Facultad de Psicología y Relaciones Humanas

Articulo científico

Título a obtener: Licenciatura en Psicología.

“Ansiedad estado y ansiedad rasgo en personas con sobrepeso, entre 35 y 65, residentes en la Ciudad de Buenos Aires”.

Presentada Por: Mariela Lujan Funes.

Legajo: A0910048012

Tutora: Valeria Torre

Fecha: 05/12 /2022

Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar cual es la relación entre niveles de ansiedad rasgo y ansiedad estado, en personas con sobre peso entre 35 y 65 años, de ambos sexos, residentes de la ciudad de Buenos Aires.

El enfoque fue cuantitativo, descriptivo, no experimental y trasversal. La muestra estuvo conformada por 100 sujetos residentes de la ciudad de Buenos Aires, de ambos sexos, con edades comprendidas entre 35 y 65 años, que padezcan sobre peso y que hubieran realizado algún tipo de tratamiento para adelgazar. Se administraron un cuestionario sociodemográfico y el Inventario De Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) de Spielberger en su adaptación española de Bermúdez, 1983.

Los resultados fueron que las personas con sobrepeso mantienen niveles elevados tanto de ansiedad rasgo como de ansiedad estado, no siendo la diferencia entre ambas dimensiones significativas y que las mujeres con sobrepeso tienen mayor ansiedad en general que los hombres, destacándose en esta población, la ansiedad estado por sobre la ansiedad rasgo. En lo que respecta a la edad de la muestra, se observo que las personas con obesidad de mayor edad tienden a tener menores niveles de ansiedad estado/rasgo. Por lo tanto, se concluye que existe una tendencia en las personas adultas con obesidad a presentar niveles altos de ansiedad.

Palabras Claves: Sobre peso, ansiedad estado, ansiedad rasgo, adultos.

Abstract

The aim of this study was to analyze the relationship between levels of trait anxiety and state anxiety in overweight people between 35 and 65 years of age, of both sexes, residents of the city of Buenos Aires.

The approach was quantitative, descriptive, non-experimental and cross-sectional. The sample consisted of 100 subjects, residents of the city of Buenos Aires, of both sexes, between 35 and 65 years of age, suffering from overweight and who had undergone some type of weight loss treatment. A sociodemographic questionnaire and Spielberger's State-Trait Anxiety Inventory (STAI) in its Spanish adaptation by Bermúdez, 1983, were administered.

The results were that overweight people maintain high levels of both trait anxiety and state anxiety, the difference between both dimensions not being significant, and that overweight women have higher anxiety in general than men, with state anxiety standing out in this population over trait anxiety. Regarding the age of the sample, it was observed that older obese people tend to have lower levels of state/trait anxiety. Therefore, it is concluded that there is a tendency for adults with obesity to present high levels of anxiety.

Key words: Overweight, state anxiety, trait anxiety, adults.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2021), según estudios realizados, sostienen que la obesidad y el sobrepeso son una epidemia mundial, esto se debe a que sus tasas porcentuales están en constante aumento.

En el continente Americano, esta enfermedad tiene la prevalencia más alta del mundo, contabilizándose un 62,5% de adultos con sobrepeso u obesidad (64.1% hombres y 60.9% mujeres). En la Argentina, según datos de la última Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNYS, 2019) el 67,9% su población adulta presenta sobrepeso u obesidad. Estos datos muestran la relevancia y extensión de esta problemática.

Desde el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, con sede en los Estados Unidos de América, sostienen que factores socioculturales, genéticos, médicos, psicológicos y conductuales son indicadores que favorecen esta problemática, resaltando que hay una tendencia general a tener una mayor ingesta de alimentos ricos en grasa, sal y azúcares, propio de la vida moderna, y las comidas rápidas, además, son muchos los médicos y nutricionistas que afirman que un aspecto relevante y que contribuye a que las personas tengan sobrepeso y obesidad, es la disminución de la actividad física producto del estilo de vida sedentario, acentuado por los métodos modernos de transporte; situación propia de vida urbana, que se refleja en que en las grandes ciudades el índice de obesidad y sobrepeso es más alto. Siguiendo esta línea, los datos relevados en la última Encuesta Nacional de Nutrición y Salud realizada por la Organización Mundial de la salud (2021), dan cuenta de que más de la mitad de la población adulta (53,4%) tiene exceso de peso; 4 de cada 10 adultos tiene sobrepeso y 2 de cada 10 obesidad, es decir que 6 de cada 10 argentinos tiene problemas considerables de peso. Estos datos coinciden con los mundiales, en donde el 50% de la población tiene exceso de peso, es decir que, más de 1.900 millones de adultos en el mundo están por encima de su peso ideal, y entre ellos más de 600 millones presentan obesidad (OMS, 2021).

Ahora bien, se entiende por exceso de peso cuando el Índice de Masa Corporal (IMC) es mayor o igual a 30 puntos y se calcula según la ecuación: peso (kg) / talla (m2). Una circunferencia de la cintura mayor de 102 centímetros en hombres, y de 88 centímetros en mujeres también es indicativa de obesidad (Bersh, 2006). Por su parte, Manuel Moreno, 2012 considera que aquellas personas con IMC entre 25 y 29.9 kg/m2 tienen mayor predisposición a desarrollar obesidad, encontrándose en un estado de sobrepeso dentro de una fase dinámica, es decir en pleno proceso de aumento de peso; dicho incremento de peso corporal es producido por un balance energético positivo, es decir, que la ingesta calórica es superior al gasto energético.

Autores como el doctor Alberto Cormillot (2017) ,entre otros, consideran que la obesidad es una enfermedad crónica y multifactorial, resultante de un desequilibrio entre el aporte calórico de la

ingesta y el gasto energético generado por el metabolismo y la actividad física, este desbalance del equilibrio energético lleva a una acumulación gradual y persistente de grasa en la estructura corporal, sobre todo cuando se tiene un estilo de vida sedentario.

Cabe aclarar que no hace mucho en Argentina, los problemas relacionados con el exceso de peso comenzaron a tomar estado público y a considerarse un problema de la salud pública. Muchas organizaciones y marchas se realizaron para lograr ciertas legislación que pudiese a los y las afectadas por esta enfermedad, dar cobertura de salud. En el año 2008 se sancionó la ley 26396 donde se declara de interés nacional la prevención y control de los trastornos de la conducta alimentaria (bulimia, anorexia y obesidad), que comprenderá la investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vinculadas, asistencia integral y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas y a las medidas tendientes a evitar su propagación, creándose así, el Programa Nacional de Prevención y Control de los trastornos alimentarios en el ámbito del Ministerio de Salud. Así mismo, en el año 2017 se proclamó al tercer miércoles del mes de octubre de cada año "Día nacional de lucha contra la obesidad" y en el año 2019, se sancionó la Ley 6079/19 de promoción, asistencia y rehabilitación de la obesidad en los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, en la ciudad de Buenos Aires, que asegura la prevención y control de la obesidad infanto-juvenil, promoviendo la investigación de agentes causales, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades vinculadas, asistencia integral y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas y las medidas tendientes a evitar su propagación. En el mismo año la ley 2768/2019, con el objetivo de implementar en la ciudad de Buenos Aires, el plan SI, que busca fortalecer la educación nutricional y de actividad física en referentes sociales multiplicadores, a fin de instalar capacidades de reflexión y acción preventiva frente a la epidemia de sobrepeso y obesidad en niños, niñas y adolescentes; y estas son algunas de las legislaciones más recientemente declaradas tanto a nivel nacional como desde la legislación porteña, en base a lo declarado en Atlas federal de legislación sanitaria. Esto muestra la preocupación de los gobiernos y la respuesta en sus políticas de salud para ir generando estrategias de atención y/o prevención (Ministerio de Salud de la Nación Argentina, 2019). Esta problemática no sólo tiene efectos en el cuerpo, es decir en la salud física provocando enfermedades como la diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares, problemas óseos y articulares, afecciones hepáticas, respiratorias y renales entre muchas otras, sino que también está vinculada a muchos padecimientos psicológicos como ser: baja autoestima, depresión, frustración, ansiedad, aislamiento, por esta razón es considerada una enfermedad incapacitante (Soca y Niño Peña,2009). Durante décadas se trató esta enfermedad desde un enfoque reduccionista, basado en restringir o modificar la alimentación y reforzar la actividad física sin tener en cuenta que para lograr un cambio duradero, es necesario atender a factores conductuales, cognitivos y emocionales, así como la imagen corporal y patrones de personalidad

(Castro y Benedetti, S. 2012). En este sentido autores como Di Mura y Casari (2017) sostienen que la obesidad es una enfermedad multifactorial que podría estar provocada por un mal funcionamiento endocrino, cuestiones emocionales pasajeras o crónicas, o por la ingesta de medicamentos como las de tipo psiquiátrica o endocrinológicos.

