



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala
Sistema de Universidad Abierta y Educación a Distancia**

**TRABAJO DERIVADO DEL SEMINARIO DE TITULACION EN
PROCESOS EN PSICOLOGIA CLINICA**

**ANSIEDAD Y DEPRESION: PRESENCIA Y RELACIÓN CON LA
OBESIDAD INFANTIL MEXICANA**

“Tesis”

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO(A) EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A (N)

MARIA SUJEY QUIROZ AHUACTZIN

DIRECTOR: LIC. OMAR MORENO ALMAZAN

DICTAMINADORES:

LIC. CÉSAR PÉREZ ROMERO

LIC. BLANCA DELIA ARIAS GARCÍA



Los Reyes Iztacala, Edo. De México, 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A mi madre:

Senorina Ahuactzin Temoltzin que aunque físicamente ya no esta presente conmigo la llevo siempre en mi mente y corazón.

A mi padre:

José Luis Quiroz Tepatzi

Por ser la persona a la cual respeto y admiro y le agradezco todo lo que me ha enseñado en la vida.

A mis hermanos y cuñada (os):

Vicente, Carmen, Luis, Elizabeth, Gabriel, Aidé, Yraclis, Omar, Marina y María Concepción; Luisa y María de los Ángeles.

Los cuales han sido mis compañeros de viaje en esta vida y gracias a todos ellos por compartir sus vidas conmigo.

A todos mis profesores:

Mil gracias porque de alguna manera forman parte de lo que ahora soy. Especialmente a mi profesor Omar el cual ha tenido una gran paciencia conmigo.

A mis sobrinos Lizeth, Luis, Cristian, Julio, Vianey, Lalo, Lili, Marisol, Karol, Gerardo, Verónica por vivir y compartir gratos momentos conmigo y de los cuales diariamente aprendo muchas cosas.

A mis amiguis Aracely, Maribel, Karina e Iveth que siempre he recibido su apoyo incondicional en todo momento, que dios las bendiga.

A mis tutores, ya que juntos iniciamos este proceso, gracias por todos sus conocimientos, su tiempo invertido, su disposición, su retroalimentación, su

objetividad, apoyo y ayuda, Esperanza, Ricardo, Daniel, Verónica, David, César, Liliana, Gustavo, Miriam, realmente su trabajo es extraordinario.

Al creador de este sistema y que con él hace real la posibilidad de realizar nuestros sueños, al Dr. Arturo Silva, con mi admiración, cariño y agradecimiento.

Y finalmente a todos mis familiares los cuales no por ser los últimos son menos importantes.

INDICE

CAPITULO 1 CONCEPTOS DE OBESIDAD

	Pág.
Introducción-----	6
1.1 Conceptos -----	7
1.2 Epidemiología de la obesidad -----	8
1.3 Etiología de la Obesidad Infantil-----	10
1.3.1 Factores genéticos-----	10
1.3.2 Factores ambientales -----	11
1.3.3 Factores relacionados con el gasto energético -----	13
1.4 Consecuencias -----	13
1.5 Clasificación de la Obesidad -----	15
1.6 Como medir a obesidad -----	17
1.6.1 Peso, talla y pliegues cutáneos -----	17
1.6.2 Circunferencias-----	18
1.6.3 Índice de Masa Corporal (IMC) -----	18
1.7 Tratamientos-----	19

CAPITULO 2 FACTORES PSICOLOGICOS RELACIONADOS CON LA OBESIDAD

2.1 Ansiedad -----	23
2.2 Depresión-----	26
2.3 Estudios e investigaciones -----	28

CAPITULO 3 DISEÑO METODOLOGICO.

