$). Esto es, los hombres tienen una ligera mejoría en su calidad de vida en estas áreas que las mujeres (Figura 3).

Comparación entre pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos

Al realizar la prueba t para comparar el grupo de quirúrgicos con el no quirúrgicos y las diferentes escalas aplicadas no se encontraron diferencias significativas entre ansiedad

($p = .257$) y depresión ($p = .530$). Mientras que al comparar estos grupos con la calidad de vida se encontró significancia solamente en el área de figura ($p = .031$), esto es, los pacientes no quirúrgicos ($\bar{x} = 4$) se siente relativamente mejor en figura, que involucra talla vestido y arreglo en general, que los quirúrgicos ($\bar{x} = 3$) (Figura 4).

Comparación entre escalas aplicadas

Al realizar una correlación de Pearson se encontró que todas las escalas aplicadas tienen una relación significativa ($p < .05$) entre ellas (Cuadro III).

A pesar de que todas las escalas (Cuadro III) son significativas entre sí, sólo algunas se encuentran entre el rango de correlaciones moderadas ($r = 0.50$)* y fuertes ($r = 0.95$). Dentro de las correlaciones positivas se encuentran: ansiedad y depresión ($r = 0.705$), esto es a mayor depresión en pacientes obesos, mayor ansiedad existe; en las áreas de calidad de vida, se interrelacionaron positivamente las siguientes áreas: peso con figura ($r = 0.606$), bienestar físico ($r = 0.449$), imagen corporal ($r = 0.673$), imagen social ($r = 0.510$) y ambiente laboral ($r = 0.427$); figura con bienestar físico ($r = 0.452$), imagen corporal ($r = 0.710$), imagen social ($r = 0.517$) y ambiente laboral ($r = 0.443$); bienestar físico con imagen corporal ($r = 0.409$); imagen corporal con imagen social ($r = 0.635$) y ambiente laboral ($r = 0.550$); imagen social con ambiente laboral ($r = 0.798$). Mostrando estos resultados que al tener mayor insatisfacción con su peso, hay mayor insatisfacción en diversas áreas relacionadas con sí mismo y su ambiente.

Mientras que en correlaciones negativas, están: depresión y bienestar físico ($r = -0.434$), depresión e imagen

* r = nivel de correlación

Cuadro II. Estadísticas descriptivas de las escalas aplicadas.

Instrumentos aplicados	N	\bar{x} *	DE**
Escala de ansiedad de Hamilton	233	16	9.57607
Escala de depresión de Beck	221	12	7.57047
Calidad de vida peso	189	2	2.52934
Calidad de vida figura	197	4	2.60811
Calidad de vida bienestar físico	198	5	2.94919
Calidad de vida imagen corporal	199	3	2.68999
Calidad de vida imagen social	194	5	2.93829
Calidad de vida ambiente laboral	190	5	2.84907
Calidad de vida placer al comer	198	7	2.68093
Calidad de vida placer al hacer ejercicio	197	6	3.30783

*Media **Desviación estándar

corporal ($r = -0.401$); esto es, a mayor depresión, menor satisfacción con su imagen corporal y menor bienestar físico.

DISCUSIÓN

En esta investigación se intentó buscar las diferencias existentes entre una muestra de pacientes obesos con la finalidad de comparar los niveles de ansiedad, depresión y el tipo de calidad de vida que ellos perciben. Coincidiendo con varios estudios^{3,6} se encontró que en efecto, hay mayores niveles de depresión en mujeres con sobrepeso u obesidad que en hombres. En contraste con Mindermann y cols.¹² se encontró que sí existen niveles de ansiedad en el paciente obeso, teniendo las mujeres mayores grados de ansiedad en comparación con los hombres.

El cuestionario de calidad de vida ayudó a reconocer qué tan satisfechos se sienten consigo mismos en diferentes ámbitos, encontrando que las mujeres están menos

satisfechas con su peso y en su ambiente laboral que los hombres (aunque hay que resaltar que tanto en pacientes masculinos como en femeninos hay muestras de insatisfacción por su peso y en su ambiente laboral). Estos resultados posiblemente pueden tener alguna relación con lo descrito por Wardle⁴ quien expresa la relación existente entre insatisfacción y estigmas sociales que reciben los obesos, esta aseveración es también compartida por Ardelte y cols.¹³ De igual forma, esta investigación encontró que, a pesar de que la mayoría encuentra placer al comer, en los hombres se ve incrementada esta actividad.