El doctor Seijas Buschiazzo (1997) destaca que para lograr sostener un peso saludable a lo largo del tiempo también hay que tener en cuenta otras variables como los factores psicológicos y conductuales y aporta que de alguna manera, el acto de ingerir alimentos se acompaña de un conjunto de emociones, que varían en cada persona, y es por esto que registrarlos y operar sobre ellos permite reforzar el compromiso de la persona con el tratamiento. Por eso esta situación propone una intervención profesional de tipo interdisciplinario que incluya nutricionistas, médicos, psicólogos, y psiquiatras con el fin de abordar esta problemática de manera mas contundente y efectiva.

En los últimos años se han realizado diversos estudios donde se pone en relieve la importancia de los factores psicológicos como indicadores del sobrepeso y la obesidad, debido a que dichos factores distorsionan la percepción de las personas, llevándolas a tomar estrategias de afrontamiento evitativas y poco funcionales como la sobre ingesta de alimentos con alta densidad calórica (Vital Ordoñez, 2020). Vital Ordoñez, S.L. (2020) sostiene que la ansiedad influye de manera directa y negativa en la obesidad y el sobre peso ya que los hábitos alimentarios reflejan las necesidades afectivas y la situación mental de la persona, las cuales estarían determinadas por diversos factores biológicos, sociales, culturales y psicológicos que pueden desencadenar alteraciones en el comportamiento alimentario, provocando un contundente aumento de peso, de ahí que uno de los posibles factores psicológicos implicados en la obesidad es la ingesta emocional, que se caracteriza por el consumo de alimentos para suprimir o atenuar estados emocionales negativos como la ansiedad o el estrés. El Hambre emocional es un mecanismo psicológico que provoca el impulso de comer de manera desmedida, con el objetivo de consolarse, colmar un vacío, compensar el aburrimiento o atenuar la tristeza, el estrés, la desolación y ansiedad buscando gratificación por medio de la comida, pero mientras el sujeto busca un falso bienestar, contrariamente suele sentir culpabilidad o descontento (Rojas y García-Méndez, 2016; Casas, 2017). Entonces, las personas con obesidad utilizan el acto de comer como recurso para canalizar la ansiedad y compensar las situaciones estresantes de la vida mediante comer en abundancia y al transformar esto en un habito, comienzan en aumento de peso desmedido, entonces desde este enfoque se puede considerar a la obesidad como el síntoma o la consecuencia de un problema psicológico y social (Calderón, Forns & Varea, 2010). Según esto, la ingesta por ansiedad refiere un estado de nerviosismo que surge a ciertas horas del día haciendo que se incremente la cantidad de ingestas sin que exista la sensación de hambre (Rubio, 2012), por eso cuanto mas ansiedad sienten mas y peor comen, explica Guajardo (2007) en un estudio realizado para la

universidad de México, y expone que es la falta de conciencia interoceptiva la que podría estar provocando esta incapacidad para discernir entre hambre y ansiedad.

En lo que respecta a la ansiedad, el Manual de Clasificación de Trastornos Psicopatológicos (DSM-IV), es definida como una respuesta emocional no adaptativa, que se presenta ante situaciones percibidas o interpretadas como amenazantes o peligrosas, aunque en la realidad no se puedan valorar como tal. Esta se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico.

Charles Spielberger (1927) consideraba que cada sujeto percibe y construye su realidad según las propias experiencias, por eso un mismo hecho puede desencadenar diferentes respuestas en base a los sistemas de percepción y procesamiento de información, y de acuerdo a esta teoría, es fundamental poder determinar cuando estamos frente a un estado emocional transitorio o a un rasgo de la personalidad estable. Por eso para diferenciar estos dos aspectos de la ansiedad Spielberg (1972) propuso la Teoría Rasgo-Estado, donde expone al estado de ansiedad como un estadío emocional que pueden variar en intensidad mas allá de la situación en que se encuentre, mientras que individuos con marcado rasgo de ansiedad tienden a valorar una mayor cantidad de situaciones como amenazantes poniendo en marcha respuestas adaptativas desarrolladas tras enfrentarse frecuentemente a situaciones o estímulos de similares características, se trata de sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos de tensión y aprensión, fluctuante en cuanto a tiempo e intensidad, que incluye hiperactividad del sistema nervioso autónomo, según agregan González Di Mura, González Pancher y Vega (2017) quienes además definen a la ansiedad Rasgo como una tendencia relativamente estable a percibir situaciones cotidianas como amenazantes casi de manera continua. En resumen, Czernik (2006) define al estado de ansiedad (A/E) como una situación fluctuante y transitoria de nerviosismo, donde se produce una activación del sistema nervioso provocada por la percepción subjetiva del sentimiento de aprensión y temor. La ansiedad rasgo (A/R), en cambio hace referencia a un rasgo de personalidad vinculado a el tipo de respuesta emocional constante, que tiene el sujeto frente a situaciones ansiogenas, mostrando una predisposición a percibir cualquier estimulo ambiental como amenazante (Czenik, 2006), agrega que las personas con alta A/R presentan una A/E mas elevada, ya que tienden a percibir muchas mas situaciones como amenazantes lo que deriva en un aumento de la A/E frente a situaciones que le supongan alguna amenaza a la autoestima, entonces, desde el concepto de rasgo/estado planteado por este autor, un rasgo refiere a una peculiar forma de respuesta, relativamente estable frente a distintas situaciones, y por el contrario, el concepto de estado remite a una condición personal fluctuante, esto permite reparar que no es lo mismo “ser ansioso” que “estar ansioso”. Por otra parte Anger y Katz (2015), exponen que las emociones tienen un poderoso efecto sobre la ingesta y agregan que son diversas las investigaciones que demuestran que las personas con

sobrepeso consumen más alimentos que las personas de peso bajo o normal cuando experimentan emociones percibida como negativas como ser la ansiedad, tristeza, soledad, cansancio enojo o el aburrimiento; entonces, podemos plantear que los problemas con el peso, son situaciones que afectan tanto a la salud física como mental, generando que los y las padecientes vean afectada su calidad de vida en múltiples aspectos.

El sobre peso tiene además de una estructura ambiental y conductual, una fuerte base neurobiológica ya que en el hipotálamo, existe un circuito neuronal que se encarga de regular las áreas de funcionamiento especifico como son el hambre, la saciedad, el estado de animo y el deseo, entre otros; en este circuito operan sistemas que hacen que al engordar, el cerebro genera relaciones sinápticas que favorecen el hecho de que el sujeto aprenda a vivir y a reacomodarse al sobrepeso, provocando una adaptación negativa y perjudicial; es así que quienes lo padecen tienen el adipostato alterado, este sistema regula la adiposidad acumulable, coordinando las señales entre el cerebro y aparato digestivo. Para que esta regulación se realice, deben intervenir ciertas sustancias que estimulan el apetito, favorecen la sensación de saciedad y regulan el metabolismo, pero en las personan obesas desarrollan una resistencia a una de ellas, la leptina, por lo que el hipotálamo recibe la señal de que hay poca grasa aumentando el apetito y disminuyendo la actividad metabólica. (Cormillot, A. 2017).

Según diversos estudios, la obesidad es una problemática multicausal y al no haber claridad respecto al origen de la enfermedad, y siendo tanto su disparador como su proceso, diferentes para cada sujeto, es que se plantea la necesidad de un abordaje integral que tenga en consideración las variables psicológicas desde lo cognitivo y lo emocional. y las variables ambientales como ser hábitos, costumbres, y contexto socioeconómico, además de considerar cuestiones de tipo endocrinas y orgánicas en general; entonces, desde esta punto de vista, se sugiere la necesidad de un enfoque interdisciplinario y particular para cada paciente, realizando una evaluación completa de la personalidad, circunstancias, hábitos y contexto de cada uno. Muchas personas con sobre peso declaran modificar los hábitos alimenticios, ya sea aumentando la ingesta o consumiendo alimentos poco saludables, cuando se encuentran ansiosos; la licenciada en psicología Mari Carmen Nevado (2020) especialista en trastornos de la conducta alimentaria y trastornos de ansiedad plantea la necesidad de abordar psicológicamente la problemática desde un enfoque amplio, que tenga en cuenta, tanto las causas de la obesidad, como el mantenimiento post descenso de peso, a la vez que controle aquellas variables cognitivas (creencias), afectivas (estados emocionales) y ambientales (costumbres, hábitos familiares, etcétera) inherentes a esta enfermedad, siendo preciso, entonces, un abordaje que se centre en las necesidades individuales teniendo en cuenta una evaluación completa de personalidad y del sistema ambiental del consultante y de ser posible la incorporación de las redes de apoyo del

mismo, siendo fundamental el apoyo psicológico, tanto de manera individual como grupal (Nevado, 2020).