3. Antecedentes -----	32
3.1 Planteamiento del problema -----	35
3.2 Justificación -----	36
3.3 Objetivos -----	37
3.4 Hipótesis -----	38
3.5 Hipótesis Nula -----	38
3.6 Materiales y Métodos -----	39
3.6.1 Tipo de estudio -----	39
3.6.2 Población y lugar -----	39
3.6.3 Tipo y tamaño de la muestra -----	40
3.6.4 Criterios de selección -----	40
3.6.5 Variables -----	40
3.6.6 Diseño estadístico -----	41
3.6.7 Instrumento -----	41
3.6.8 Recursos Materiales y Humanos -----	42

CAPITULO 4 RESULTADOS

4.1 Resultados antropométricos y de la subescala de depresión-ansiedad CBCL 4/18 de niños con normopeso -----	44
4.2 Resultados antropométricos y de la subescala de depresión-ansiedad CBCL 4/18 de niños con sobrepeso u obesidad -----	46
4.3 Discusión -----	51
4.4 Conclusiones -----	52

Referencias Bibliográficas

Anexos

CAPITULO 1

CONCEPTOS DE OBESIDAD

Introducción

La obesidad infantil es una enfermedad crónica y un problema de salud pública meritorio de prioridad dentro de los programas de salud a corto plazo.

Aunque existen determinantes genéticos, en todos los casos se produce por la combinación de una ingesta de calorías elevada y menor tiempo para la realización de actividad física.

Debe considerarse que el sobrepeso y la obesidad tienden a perpetuarse en el tiempo si no se establece un manejo específico y tienen un riesgo alto de acompañarse de resistencia a la insulina y dislipidemia, que preceden al desarrollo de la Diabetes Mellitus tipo 2 y de las enfermedades vasculares cardíaca y cerebral.

La obesidad en niños y adolescentes ha venido aumentando su incidencia y su prevalencia en la población mexicana. Actualmente nuestro país ocupa el segundo lugar mundial en obesidad general y el primero en obesidad infantil. El 26% de la población es obesa y el 52% tiene sobrepeso. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006), entre 1999 y 2006, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad infantil aumentó un tercio en la edad escolar (77%) en los niños comparados con las niñas (47%) y uno de cada tres adolescentes tuvo sobrepeso u obesidad. Si se mantiene esta tendencia en 10 años 90% de los adultos presentara sobrepeso y obesidad; los resultados señalan la urgencia de aplicar medidas preventivas para controlar la obesidad en los escolares.

1.1 Conceptos

La obesidad es una enfermedad crónica de etiología multifactorial que se desarrolla a partir de la interacción de factores genéticos, sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares. En términos generales se define como el exceso de grasa (tejido adiposo) con relación al peso. La OMS define a la obesidad como un IMC igual o superior a 30 kg/m². Y describe a la obesidad como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

La Norma Mexicana, define lo siguiente: es la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, en adultos existe un índice de masa corporal mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25. Otra definición nos refiere que es una condición en donde se incrementa el tejido adiposo, el cual incrementa el peso corporal, dando como resultado una excesiva acumulación de grasa (Ballabriga y Carrascosa, 2001). Por otro lado y debido al incremento de porcentaje de niños con obesidad, se tiene un concepto de obesidad infantil, siendo el siguiente, es el resultado de un aumento de peso corporal mayor del esperado en relación a la ganancia de estatura, debido a la adquisición progresiva e inadecuada de tejido graso. Y a medida que la obesidad se va generando, aparecen mecanismos que tienden a perpetuarla y por tanto a que se mantenga hasta la vida adulta.

La obesidad infantil ha sido definida considerando la relación entre el peso total y la talla estimada mediante el índice de masa corporal ($IMC = \text{peso en kg} / \text{talla en m}^2$). El sobrepeso infantil se establece a partir del centil 75 en las curvas de IMC y la obesidad infantil a partir del centil 85.3

1.2 Epidemiología de la obesidad

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2000) califica a la obesidad como la epidemia del siglo XIX. La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) en el año 2000 estimó que más de 300 millones de personas en el mundo la padecen. La obesidad está relacionada con factores biológicos, pero en gran medida también con aspectos ambientales concernientes sobre todo con modificaciones en el régimen alimenticio, así mismo, con el acceso a los alimentos y su industrialización, con la tendencia a la disminución de la actividad física; además de factores socioeconómicos, culturales y psicológicos.