Por otro lado, nuestros resultados revelan un interesante dato al mostrar que a pesar de que los pacientes quirúrgicos tienen un mayor IMC no existen diferencias con los no quirúrgicos en relación a niveles de depresión, ansiedad y algunos aspectos de calidad de vida. El único dato que indicó una diferencia entre estos dos grupos se encontró en la insatisfac-

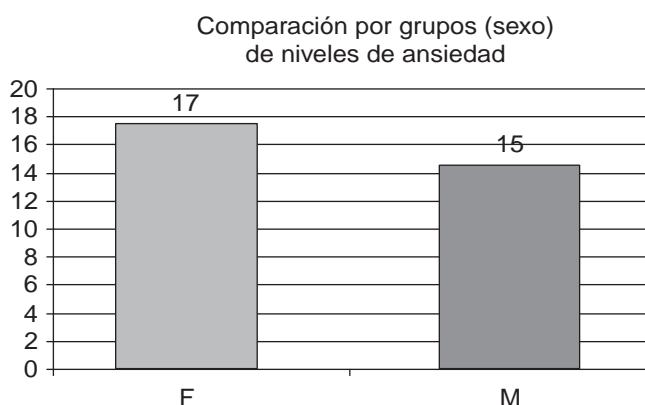


Figura 1. Comparación de los resultados obtenidos en hombres y mujeres al aplicar la escala de ansiedad de Hamilton.

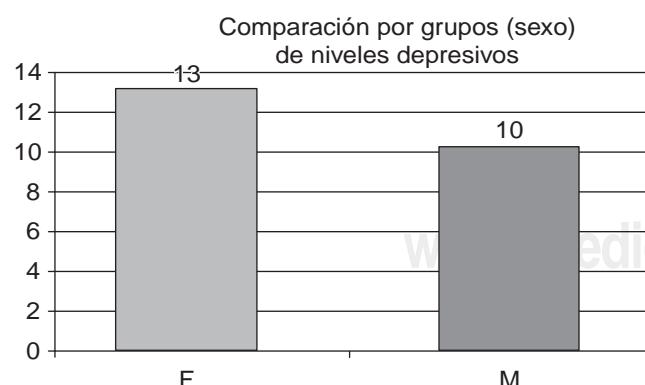


Figura 2. Comparación de los resultados obtenidos en hombres y mujeres al aplicar la escala de depresión de Beck.

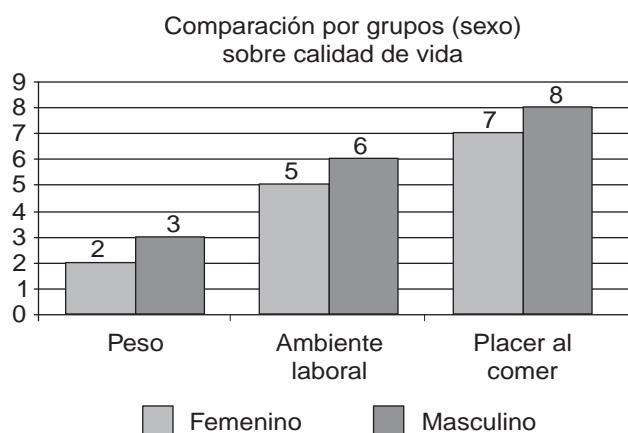


Figura 3. Comparación de los resultados significativos en hombres y mujeres sobre el cuestionario de calidad de vida.

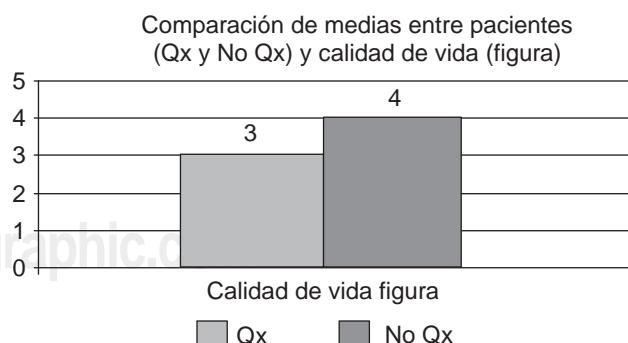


Figura 4. Comparación de los resultados significativos entre pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos sobre el cuestionario de calidad de vida.

ción que tienen con su figura (talla, vestido, arreglo en general), aunque los pacientes tienen un gran descontento sobre esta área, esta sensación es mayor en los pacientes que fueron canalizados a una intervención quirúrgica.