En España, (2012), el Dr. Rubio Sánchez, llevo a cabo un estudio relacional entre ansiedad y sobre peso a través del cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI E/R), según la valoración del perfil nutricional en adultos con sobre peso de ambos géneros residentes de la ciudad de Barcelona. Dicho trabajo evaluó a pacientes obesos al iniciar su tratamiento a fines de determinar los niveles de ansiedad estado y rasgo, además busco evaluar la relación de la ansiedad de dicha población con el IMC y el sexo y analizar en estos pacientes antecedentes patológicos relacionados con la ansiedad. Los resultados obtenidos fueron que en una muestra de sujetos de entre 18 y 65 años, con una media etaria de 43,2 para hombres y 40,4 para mujeres, no se encontró índices significativos que indiquen una situación de ansiedad estado representativa, en la muestra, 19,2 fue el puntaje obtenido en hombres y 27,2 en mujeres. En la sub escala de ansiedad Rasgo, se encontró una calificación media de 24,4 para hombres y 28,5 para la población femenina, no siendo estos resultados significativos pero si se concluye que existe una tendencia mayor a presentar ansiedad en las mujeres, particularmente en la ansiedad rasgo. Por otra parte, de acuerdo a resultados obtenidos en una tesis doctoral realizada en la ciudad de Barcelona durante el año 2012, sobre una población adulta con un sobrepeso donde se indago acerca del vinculo entre la obesidad y la ansiedad utilizando el Cuestionario de Ansiedad Estado Rango, se observo que cuando los sujetos se sienten mas ansiosos aumentan la ingesta de alimentos. El 20% de los encuestados refirió sentir que su aumento de peso se debía a la ingesta ansiosa, mientras que el 15% responsabilizo en gran medida al estrés, siendo dentro de los encuestados, la población femenina la que puntuó más alto tanto en estrés como en ansiedad; este estudio destaco que la A/R incrementa las posibilidades de mantenerse en la obesidad haciendo cada vez más difícil el descenso de peso, mientras que la A/E no mostro un valor predictor para esta problemática; también en este caso, se observó una mayor relación entre las variables en los sujetos de sexo femenino. Se encontraron resultados similares frente a la misma relación de variables, en trabajos efectuados por la universidad de McGrill (Canadá, 2009) denominado “La asociación entre el tratamiento de la obesidad y la ansiedad”, dónde se realizo una revisión sistemática y meta análisis de las variables;

Por otra parte, un estudio denominado “La asociación entre obesidad y trastornos de ansiedad en la población: revisión sistemática y meta análisis” publicado en Londres en el año 2009 por G. Gariepy realizó una revisión sistemática acerca de vínculo entre la obesidad y los trastornos de ansiedad en la población general, centrándose en los resultados obtenidos arrojó una asociación positiva entre la obesidad y la ansiedad, mientras que los análisis de subgrupos revelaron una

asociación positiva en hombres y mujeres, de lo que se pudo concluir que existe un nivel moderado de evidencia de una asociación positiva entre la obesidad y los trastornos de ansiedad.

En México, en el año 2020, Gay, Jiménez, García, Zempoalteca, realizaron la investigación "Ansiedad, sobrepeso y obesidad en población adulta adscrita a una unidad de medicina familiar". El objetivo fue evaluar la asociación entre ansiedad y sobrepeso en mayores de edad. Participaron 282 personas de 18 a 65 años, de ambos sexos, que presentaban sobrepeso u obesidad. Para determinar el grado de ansiedad se utilizó el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI E-R) y se determinó el índice de masa corporal (IMC). Al evaluar el grado de ansiedad, 37 pacientes manifestaron no presentar esta entidad, 109, presentaron ansiedad leve, 88, ansiedad moderada y 48, ansiedad severa. Se determinó una asociación estadísticamente significativa (p ‹0.05) entre ansiedad, sobrepeso y obesidad. Se concluyó que la mayoría de los pacientes analizados presentó algún grado de ansiedad y que existe una asociación estadísticamente significativa entre ansiedad, sobrepeso y obesidad.

Vital Ordoñez (2021) afirma en su estudio, realizado en la Universidad Nacional Autónoma de México que existe una correlación entre los constructo ansiedad y obesidad. Allí se expone que quienes sufren ansiedad muestran tendencia a comer mas seguido de lo habitual y particularmente alimentos con alto contenido calórico debido a que para esas personas la comida funciona como ansiolítico, aunque esto pueda derivar en obesidad o sobre peso; por otra parte, la ansiedad también dificulta el sueño, lo cual provocaría un notable aumento de peso. Para dar cuenta de ello, Ordoñez (2021) realizó un estudio de diseño mixto, no experimental, trasversal correlacional, donde se evaluaron 110 personas de la FES Zaragoza y Ciudad Nezahuacoyotl, aplicando un cuestionario de conductas y emociones y otro de hambre emocional. Los resultados indicaron la ausencia de correlación estadísticamente significativa entre el sobre peso y el hambre emocional.

También a nivel de la región, esta vez en Perú, en el año 2017, García Murga realizo una investigación titulada "Trastorno de ansiedad generalizada como factor asociado a obesidad en pacientes adultos del hospital Belén de Trujillo". La población a estudiar estuvo constituida por 168 pacientes adultos de entre 18 a 60 años; divididos en 2 grupos: con obesidad o sin obesidad, tomando como parámetro el IMC. Para la recolección de datos se utilizo escala de detección. No se encontraron diferencias significativas en relación con las variables edad y género entre los pacientes con obesidad o sin ella ($p<0.05$). La frecuencia de ansiedad generalizada en pacientes con obesidad fue de 26%, mientras que en pacientes sin obesidad fue de 10%. La ansiedad generalizada es factor de riesgo asociado a obesidad con un odds ratio de 3.37 el cual fue significativo ($p<0.05$). Se concluyo que los pacientes con ansiedad generalizada presentaron un promedio de IMC significativamente mayor que los pacientes sin ansiedad generalizada ($p<0.05$). entonces, a partir de los datos recabados, se

determino que el trastorno de ansiedad generalizada es un factor asociado a obesidad para estos pacientes.

En Colombia, Ramírez, Álvarez Escobar, Mejía y Rodríguez Buritica (2020) escribieron el articulo "Obesidad, factible consecuencia de ansiedad en estudiantes de psicología de una Universidad de Colombia, en el cual se utilizo el Cuestionario de ansiedad estado rasgo (STAI E-R) en una población de estudiantes adultos, tanto hombres como mujeres de entre 18 y 42 años. Su objetivo fue identificar si los sujetos evaluados sufrían obesidad, teniendo como fuente principal la identificación del tipo y nivel de ansiedad. Para ello participaron un total de 114 estudiantes adultos de los cuales 31 eran hombres, y 83, mujeres, además de aplicar el protocolo para medir ansiedad se midió talla, peso e IMC. Los resultados concluyeron que el 18% de los encuestados presentaban sobrepeso y un I 2.7%, obesidad, además la media de nivel de ansiedad fue: 28,74 –27, 24 – 24,78 – 25,33 respectivamente, lo que permite concluir inexistencia de una correlación entre el IMC y el nivel de ansiedad.