La obesidad ha tenido un fuerte impacto sobre la mortalidad, planteándose una reducción de siete años en la esperanza de vida para un individuo obeso de 40 años comparado con otro de peso normal; convirtiéndose en la segunda causa de mortalidad evitable después del hábito tabáquico. Además, representa un factor de riesgo de las enfermedades crónicas más prevalentes en nuestra sociedad, como la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, la patología musculoesquelética, algunos tipos de cáncer y diversos trastornos psicosociales.

La primera característica de la epidemia de obesidad, además de su carácter mundial, es que afecta a todos los grupos de edad, incluida a la población infantil y juvenil. Las consecuencias en dicha población no se han hecho esperar, los factores de riesgo cardiovascular asociados a la obesidad aparecen cada vez más pronto y con mayor frecuencia, un fenómeno que puede observarse en zonas muy distantes del planeta unas con otras y con diferentes niveles de desarrollo socioeconómico. Por ejemplo, en Estados Unidos, entre el 8% y el 45% de los nuevos casos de diabetes en niños y adolescentes son de tipo 2.

México está en los primeros lugares, ya que el 26% de la población es obesa y el 52% tiene sobrepeso. En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006), se señala que en edad escolar entre 1999 y 2006, la prevalencia de sobrepeso aumentó progresivamente entre los 5 y los 11 años de edad, tanto en

niñas como en niños. Para el caso de los adolescentes, uno de cada tres hombres o mujeres de 12 a 17 años tiene sobrepeso u obesidad, esto representa alrededor de 5 757 400 adolescentes en el país. Comparativamente con las prevalencias observadas en 1999, existe un ligero incremento en sobrepeso de 21.6% a 23.3% (7.8%) y un aumento en obesidad de 6.9% a 9.2% (33.3%). En 2006 la población infantil y adolescente que tiene sobrepeso y obesidad fue de 5.3% en menores de 5 años, 26% en escolares y del 30% en adolescentes; constituyendo por si solo factor de riesgo para co-morbilidades que se potencializan en la edad adulta como el caso de enfermedad cardiovascular. En las poblaciones indígenas la prevalencia global de obesidad es menor que en la población no indígena, observando una prevalencia del 13.5% vs 24.5% de la no indígena; mientras que la adiposidad central se estimó en una 31% vs 43% de los no indígenas.

Las prevalencias de sobrepeso y obesidad en el sexo femenino, comparativamente entre 1999 y 2006 (niñas, escolares, adolescentes y mujeres de 20 a 49 años) en las cuales el mayor incremento de obesidad se presenta en las de 20 a 49 años; de 24.9% a 32.4% respectivamente.

Utilizando el criterio de la OMS en el IMC se encontró que la prevalencia global (suma de sobrepeso y obesidad) aumentó de 34.5% en 1988 a 61% en 1999 y a 63% en 2006. Estudios recientes demuestran que la prevalencia de la obesidad ha aumentado de manera progresiva durante los últimos seis decenios y de modo alarmante en los últimos 20 años, hasta alcanzar cifras de 10% a 20% en la infancia, 30% a 40% en la adolescencia y hasta 60% a 70% en los adultos.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2006 se encontró que el incremento más alarmante fue en la prevalencia de obesidad en los niños (77%) comparados con las niñas (47%); los resultados señalan la urgencia de aplicar medidas preventivas para controlar la obesidad en los escolares.