Ahora bien, concordando con estudios realizados por Mohammad y Lindström,¹¹ este estudio demostró la relación que existe entre depresión, bienestar físico y satisfacción con la imagen corporal; esto es, a mayor depresión menor bienestar físico (mayores achaques, molestias y do-

lores) y poca satisfacción con la imagen corporal en los pacientes obesos. De igual forma, se encontró que a mayor descontento con el peso, mayor insatisfacción con su figura, bienestar físico, imagen corporal, imagen social y en su ambiente laboral. En relación a la imagen social (cómo me ven familiares y amigos), este estudio es consistente con lo mencionado por Ball y Crawford,¹⁰ quien expresa que la obesidad se relaciona con el apoyo familiar que se le dé al paciente.

Cuadro III. Correlaciones de Pearson sobre las escalas aplicadas.

	Hamilton ansiedad	Beck depresión	Calidad de vida peso	Calidad de vida figura	Calidad de vida B. físico	Calidad de vida I. corporal	Calidad de vida I. social	Calidad de vida A. laboral	Calidad de vida P. comer	Calidad de vida P. ejercicio
Hamilton ansiedad	1	.705(**)	-.216(**)	-.313(**)	-.399(**)	-.261(**)	-.232(**)	-.272(**)	-.185(*)	-.287(**)
Correlación										
Sig. (2-tailed)			.000	.004	.000	.000	.002	.000	.011	.000
N	233		213	180	186	187	188	183	179	187
Beck depresión		.705(**)	1	-.298(**)	-.397(**)	-.434(**)	-.401(**)	-.345(**)	-.285(**)	-.241(**)
Correlación										
Sig. (2-tailed)			.000		.000		.000		.001	.019
N	213		221	169	175	176	177	173	169	176
Calidad de vida peso		-.216(**)	-.298(**)	1	.606(**)	.449(**)	.673(**)	.510(**)	.427(**)	.223(**)
Correlación										
Sig. (2-tailed)			.004	.000		.000	.000	.000	.002	.001
N	180		169	189	187	188	184	180	187	186
Calidad de vida figura		-.313(**)	-.397(**)	.606(**)	1	.452(**)	.710(**)	.517(**)	.443(**)	.214(**)
Correlación										
Sig. (2-tailed)			.000	.000	.000		.000	.000	.003	.000
N	186		175	187	197	197	196	192	188	196
Calidad de vida B. físico		-.399(**)	-.434(**)	.449(**)	.452(**)	1	.409(**)	.393(**)	.335(**)	.239(**)
Correlación										
Sig. (2-tailed)			.000	.000	.000		.000	.000	.001	.007
N	187		176	188	197	198	197	193	189	197
Calidad de vida I. corporal		-.261(**)	-.401(**)	.673(**)	.710(**)	.409(**)	1	.635(**)	.550(**)	.217(**)
Correlación										
Sig. (2-tailed)			.000	.000	.000	.000		.000	.002	.001
N	188		177	188	196	197	199	193	189	197
Calidad de vida I. social		-.232(**)	-.345(**)	.510(**)	.517(**)	.393(**)	.635(**)	1	.798(**)	.216(**)
Correlación										
Sig. (2-tailed)			.002	.000	.000	.000	.000		.003	.000
N	183		173	184	192	193	193	194	188	192
Calidad de vida A. laboral		-.272(**)	-.285(**)	.427(**)	.443(**)	.335(**)	.550(**)	.798(**)	1	.193(**)
Correlación										
Sig. (2-tailed)			.000	.000	.000	.000	.000	.000		.008
N	179		169	180	188	189	189	188	190	188
Calidad de vida P. comer		-.185(*)	-.241(**)	.223(**)	.214(**)	.239(**)	.217(**)	.216(**)	.193(**)	1
Correlación										
Sig. (2-tailed)			.011	.001	.002	.003	.001	.002	.003	.046
N	187		176	187	196	197	197	192	188	196
Calidad de vida P. ejercicio		-.287(**)	-.177(*)	.233(**)	.303(**)	.191(**)	.244(**)	.274(**)	.335(**)	.143(*)
Correlación										1
Sig. (2-tailed)			.000	.019	.001	.000	.007	.001	.000	.046
N	186		176	186	195	196	196	191	187	196