En Argentina, González Di Mura (2017) dirigió un estudio pre y post tratamiento vinculado al Análisis de factores psicológicos en pacientes obesos; en el mismo se estudio la obesidad en relación a distintos factores psicológicos con el objetivo de medir y describir los factores intervinientes en la obesidad, fundamentalmente la ansiedad, utilizando el cuestionario de ansiedad estado rasgo (STAI E/R) sobre una población de 24 pacientes obesos de una clínica en la ciudad de Mendoza, en dicha muestra se encontró un 58,3% de mujeres, y un 41,7% de hombres con una edad promedio de 39,6. Este estudio tuvo un diseño cuasi experimental, pre-post de grupo único y las pruebas fueron administradas al inicio y a la cierre de un tratamiento integral de obesidad, de 6 meses de duración. En cuanto a los resultado: los parámetros de ansiedad presentaron diferencias estadísticamente significativas disminuyendo en la segunda toma, para ambas dimensiones de ansiedad evaluadas por el cuestionario STAI/E, registrándose una reducción de 8,47 puntos en su medias entre la medición previa (M = 40,37) y posterior al tratamiento (M =31,9), mientras que en el STAI/R la reducción fue de 14,88 puntos entre la medición previa (M = 51) y la posterior (M = 36,12). También en nuestro país, O´Rourke Mases, Stefanía y Raynaudo, Gabriela (2015) presentaron una investigación en el VII Congreso Internacional de Investigación y Practica Profesional en Psicología, XXII Jornadas de Investigación y XI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR para la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 2015, donde se expone que la obesidad es una condición que acarrea graves consecuencias para la salud, conformando el sexto factor de riesgo de muerte a nivel mundial. El objetivo del presente estudio fue identificar los obstáculos que manifiestan las personas con obesidad al momento de perder peso; para ello participaron 34 adultos pertenecientes a un grupo de autoayuda de la ciudad de Rosario a quienes se les administró un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, construido a los fines de la investigación, y se realizaron 5 entrevistas en

profundidad. Más del 50% de los encuestados manifestaron numerosos intentos fallidos para descender de peso. Los resultados, indican como principales obstáculos la ansiedad y la falta de voluntad, atribuyéndoselo al vinculo emocional que mantienen estos sujetos con la comida, también se identificaron falta de tiempo para cumplir con el plan alimentario, falta de contención por parte del entorno y la gran tentación que les produce la comida no saludable.

Esta investigación, por lo antedicho, se planteo la siguiente pregunta ¿Cuál es la relación existente entre niveles de ansiedad estado/rasgo y el sobre peso, en personas entre 35 y 65 residentes de CABA en el año 2021?

El Objetivo general de la investigación fue analizar los niveles de ansiedad estado y rasgo en personas con sobrepeso, de entre 30 y 65 años residentes de CABA.

Como objetivos específicos, se plantearon: establecer los niveles de ansiedad estado en sujetos de entre 30 y 65 años, residentes de CABA. Identificar los niveles de ansiedad rasgo. Caracterizar la muestra según variables sociodemográficas. Analizar los niveles de ansiedad rasgo y estado y las características sociodemográficas

Metodología

Tipo de estudio

El tipo de estudio fue cuantitativo porque todos los sujetos fueron evaluados utilizando los mismos instrumentos y se esperó que los datos recogidos sean fiables, precisos, rigurosos e inequívocos, utilizando una recolección de datos basada en la medición numérica y el análisis estadístico, (Corbetta, 2007) y no experimental ya que e se observaron los fenómenos tal como fueron presentados en su contexto natural, siendo este un modelo sistemático y empírico en donde las variables independientes no se manipulan porque ya han sucedido (Hernández, 2010). Se trató de un estudio descriptivo que buscó describir la muestra (medidas de tendencia central: media; medidas de dispersión: desvió estándar; y frecuencia: porcentaje) a través de las preguntas sociodemográficas y, por el otro, describir los ítems y dimensión de la escala a través de la medida de tendencia central (media) y la medida de dispersión (desvió estándar) (Cancela Gordillo,2010).

El tipo de diseño que se utilizó es el ex post-facto, que permite una búsqueda sistemática y empírica no teniendo el investigador control sobre las variables independientes, pues los acontecimientos ya se manifestaron o son intrínsecamente manipulables; es decir, son investigaciones donde el fenómeno o objeto de análisis no será modificado ya que se analizan las posibles causas y consecuencias de un echo una vez que este ya sucedió (Cancela Gordillo, 2010), mediante el mismo se buscó evaluar las relaciones existentes entre las dimensiones de las diferentes escalas a estudiar

(ansiedad estado, ansiedad rasgo y obesidad) utilizando los coeficientes de correlación (Cancela Gordillo, Cea Mayo, Gabildo Lara, Vililla Gigante, 2010.

En lo que respecta al nivel de análisis, este fue transversal, ya que midió resultados en una población definida y en un punto específico de tiempo con una sola aplicación teniendo como objetivo analizar la incidencia en un momento determinado de las variables descriptas donde el investigador no realiza ningún tipo de intervención o interferencia. (León y Montero, 2007).

Muestra y muestreo

Para realizar el presente estudio se tomó una muestra no probabilística, lo cual implica que de la población se extrajo cada unidad que la integra con una probabilidad conocida y distinta a cero (Corbetta, 2007). El tipo de muestra fue tomada de manera aleatoria a individuos que tuvieran noción de padecer exceso de peso. La muestra estuvo conformada por 100 hombres y mujeres de entre 35 y 65 años residentes de la Ciudad de Buenos Aires, que cumplieran con los siguientes criterios de inclusión: tener un exceso de peso mayor o igual a 10 kg según su peso ideal, haber realizado en algún momento, algún tipo de tratamiento para adelgazar, no ingerir ningún tipo de medicación que pudiera generar aumento de peso, que no vivan afuera de la Ciudad de Buenos Aires y estén dentro del rango atareo mencionado.

A cada uno de los participantes se les entrego personalmente, o mediante redes sociales una copia de la evaluación compuesta por un protocolo sociodemográfico y el protocolo STAI E/R para medir ansiedad estado y ansiedad rasgo.

Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

Se administro un cuestionario sociodemográfico, autoadministrable, tanto de formato impreso como de manera online utilizando la plataforma Google Form donde se solicitaron datos como edad, sexo, tipo de actividad, peso, tratamientos realizados para la disminución de peso, medicación que pudiera inferir con el proceso de adelgazamiento. Esta información fue recabada de manera, anónima, voluntaria y no cronometrada.

Para el análisis de la variable ansiedad se utilizó la escala de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI E/R) de Spielberger, Gorsuch y Lushore (1964) en su adaptación española de Bermúdez, realizado en el año 1983, este autor propone evaluar dos aspectos de la ansiedad: la ansiedad entendida como estado emocional transitorio (A/E) conformada por sentimientos subjetivos conscientemente percibidos, e impulsados por la hiperactividad del sistema nervioso autónomo, por otro lado Spielberger, también avalúa a la variable estudiada como un rasgo (A/R), considerándola una

característica natural de los individuos con tendencia a percibir las situaciones como amenazantes (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, Jacobs, 1983).

El STAI es un inventario de tipo escala Likert, autoadministrable que consta de 40 ítems, divididos en dos subcategorías de 20 ítems cada una, que se usa para medir por un lado, la percepción subjetiva de ansiedad y su fluctuación en el tiempo y por otro la tendencia del sujeto a percibir las situaciones como amenazadoras de una manera estable y constante. Para tal objetivo utiliza afirmaciones que describen cómo se siente la persona en el momento de la evaluación (A/E) y en general (A/R), de esta manera dicho protocolo arroja una puntuación diferente para cada dimensión evaluada en torno a la ansiedad, las cuales se obtienen sumando las puntuaciones de cada ítem. Este instrumento posee buena consistencia interna (entre 0.84 y 0.93) y una fiabilidad test retest entre 0.86 y 0.96. (Bermúdez, 1983). Para la escala STAI original se alcanzó un Alpha de Cronbach de 0,98 para la sub escala de ansiedad estado y de 0,89 para la sub escala de ansiedad rasgo (Mesfin, 2002).

Las puntuaciones de ambas escalas pueden variar desde 0 a 60 puntos, contando con ítems directos e inversos para evitar el efecto de aquiescencia. La corrección se realiza con plantilla, contabilizando los puntos los ítems positivos y los negativos y trasladando el valor resultante a dicha planilla.

En cuanto a la validez muestra correlaciones con la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor y la Escala de Ansiedad de Cattell (0.73-0.85). La dimensión referida a la A/E, se encuentra compuesto por frases que describen como se siente la persona al momento de responderla, a fin de evaluar un estado emocional transitorio, mediante 20 ítems planteados en una escala Likert con 4 niveles de respuesta donde 0 = Nada, 1 = Algo, 2 = Bastante, 3 = Mucho; mientras que la dimensión correspondiente a la sub escala AR describe como se siente la persona habitualmente, evaluando una propensión ansiosa estable, utilizando 20 ítems con alternativa de respuestas Likert de 1 a 4 donde; 1= Casi Nunc, 2 = Algunas Veces, 3 = Frecuentemente), 4 = Casi Siempre.