1.3 Etiología de la Obesidad Infantil

La obesidad es un trastorno multifactorial en cuya etiopatogenia están implicados factores genéticos, metabólicos, psicosociales y ambientales, la rapidez con que se está produciendo el incremento de su prevalencia parece estar mas bien en relación con factores ambientales. Es así que para desarrollar la obesidad es necesario el efecto combinado de la predisposición genética a este trastorno y la exposición a condiciones ambientales adversas(Cole y cols., 2006).La influencia genética se va a asociar a condiciones externas como los hábitos dietéticos y estilos de vida sedentarios, relacionado esto con la disponibilidad de alimentos, la estructura sociológica y cultural que intervienen en el mecanismo de regulación del gasto y almacenamiento de la energía que es lo que define la estructura física. La inactividad física permite que los niños dediquen mucho tiempo a la televisión, a los juegos de video y se alejen de la práctica de deportes, las caminatas y los juegos al aire libre, esto condiciona la ganancia excesiva de peso. Varios investigadores señalan la existencia de otros factores ambientales predisponentes a la obesidad como el destete temprano del lactante, insuficiente uso de la lactancia materna, antes del tercer mes de vida, entre otros. También se mencionan la formación de malos hábitos en la alimentación como la ausencia de desayuno, ingestión de grandes cantidades de alimentos en las últimas horas del día, comer muy rápido, ingestión de alimentos con exceso de grasa o azúcares simples (Ebbeling y cols., 2007).Es por ello que en los últimos 20 años el incremento de la prevalencia de la obesidad solo puede ser explicado por los factores ambientales al existir una epidemia de inactividad (Amigo H., 2007).

1.3.1 Factores genéticos

El riesgo de obesidad de un niño es cuatro veces mayor si uno de sus padres es obeso y ocho veces mayor si ambos lo son. Así mismo el patrón de distribución de la grasa corporal sigue también la misma tendencia que el observado en los padres. Por tanto, el riesgo de ser obeso, puede estar atribuido al seguimiento de

hábitos alimentarios similares al de la familia genéticamente predispuesta. Existe por tanto una base genética heredada de una forma poligénica en un 40- 80 % de los casos. Esta base genética puede actuar a través de diferentes mecanismos: preferencia por determinados tipos de comida, gasto energético, patrón de crecimiento, distribución de la grasa, efecto termogénico de los alimentos y grado de actividad física (Bodhurta J. y cols., 1990).

1.3.2 Factores ambientales

Los factores ambientales juegan un papel importante en el aumento de la prevalencia de la obesidad en los últimos 20 años.

a. Nutrición fetal o postnatal precoz

La vida fetal puede constituir un periodo crítico, para el desarrollo de obesidad y enfermedades crónicas, en épocas posteriores de la vida.

b. Lactancia materna

Los lactantes alimentados con lactancia materna tienen menos riesgo de presentar sobrepeso u obesidad en la infancia y en la adolescencia que los alimentados con formulas adaptadas. Por ello es importante que las madres den pecho al bebe durante un mínimo de seis meses, ya que proporciona factores bioactivos que influyen en el crecimiento y desarrollo de tejidos.

c. Ambiente familiar

El ambiente familiar es un determinante fundamental, para la aparición de la obesidad infantil. Los padres y cuidadores son responsables de que los niños adquieran hábitos saludables de alimentación y un estilo de vida sana (Bermúdez, 2004).

La obesidad particularmente explicada como un incremento en el consumo de comidas altamente calóricas. Las preferencias en la comida son tempranamente influenciadas por los hábitos alimentarios familiares; así mismo los niños aprenden a ser activos o inactivos de sus padres, estos hábitos si se establecen en la infancia, tienden a persistir en la edad adulta.

En familias numerosas, monoparentales, con padres separados, cuando los cuidados del niño se confían a otras personas, en casos de depresión materna, cuando se niega el problema o no se realizan adecuados controles sanitarios, el riesgo de obesidad en niños aumenta (Golan, 2001).

d. Alimentación.

La influencia del desayuno en la obesidad infantil ha sido estudiada. Una gran mayoría de niños que tienen problemas de peso no desayunan o bien su desayuno es muy pobre.