Calidad de vida:	■ Correlación negativa moderada	■ Correlación positiva moderada
	Figura (talla, vestido, arreglo en general)	Bienestar físico (achaques, molestias, dolores)
	Imagen corporal (cómo me siento)	Imagen social (cómo me ven familiares y amigos)
	Ambiente laboral (cómo me ven los vecinos o compañeros del trabajo)	Placer al comer (bienestar al ingerir alimentos)
		Placer al hacer ejercicio (bienestar al realizar ejercicio o deportes)

(*) p < .05 (**) p < .01

Los pacientes obesos presentan niveles de depresión y ansiedad leves de acuerdo a los instrumentos aplicados. Sin embargo, en la entrevista clínica se percibe que los rasgos depresivos tienden a ser de moderados a severos, lo cual implica que pueden llegar en una actitud defensiva y negadora ante la exposición a su problema de obesidad, esto se puede corroborar con la insatisfacción encontrada en su calidad de vida. Lo anterior, puede ayudar a profundizar en posteriores investigaciones donde quizás, con otros instrumentos más completos como pruebas psicológicas, se puede obtener mayor precisión en la medición de ansiedad y depresión.

La intención es continuar este estudio aumentando la muestra y en estudios posteriores sería importante llevar a cabo un post-test tanto en los pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos en donde creemos que se encontrarán diferencias importantes después de la intervención bariátrica. Así como también sería importante ampliar la investigación con un grupo control de sujetos sin problemas de sobrepeso y obesidad.

AGRADECIMIENTOS

A la Psic. Barbara Hieber, Lic. Nut. Abigail Segrove, ex-compañeras de la Clínica del Cuidado Integral del Paciente Obeso, por la colaboración brindada de sus pacientes.

REFERENCIAS

1. Chirrut R, Castellanos-Urdaibay A, Sánchez-Hernández C, Martínez-García D et al. La obesidad en el siglo XXI: Avances en la etiopatogenia y tratamiento. *Gac Med Mex* 2001; 137: 323-334.
2. Papakostas G, Petersen T, Iosifescu D, Burns A et al. Obesity among outpatients with major depressive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2005; 8: 59-63.
3. Carpenter KM, Hasin DS, Allison DB, Faith MS. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *Am J Public Health* 2000; 90: 251-257.
4. Wardle J, Williamson S, Johnson F, Edwards C. Depression in adolescent obesity: cultural moderators of the association between obesity and depressive symptoms. *Int J Obes* 2006; 30: 634-643.
5. Vázquez V, López JC. Psicología y Obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición* 2001; 9: 91-96.
6. Onyike C, Crum R, Lee H, Lyketsos C et al. Is obesity associated with major depression? Results from the third national health and nutrition examination survey. *Am J Epidemiol* 2003; 158: 1139-1147.
7. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Are the obese at greater risk for depression? *Am J Epidemiol* 2000; 152: 163-170.
8. Herva A, Laitinen J, Miettunen J, Veijola J et al. Obesity and depression: results from the longitudinal Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *Int J Obes* 2006; 30: 520-527.
9. Dong C. Relationship of obesity to depression: a family-based study. *Int J Obes* 2004; 28: 790-795.
10. Ball K, Crawford D. An investigation of psychological, social and environmental correlates of obesity and weight gain in young women. *Int J Obes* 2006; 30: 1240-1249.
11. Mohammad S, Linström M. Socioeconomic, psychosocial, behavioural, and psychological determinants of BMI among young women: differing patterns for underweight and overweight/obesity. *Eur J Public Health* 2005; 16: 324-330.
12. Mindermann M, Mussgay L, Rüddel H. General and psychological aspects of obesity: Psychological state and physical complaints across the weight spectrum. *Int J Obes* 2001; 25: S115-S116.
13. Ardel-Gattinger E, Gattinger E, Weger P. General and psychological aspects of obesity: Psychological aspects of obesity – to ease the Burden of weight. *Int J Obes* 2001; 25: S115-S116.
14. Rydén A, Sullivan M, Torgerson JS, Karlsson J et al. Severe obesity and personality: a comparative controlled study of personality traits. *Int J Obes* 2003; 27: 1534-1540.
15. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol* 1967; 6: 278.
16. Beck AT, Ward CH, Mendelson M et al. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4: 53-63.
17. Kolotkin RL, Crosby RD. Psychometric evaluation of the impact of weight on quality life-lite questionnaire (IWQOL-Lite) in a community sample. *Qual Life Res* 2002; 11: 157-171.
18. Álvarez-Cordero R, García-Corona A. Obesity surgery poly-parametric patient auto-evaluation. *Obes Surg* 1991; 1: 445-447.