En el caso de los ítems referentes a la ansiedad rasgo es necesario invertir la puntuación correspondiente a la frecuencia de presentación siendo 3: Casi Nunca, 2: A Veces, 1: A Menudo, 0: Casi Siempre y los ítems a invertir (puntuación negativa) son: 21, 26. 27,30. 33, 36 y 39; y en lo que respecta a los ítems correspondientes a la variable Ansiedad Estado, se invertirán la puntuación negativas referida a la intensidad, es decir, los ítems 1,2,5,8,10,11,15,16,19 y 20, valorándose como 3: Nada, 2: Algo, 1: Bastante, O: Mucho.

Procesamiento de datos

Se calcularon los estadísticos descriptivos de los ítems de ambas escalas y se obtuvieron los valores de asimetría y curtosis para analizar la normalidad de las mismas. Se obtuvieron índices

comprendidos entre ±1,5 en todas las variables, lo cual resulta óptimo para realizar análisis estadísticos paramétricos (George & Mallery, 2003).

Para realizar la prueba de normalidad, tomando como valor de significación, 0,05 para todos los análisis realizados, dejando así determinada la consistencia interna, se utilizo el coeficiente Alfa de Crombach, a este resultado se lo contrasto con la prueba de Kolmogorov Smirnov. para analizar las variables cuantitativas (Ansiedad estado y Ansiedad Rasgo), y finalmente se utilizo el test de correlación de Speerman.

Los datos obtenidos fueron sistematizados en una base de datos, para poder analizarlos estadísticamente través del paquete estadístico IBM SPSS en su versión 22 y así poder realizar el correspondiente cruce de variables según los valores obtenidos en la toma del instrumentos STAI E-R, teniendo en cuenta datos sociodemográficos y nutricionales de cada uno de los encuestados.

Resultados

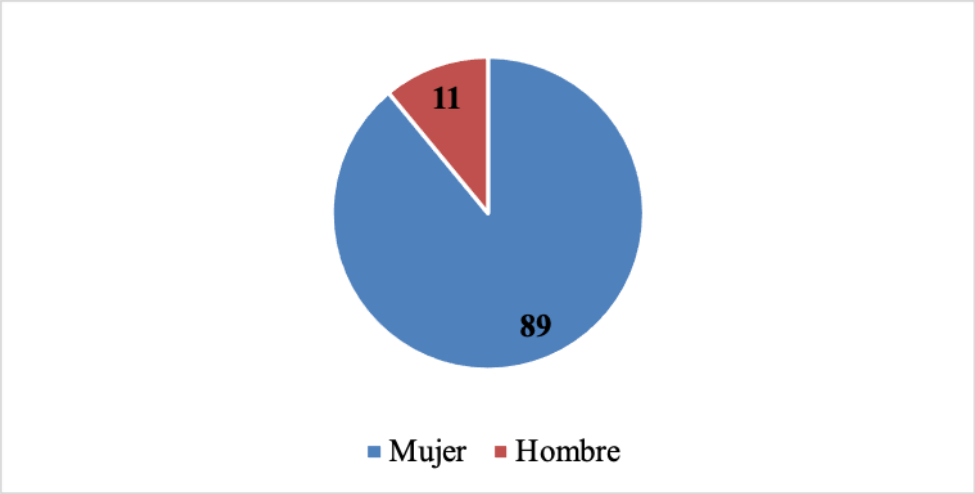
Descripción de las variables sociodemográficas:

La muestra estuvo formada por 100 (N=100) personas con sobrepeso que residen en capital federal y alrededores, la edad mínima es de 27 (N=27) y la máxima de 66 (N=66) con una media de 39,49 (N=39,49). En relación al peso se pudo observar que el peso máximo fue de 160 kilos con una media de 85,25. Del total de la muestra el 89% (N=89) fueron mujeres y el 11% (N=11) hombres.

Tabla 1
Edad y peso de la muestra

	Mín.	**Máx.**	**M**	**Desv.**
Edad	27	66	39,49	9,87
Peso	65	160	85,25	22,55

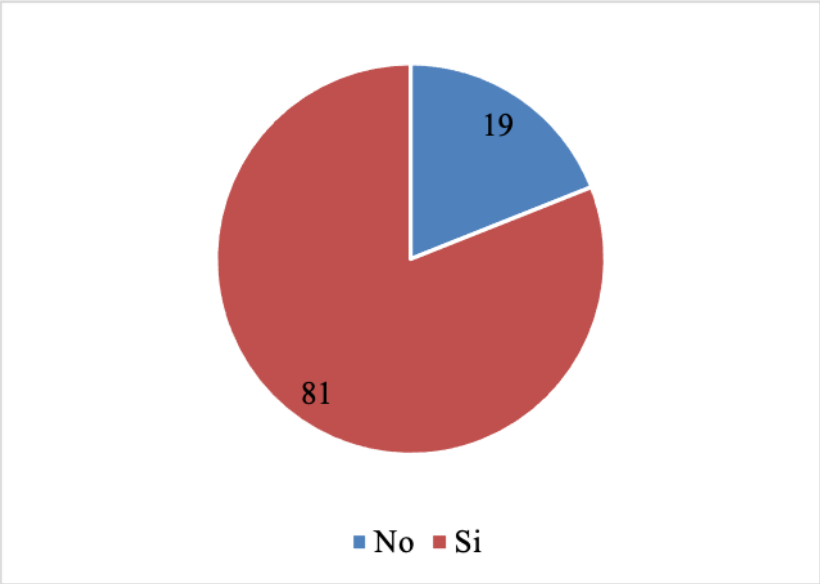
Grafico 1:
Género de la muestra



Se les consultó a los participantes que tipo de dieta realizaban, el 25% (N=25) respondió que hicieron dietas comunes o de moda, el 19% (N=9) dieta con nutricionista, el 12% (N=12) grupo de autoayuda y el resto respondieron haber realzado las opciones mencionadas y en algunos casos haber utilizado pastillas preparadas o de venta libre, tratamientos estéticos, batidos, anfetaminas entro otro tipo de terapias alternativas.

Grafico 2

Trabajan o no



En relación a la actividad física, 45 respondieron que no realizaban, y 65 que, si lo hacían; las actividades varían entre natación, caminar, bicicleta, Pilates y zumba y con respecto a la actividad laboral el 81% (N=81) declararon estar trabajando al momento de la toma, y dentro de este porcentaje,

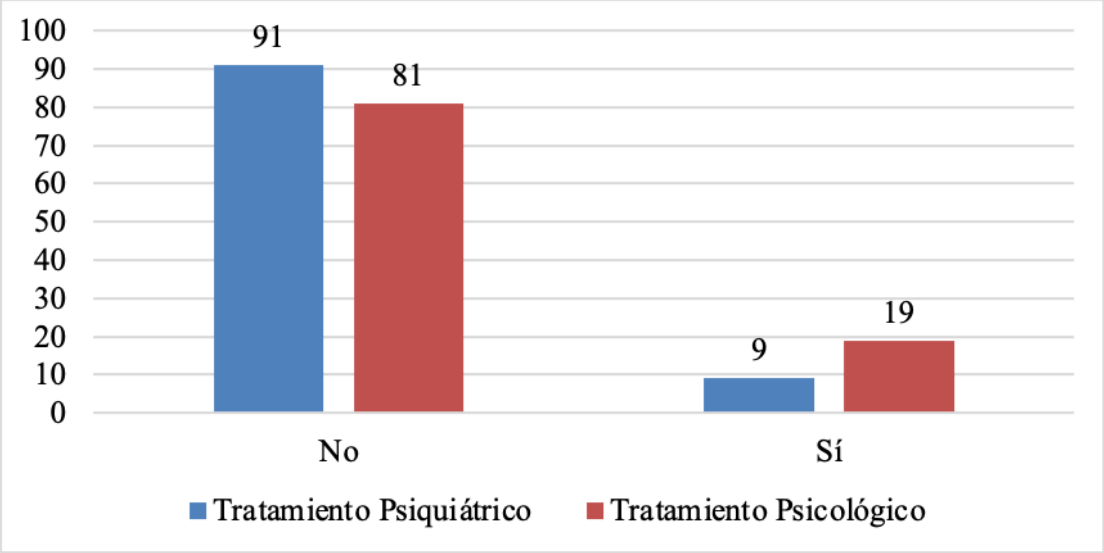
la mayoría dijo trabajar de 8 a 12 horas (N=45), un 25% de 4 a 8 horas y el resto menos de 4 horas o es emprendedor. Esto se relaciona con la variable ansiedad, en tanto que, aquellos que no lo hacen obtuvieron un puntaje mas elevado para ansiedad estado que aquellos que si trabajan, siendo las medias para el grupo de los que no trabajan de 39,05 y para los que si trabajan la media fue de 30, 83; mientras que en lo que respecta a ansiedad rasgo, quienes no trabajan obtuvieron una media de 36,89 y los que si trabajan, una media de 31, 28. Entonces, quienes trabajan tienen una ansiedad menor con respecto a los que no trabajan.