El aumento de peso se encuentra en relación con la sensación de hambre que el niño en ayunas tendrá al cabo de poco tiempo cuando este en la escuela, por consecuencia repercutirá también en una menor concentración y atención a la clase, probablemente el niño que no desayuna estará pensando en la comida. Esto provoca en muchos casos que posteriormente el niño consuma una mayor cantidad de alimentos a la hora del recreo o posteriormente a la hora de comer. Ahora los niños se toman su refresco y frituras, con el dinero que les dan sus papas, la mayoría de estos comestibles no son caros, por lo que es fácil que las madres de familia prefieran dar a sus hijos dinero para que compren algo de comer que el prepararles algo nutritivo.

e. Actividad física

La actividad física es el componente discreto de gasto de energía y hay una evidencia de que niveles descendentes de actividad física están contribuyendo a una epidemia de la obesidad. La actividad física en niños está relacionada con la etapa de desarrollo en la que se encuentran, y se reduce con el incremento de edad, también está influenciado por la actividad física que desarrollan los padres. Hay datos que sostienen que niveles bajos de actividad física y conductas sedentarias está asociado con una prevalencia más alta de obesidad en niños (Steinbeck, 2001).

1.3.3 Factores relacionados con el gasto energético.

El balance energético se consigue cuando la ingesta energética es igual al gasto. Si la ingesta excede al gasto, esta se deposita en forma de grasa. Sin embargo, no está claro si la obesidad está originada por una ingesta excesiva o por un gasto reducido. La energía ingerida a través de los alimentos no es aprovechada en su totalidad, un 5% se pierde con las heces, orina y sudor, siendo el resto la energía metabolizable. Esta energía se utiliza por el organismo para el metabolismo basal, que es la cantidad de energía necesaria para mantener los procesos vitales en reposo, después de 12 horas de ayuno y en condiciones de neutralidad térmica, y comprende del 60 al 75% del gasto energético diario total. También se utiliza dicha energía para la actividad física, efecto térmico de los alimentos y termogénesis facultativa o adaptativa (Molnar y cols., 1985).

1.4 Consecuencias

La obesidad en la infancia compromete la salud de los niños, ya que se pueden diagnosticar problemas como los que menciona a continuación Berraondo, Martí y Martínez, 1999:

Alteraciones del crecimiento. En general los niños obesos tienden a ser más altos que sus congéneres no obesos y presentan una maduración ósea acelerada, con un adelantamiento de la menarquía en las niñas obesas. Este aumento de la talla es una característica útil para diferenciar la obesidad exógena de la endógena, ya que la mayoría de las causas endocrinas de obesidad con hipotiroidismo y síndromes genéticos están asociados a una baja estatura y estancamiento de la maduración ósea.

Cardiovasculares. Existe una relación muy estrecha entre la hipertensión arterial y la obesidad, siendo esta uno de los factores más importantes para el desarrollo de la hipertensión arterial. Los adultos de ambos sexos que fueron en la infancia

obesos, presentan un mayor riesgo de arterioesclerosis y enfermedad arterial coronaria.

Ortopédicas. El desarrollo de la obesidad conlleva posibles alteraciones ortopédicas, como la osteocondritis que afecta al 80% de los niños obesos.

Respiratorias. El 30% de los niños obesos presentan asma. La apnea del sueño e infecciones del tracto respiratorio son frecuentes en la obesidad infanto-juvenil.

Digestivas. Entre un 40 a 50 % de los niños obesos severos presentan esteatohepatitis, asociada con fibrosis y cirrosis.

Dermatológicas. Los niños obesos son más susceptibles de presentar alteraciones de la piel que lo niños no obesos. Estos desordenes incluyen principalmente pliegues redundantes, dermatitis, estrías, las cuales según el grado de obesidad y la genética de cada individuo, será de diferentes distribución y de diferente intensidad.

Psicosociales. Las alteraciones psicosociales por la disminución de la aceptación social y el aislamiento tienen un gran impacto en el desarrollo y crecimiento del adolescente, siendo frecuentes los cuadros de depresión en esta edad. Estas alteraciones psicológicas pueden suponer una reducción de la promoción social durante la edad adulta.