También se les consultó a los participantes si realizan tratamiento psicológico y psiquiátrico, en ambos casos la mayoría de respuestas fueron negativas.

Se observó que solo el 9% (N=9) de los encuestados realizaron tratamiento psiquiátrico y el 19% (N=19) tratamiento psicoterapéutico, y en cuento a la relación de aquellos que no han realizado ningún tipo de tratamiento, se infiere que no hay diferencia significativa entre quienes hubieran realizado tratamiento y los que no para ninguna de las dos dimensiones del constructo, siendo la media en A/E para quienes realizaron tratamiento, de 31,73 y en A/R 33,68 y para quienes no realizaron ningún tratamiento psicoterapéutico, la media fue de 31,48 para A/E y 31,22 para A/R, por lo tanto no infiere el tratamiento en los niveles de ansiedad de las personas obesas.

Grafico 3

Tratamientos



Prueba de normalidad

En primer lugar, se realizó la prueba de normalidad para evaluar la distribución de las variables, ansiedad estado se distribuyó de manera anormal, mientras que ansiedad rasgo de manera

normal. Debido a esto se utilizaran pruebas paramétricas y pruebas no paramétricas según corresponda.

	Sig.
Ansiedad Estado	,002
Ansiedad Rasgo	,104

Análisis de confiabilidad

Se realizó el análisis de confiabilidad de ambas variables, en la presente muestra. Los resultados arrojaron valores altos en ansiedad estado y ansiedad rasgo.

Ansiedad estado

Alfa de Cronbach	N de elementos
,870	20

Ansiedad rasgo

Alfa de Cronbach	N de elementos
,916	20

Descripción de la ansiedad estado y de la ansiedad rasgo en personas con sobrepeso

Se puede observar en la siguiente tabla que las personas con sobrepeso obtuvieron valores elevados en ambas dimensiones de la ansiedad. Este valor muestra que dichos sujetos poseen una puntuación alta en tanto en A/E (15,18) como en A/R (12,95), no encontrándose entre ambas dimensiones de ansiedad, una diferencia significativa..

Grupo		Mín.	Máx.	M	Desv.
Sobrepeso	Ansiedad Estado	0	96	31,53	15,18
	Ansiedad Rasgo	0	55	31,69	12,95

Relación entre la edad y la ansiedad

En cuanto a la relación entre edad y ansiedad estado, se encontró que la relación es negativa, esto quiere decir que a medida que uno crece la ansiedad estado tiende a disminuir en las personas con sobrepeso Por otro lado en cuanto a la A/R, no se encontró relación con edad. Recordemos que la ansiedad estado mide el grado de ansiedad que tiene el sujeto en un momento determinado en base a

un estimulo especifico, mientras que la A/R esta definida como una propensión relativamente estable donde el sujeto tiende a percibir las situaciones, en general como amenazadoras elevado asi su estado de ansiedad (Spielberger, 1927). En cuanto a la relación entre edad y A/E esta es negativa aunque baja, es decir que a medida que aumenta la edad disminuye la ansiedad estado, mientras que para A/R no se encontró relación.

		Edad
Ansiedad Estado	Rho	-,200
	Sig	,048
Ansiedad Rasgo	Rho	-,129
	Sig.	,206

Ansiedad estado y rasgo según el genero

Por último, se analizó si existen diferencias en cuanto ansiedad según el género, se encontraron diferencias estadísticas significativas en ansiedad rasgo, las puntuaciones más elevadas se observas en las mujeres, en relación a ansiedad estado si bien la media de los hombres es menor que las de las mujeres, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa.

Utilizando el baremo de corrección de Spielberger (1964), se infiere en cuanto a A/E , que los hombres puntúan dentro de un rango medio/alto, mientras que las mujeres puntúan alto; en cambio en A/R los hombres obtuvieron un puntaje medio ya las mujeres puntuaron dentro de un rango alto. Esto quiere decir que las mujeres tienden a mantener mayores niveles de ansiedad estado y ansiedad rasgo, siendo la primera, mas significativa.

Variable	**Hombres**	**Mujeres**	**Sig.**
Ansiedad estado	24,27	32,44	,093
Ansiedad rasgo	19,80	33,03	,002

Objetivos

La investigación se plateo como objetivo describir la relación que tiene las personas adultas entre 35 Y 65 años con sobrepeso de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con la ansiedad estado y la ansiedad rasgo.

Se trabajó con una muestra en la que participaron 100 sujetos de cuales un 11% fueron hombres y el 89% mujeres, todos residentes de la Ciudad de Buenos Aires y con un rango etareo de 35 a 65 años con una media de 39, 49 y que tuvieran con un mínimo de 10 kg de sobre peso, en tratamiento para adelgazar, siendo que la media de peso encontrado en la muestra fue de 85,25kg.

Retomando los objetivos, se identificó un elevado nivel de ansiedad (rasgo y estado) en personas con sobre peso. Esta asociación entre ansiedad y sobre peso, se condice con los resultados de las investigaciones de Rubio Sánchez (2012) quien expuso la existencia de una tendencia mayor a presentar ansiedad en mujeres con sobrepeso, particularmente en la ansiedad rasgo, destaco que la A/R incrementa las posibilidades de mantenerse en la obesidad haciendo cada vez más difícil el descenso de peso, mientras que la A/E no mostro un valor predictor para esta problemática; también en este caso, también G. Gariepy (2009) encontró una asociación positiva entre la obesidad y la ansiedad, los análisis de subgrupos revelaron una asociación positiva en hombres y mujeres, de lo que se pudo concluir que existe un nivel moderado de evidencia de una asociación positiva entre la obesidad y los trastornos de ansiedad. Gay, Jiménez, García, Zempoalteca (2020) concluyeron que la mayoría de los pacientes analizados presentó algún grado de ansiedad y que existe una asociación estadísticamente significativa entre ansiedad, sobrepeso y obesidad. También García Murga (2017) concluyó que los pacientes con ansiedad generalizada presentaron un promedio de IMC significativamente mayor que los pacientes sin ansiedad generalizada, por lo cual determino que el trastorno de ansiedad generalizada es un factor asociado a obesidad.

En este caso, la medición ansiedad estado en las personas con obesidad, fue de 15,18 mientras que la ansiedad rasgo obtuvo un puntaje de 12,95 ambas obtuvieron niveles elevados. Recordemos que la ansiedad estado implica una situación fluctuante y transitoria en la que se produce una activación del sistema nervioso provocada por la percepción subjetiva del sentimiento de aprensión y temor (Czernik, 2006), por lo tanto es deseable pensar que, en base a lo estudiado, las personas con alto nivel de A/E, tienden a comer mas cuando se encuentran frente a situaciones ansiogenas. Por otra parte, A/R implica un rasgo de personalidad vinculado a un tipo de respuesta emocional constante que tiene el sujeto ante eventos ansiogenos, mostrando una predisposición a percibir cualquier estimulo ambiental como amenazante, lo que provoca que los estados de ansiedad sean casi permanentes (Czernik, 2006) y puede decirse que quienes tienen una elevada ansiedad como rasgo de personalidad, suelen acudir a la sobre ingesta buscando controlar estos estados de ansiedad de manera continua, lo cual aumenta la posibilidad de tener sobre peso.

En la asociación o cruce de variables sociodemográficas y la ansiedad, esta investigación mostro que la variable género femenino puntuó con mayores niveles de ansiedad estado que los sujetos de género masculino (32,44) al igual que en ansiedad rasgo (33,03), siendo estos valores elevados para ambas dimensiones del constructo; en cuanto a la variable genero masculino, en ansiedad rasgo obtuvieron puntajes considerablemente mas bajos, manteniéndose estos dentro del nivel medio (19,80), mientras que para ansiedad rasgo, este grupo obtuvo un puntaje medio pero algo mas elevado que para ansiedad estado (24,27), siguiendo las líneas de investigaciones anteriores, como

las de Gariepy (2009), Rubio Sánchez (2012) o Murga (2017) entre otros, y con los teóricos sostienen, como por ejemplo Seijas Buschiazzo (1997), Nevado (2020) o Cormillot (2017) se concluyo que las personas con mayor ansiedad estado y rasgo tienen tienden a tener sobre peso y esto es mas notorio dentro de la población femenina.

En cuanto a la relación entre edad y ansiedad estado, se encontró que esta relación es negativa, esto quiere decir que a medida que uno crece la ansiedad estado tiende a disminuir en las personas con sobrepeso Por otro lado en cuanto a la A/R, no se encontró relación con edad. Recordemos que la ansiedad estado explica el grado de ansiedad que tiene el sujeto en un momento determinado en base a un estimulo especifico, mientras que la A/R esta definida como una propensión relativamente estable donde el sujeto tiende a percibir las situaciones, en general como amenazadoras elevado así su estado de ansiedad (Spielberger, 1927). En cuanto a la relación entre edad y A/E esta es negativa aunque baja, es decir que a medida que aumenta la edad disminuye la ansiedad estado, mientras que para A/R no se encontró relación. En cuanto a la edad y la ansiedad estado, se llegó a la conclusión que a medida que aumenta la edad de los sujetos con sobre peso disminuye la ansiedad (0,048), a su vez no se encontró relación significativa en lo que respecta a la ansiedad rasgo en torno a la edad (0,206).

Conclusión

En nuestra muestra de 100 sujetos de ambos sexos, de entre 35 y 65 años de edad, residentes de la Ciudad de Buenos aires, se pudo establecer una asociación entre ansiedad y sobrepeso, manifestando que las personas con sobrepeso presentan niveles altos de ansiedad, siendo poco significativa la diferencia entre las dos dimensiones. A su vez la población perteneciente al género femenino con sobre peso, mostro tener mas ansiedad que los hombres, siendo aun mayor la relación con la ansiedad rasgo. En lo que respecta a la edad se demostró que a medida que las personas aumentan en edad tienden a tener menos ansiedad.

Por lo tanto, como sostienen otras investigaciones observadas, la ansiedad y el sobrepeso, son variables asociadas, que deben ser estudiadas en profundidad para generar intervenciones saludables a esta problemática.

ANEXOS

Consentimiento informado

La siguiente encuesta forma parte de mi tesis de grado para obtener la licenciatura en psicología en la Universidad Abierta Interamericana; la misma será de forma anónima, confidencial y solo con fines educativo.

Esta encuesta está conformada por dos partes: la primera se trata de una entrevista básica a fin de complementar la información obtenida con algunos datos del entrevistado. La segunda parte es un inventario que tiene como objetivo evaluar la ansiedad. En cada evaluación figuran las instrucciones para su realización. La encuesta no le llevara más de 20 minutos en total.

Muchas gracias.

MARIELA L. FUNES

Firma en conformidad:_____

Cuestionario sociodemográfico

1. Nombre (sin apellido):_____
2. Edad:_____años.
3. Sexo:

   Femenino

   Masculino

   Otros
4. Lugar de residencia (barrio/localidad):_____
5. Máximo de sobre peso alcanzado: _____kg.
6. Cuanto hace que tiene sobrepeso? (expresado en cantidad de años/meses):_____
7. Qué tipo/s de tratamiento/s realizo en el último año para adelgazar?

   ☐ Dieta común/de moda

   ☐ Dieta con nutricionista

   ☐ Medicación de venta libre

   ☐ Cirugía bariatrica

   ☐ Tratamiento estético para la pérdida de grasa

   ☐ Grupo de auto ayuda para personas con obesidad

   ☐ Otros (especificar):_____
8. Qué tipo de actividad considera tener habitualmente? (marcar con X)

   ☐ Sedentario.

   ☐ Regular.

   ☐ Activo.

   ☐ Muy activo/realiza deportes
9. En el último año realizo tratamiento psiquiátrico? (marcar con X)

   ☐ Si

   ☐ No
10. En la actualidad realiza tratamiento psicoterapéuticos? (marcar con X)

    ☐ Si

    ☐ No
11. En la actualidad realiza algún tratamiento hormonal? (marcar con X)

    ☐ Si

    ☐ No

12. Tomo algún tipo de medicación por tiempo prolongado en el último año (más de 1 mes) que pueda haber influido en su aumento de peso? (marcar con X)

☐ Si

☐ No

13. Cuál?(si no recuerda el nombre indique para que le fue proporcionada)_____

Inventario de ansiedad estado-rasgo (STAI)

(2 dimensiones)

Ansiedad estado:

Instrucciones: Lea cada afirmación y señale en la escala del 1 al 4 como se siente usted ahora mismo. No utilice demasiado tiempo en cada afirmación y responda señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Actualmente ….	**NADA**	**ALGO**	**BASTANTE**	**MUCHO**
1	*Me siento calmado/a*	*0*	*1*	*2*	*3*
2	*Me siento seguro/a*	*0*	*1*	*2*	*3*
3	*Estoy tenso/a*	*0*	*1*	*2*	*3*
4	*Estoy contrariado/a*	*0*	*1*	*2*	*3*
5	*Me siento cómodo/a*	*0*	*1*	*2*	*3*
6	*Me siento alterado/a*	*0*	*1*	*2*	*3*
7	*Estoy preocupado/a por posibles desgracias futuras*	*0*	*1*	*2*	*3*
8	*Me siento relajado/a*	*0*	*1*	*2*	*3*
9	*Me siento angustiado/a*	*0*	*1*	*2*	*3*
10	*Me siento confortable*	*0*	*1*	*2*	*3*
11	*Tengo confianza en mí mismo/a*	*0*	*1*	*2*	*3*
12	*Me siento nervioso/a*	*0*	*1*	*2*	*3*
13	*Estoy intranquilo/a*	*0*	*1*	*2*	*3*
14	*Me siento muy "atado" (como oprimido)*	*0*	*1*	*2*	*3*
15	*Estoy relajado/a*	*0*	*1*	*2*	*3*
16	*Me siento satisfecho/a*	*0*	*1*	*2*	*3*
17	*Estoy preocupado/a*	*0*	*1*	*2*	*3*
18	*Me siento aturdido/a o sobreexcitado/a*	*0*	*1*	*2*	*3*
19	*Me siento alegre*	*0*	*1*	*2*	*3*
20	*En este momento me siento bien*	*0*	*1*	*2*	*3*

Ansiedad rasgo:

Instrucciones: Lea cada frase y señale en a escala del 0 al 3 como se siente usted en general, en la mayoría del tiempo. No utilice demasiado tiempo en cada afirmación y responda señalando la respuesta que mejor describa como se siente generalmente.

21	*Me siento bien*	*0*	*1*	*2*	*3*
22	*Me canso rápidamente*	*0*	*1*	*2*	*3*
23	*Siento ganas de llorar*	*0*	*1*	*2*	*3*
24	*Me gustaría ser tan feliz como otros*	*0*	*1*	*2*	*3*
25	*Pierdo oportunidades por no decidirme pronto*	*0*	*1*	*2*	*3*
26	*Me siento descansado/a*	*0*	*1*	*2*	*3*
27	*Soy una persona tranquilo/a, sereno/a y sosegado/a*	*0*	*1*	*2*	*3*
28	*Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas*	*0*	*1*	*2*	*3*
29	*Me preocupo demasiado por cosas sin importancia*	*0*	*1*	*2*	*3*
30	*Soy feliz*	*0*	*1*	*2*	*3*
31	*Suelo tomar las cosas demasiado seriamente*	*0*	*1*	*2*	*3*
32	*Me falta confianza en mí mismo/a*	*0*	*1*	*2*	*3*
33	*Me siento seguro/a*	*0*	*1*	*2*	*3*
34	*No suelo enfrentar las crisis o dificultades*	*0*	*1*	*2*	*3*
35	*Me siento triste o melancólico/a*	*0*	*1*	*2*	*3*
36	*Estoy satisfecho/a*	*0*	*1*	*2*	*3*
37	*Me rondan y molestan pensamientos sin importancia*	*0*	*1*	*2*	*3*
38	*Me afectan tanto los desengaños que no puedo olvidarlos*	*0*	*1*	*2*	*3*
39	*Soy una persona estable*	*0*	*1*	*2*	*3*
40	*Cuando pienso sobre asuntos y situaciones actuales me pongo tenso/a y agitado/a*	*0*	*1*	*2*	*3*

Bibliografía

1. Anger, Katz (2015).Relación entre IMC, emociones percibidas, estilo de ingesta y preferencias gustativas en una población de adultos. Actualización en Nutrición Vol. 16 N 1
2. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4° edition. Text Revised (DSM-IV TR). American Psychiatric Press.
3. Ayuso, J. L. (1988). Trastornos de angustia. Barcelona: Ediciones Martínez Roca.
4. Bersh, Sonia. (2006). La obesidad: aspectos biológicos y conductuales. Revista colombiana de psiquiatría, vol. XXXV núm. 4.
5. Bogiaizian, D. (1996). A.A.T.A Asociación Argentina de Trastornos de Ansiedad. Obtenido de http://www.aata.org.ar/
6. Calder n, C., Forns, M., & Varea, V. (2010). Obesidad infantil: ansiedad y síntomas cognitivos y conductuales propios de los trastornos de alimentación. Revista Anales de Pediatría.
7. Cancela Gordillo, R., Cea Mayo, N., Gabildo Lara, G., & Valilla Gigante, S. (2010). Metodología de la Investigación Educativa: Investigación Ex Post Facto. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
8. Castro, S. y Benedetti, S. (2012). La obesidad y los factores psicológicos y psicosociales asociados. Universidad Tecnológica de Bolivia.
9. Centro para el control y la prevención de enfermedades. Publicado el 15 de diciembre de 2021 y recuperado el 18 marzo de 2022 de https://www.cdc.gov/healthyweight/spanish/calories/otherfactors.html +
10. Corbetta, P. (2007). Metodologías y Técnicas de Investigación Social. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana.
11. Cormillot, Alberto (2017). Pasaporte para vivir mejor. 11°edición, Publicaciones Saludables. Argentina. +
12. Cormillot, Alberto (1999). Vivir sin estrés. Buenos Aires: Perfil Libros editorial.
13. Erikson, Erik (1985). El ciclo vital completado. México Ed. Paidós.
14. Ferraro, A.A (2019). Consenso internacional de cirugía bariatrica y metabólica-
15. Fusco, Amancio, Pancieri, Alvez, Spiri, Braga (2015). Ansiedad, calidad del sueño y compulsión por comer en adultos con sobrepeso u obesidad
16. Guajardo, Edith g. pompa (2007). Ansiedad, estrés y obesidad en una muestra en adolecente de México.
17. Gay PJV, Jiménez TDE, García GJE, et al. (2020). Asociación entre ansiedad, sobrepeso y obesidad en población adulta adscrita a una unidad de medicina familiar. Aten Fam. +

18. Giménez J.C. (2005). Tratamiento para la obesidad. Medicina y prevención. Recuperado 22 marzo de 2021 desde www.medicinayprecencion.com/tratamiento/tratamiento-de-la-obesidad.htm
19. González Di Mura, Casari, González Pancher y Vega (2017). Análisis de Factores Psicológicos en Pacientes Obesos: Estudio Pre y Post Tratamiento. Revista de Psicología. 2017. Vol. 13, N 26.
20. Hernández-Jiménez (2004). Fisiopatología de la obesidad. México. Vol. 140, Suplemento No. 2-
21. Hernandez, Dominguez, Espinal (2019). Prevalencia y tendencia actual del sobrepeso y la obesidad en personas adultas en el mundo. Rev cubana Endocrinol vol.30 no.3. La Habana +
22. Idelfonsi Benira C. (2017). Generalidades de la neurobiología de la ansiedad. Universidad nacional autónoma de México. +
23. Labrador, J. (1986), Manual de Modificación de conducta. Madrid: Alhambra.
24. Mansilla, M. E. (2000). Etapas del desarrollo humano. Rev. De investigación psicológica, Vol. 3 Nº 2.
25. Márquez, M. (2007). Hacia una lectura neuropsicológica de los síntomas y los mecanismos etiopatogénicos del trastorno de ansiedad generalizada. Revista argentina de clínica psicológica XVI, (1).
26. Niño Peña, Aluett. Consecuencias de la obesidad. ACIMED, Ciudad de La Habana , v. 20, n. 4, p. 84-92, oct. 2009.
27. Miguel-Tobal, J. y Cano-Vindel, A. (2002). Emoción y Clínica: Psicopatología de las emociones. En E. G. F.-A. F. Palmero, F. Martínez y M. Chóliz (Ed.), Psicología de la Motivación y la Emoción (pp. 571-581). Madrid: McGraw-Hill.
28. Miguel-Tobal, J. y Casado Morales, M.I., (1994). Ansiedad, estrés y trastornos psicofisiológicos. Universidad Complutense de Madrid.
29. Ministerio de salud de la Nación (2017) https://www.argentina.gob.ar/noticias/ministerio-de-salud-realizo-encuentro-federal-de-alimentacion-saludable. Publicado el viernes 15 de septiembre de 2017 y recuperado el 31 de enero de 2019.
30. Montero, I y León, O.G (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en psicología. International Journal of Clinical and Health Psychology.
31. Montero, I y León, O.G (2002). Métodos de investigación en psicología y educación. Madrid. Mc Graw Hill.
32. Moreno, Manuel. (2012). Definición y clasificación de la obesidad. Revista médica clínica Las Condes, vol. 23.
33. Organización Mundial de la Salud. (2017). Obesidad y sobrepeso. Recuperado 25 de abril de 2018. Disponible en http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight. +

34. Organización Mundial de la Salud. (2016). Comunicado de prensa conjunto OMS y Banco Mundial. Obesidad y sobrepeso. Disponible en http://www.who.int/mediacentre/news/release/2016/depression-anxiety-treatement/es. Acceso 1 de julio de 2021.+
35. Organización Mundial de la Salud. (2017). Obesidad y Sobrepeso. Disponible en http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/ Acceso 1 de julio 2021. +
36. Organización Panamericana de la Salud, https://www.paho.org/es/temas/prevencion-obesidad Publicado e y recuperado el 24 de enero de 2021.
37. Ribes, E (1990) Psicología y salud, un análisis conceptual. México: trillas.
38. Rubio Sánchez, M.A (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. Barcelona.
39. Rodriguez M., Mendivelso F. (2018) Tópicos en investigación clínica, diseños de investigación de corte trasversal. Volumen 21 • No. 3 • Julio/septiembre de 2018. Fundación Universitaria Sanitas.
40. Rojas Ramírez AT, García-Méndez M. (2017) Construcción de una Escala de Alimentación Emocional. Revista Iberoamericana de Diagnostico y Evaluación Psicológica.
41. Santana-cardenas, Soraya. (2016) Relación del estrés laboral con la conducta alimenticia y la obesidad: consideraciones teóricas y empíricas. Revista mexicana de trastornos alimentarios. +
42. Silva C, Fernández N y Rodríguez N (2019) Depresión, ansiedad y autoeficacia para bajar de peso en mujeres en tratamiento nutricional. Psicología y Salud, Vol. 29, Núm. 1
43. Silvestri, E y stabile, E (2005) Aspectos psicológicos de la obesidad,. Universidad favaloro.
44. Sociedad Argentina de Nutrición (2021), universidad de Cuyo https://www.unidiversidad.com.ar/por-ansiedad-y-sedentarismo-6-de-cada-10-personas-subieron-de-peso-durante-el-aislamiento. Recuperado el 4 de marzo de 2022.
45. Tarrillo Ungar, S. A. (2018). Trastornos de la conducta, y su implicancia en el sobrepeso. Medicina Interna de salud y vida, 18.
46. Venero Loaiza, G. E (2007). Tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida en el hospital Guillermo Almenara Yrigoyen. Universidad Nacional Mayor San Marcos, Perú.
47. Vital Ordoñes, S.L. (2019-2020) El hambre emocional y su relación con el sobrepeso y la obesidad. Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México +
48. Obesidad y Sobrepeso. Organización Mundial de la Salud. Notas descriptivas. [Acceso: 12 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight

49. Guía de practica clínica nacional sobre el diagnostico y tratamiento de la obesidad en adultos para todos los niveles de atención.
presidencia de la nación, ministerio de salud.
50. Sociedad Argentina de Cardiología (2022). Consenso de aspectos psicosociales en enfermedad cardiovascular. Vol. 90 supl.8
51. Setton, Débora y Sosa, Patricia (2022). Obesidad: guías para su abordaje clínico. Comité nacional de nutrición.

Instrumentos:

1. C.D. S pielberger , R.L. Gorsuch & R.E. Lushene (2008). STAI. Cuestionario de ansiedad estado rasgo, manual. Madrid: TEA Ediciones.