Endocrinas y metabólicas. Diversos estudios han permitido detectar cambios bioquímicos asociados a la obesidad infantil. En niños obesos, la secreción de la hormona del crecimiento es disminuida, las niñas presentan menarquía precoz e incremento de las manifestaciones hormonales del síndrome del ovario poliquístico. Así mismo, la obesidad provoca que se presente una resistencia a la insulina, provocando un aumento de producción de insulina para compensar el exceso de glucosa circulante en sangre y dicha producción al ser insuficiente provoca el deterioro de las células beta del páncreas que son las productoras de insulina.

Neurológicas. Entre un 30-80% de los niños obesos presentan dolor de cabeza, vómitos y visión borrosa, como consecuencia de una hipertensión intracraneal, que aumenta la resistencia del retorno venoso desde el cerebro.

Cáncer. En adultos, la obesidad se ha relacionado con cáncer de páncreas, próstata, colón, mama, útero y vesícula biliar. No hay datos suficientes que sugieran que la obesidad infantil contribuye directamente a elevar el riesgo de cáncer en la edad adulta. Sin embargo, la ingesta de grasa asociada al desarrollo de obesidad infantil puede suponer un riesgo a largo plazo para ciertos procesos tumorales.

Las complicaciones que acarrea la obesidad infantil son severas, y estas repercuten seriamente en el desarrollo de los niños que la padecen, tanto en el aspecto físico, social y sobre todo psicológico.

1.5 Clasificación de la Obesidad

Desde el punto de vista clínico, la obesidad se clasifica en:

Hipertrófica: Se origina por el aumento del volumen de los adipocitos, aquí hay un crecimiento de tamaño, este es responsable de la obesidad del adulto.

Hiperplásica: Se presenta un aumento del número de células adiposas, suelen aparecer durante el crecimiento por lo que pueden ser las responsables de obesidad infantil como de los adolescentes.

Mórbida: Se llama así porque suele asociarse con situaciones peligrosas y serias para la vida como la hipertensión, la diabetes mellitus y la arteriosclerosis. Este tipo aumenta entre 6 a 12 veces el riesgo de muerte (Chiprut, 2001).

De acuerdo con la distribución de grasa, la obesidad se clasifica en:

Ginecoide o periférica.- Conocida también como obesidad tipo pera, se presenta principalmente en mujeres, este tipo se caracteriza por acumular la mayor parte de

tejido adiposo a nivel de la cadera, glúteos y muslos. Cuyo tipo de obesidad lleva a generar problemas de tipo venosos, problemas articulares o biliares.

Androide o central.- En forma de manzana como de igual forma se conoce, se origina en el sexo masculino, se identifica por acumular tejido adiposo en cara, región cervical, tronco y notándose más el aumento de grasa a nivel abdominal. Además conlleva al riesgo de presentar enfermedades crónicas degenerativas.

Por su etiología se puede clasificar en:

Endocrino: Obesidad ovárica se observa en el síndrome de Stein-Leventhal que se caracteriza por amenorrea, hirsutismo, aumento excesivo de peso.

Hiperinsulinemia se presenta en personas con diabetes tipo 2 que requieren de insulina, la cual favorece a la síntesis de grasa y su tejido adiposo.

Hiperfunción suprarrenal se presenta un aumento de peso, con una distribución característica en la región faciotroncular del cuerpo debido a la producción de glucocorticoides

De origen hipotalámico: Hipotiroidismo ocasiona el incremento de peso. Se presenta cuando hay un daño en el hipotálamo, lo cual provoca hiperfagia y como consecuencia se genera la obesidad.

De origen genético: El incremento de peso, se debe a alteraciones cromosómicas.

Por medicamentos: Se origina por la ingestión de algunos fármacos entre ellos se tiene glucocorticoides, broncodilatadores, insulinas, antidepresivos, estrógenos e hidrácidas.

Por ultimo se tiene la clasificación dependiente del **IMC**, también conocido como índice de Quelet, cuyo parámetro es el más empleado, este equivale al cociente peso en kg/m², expresando una relación entre peso corporal y altura que no se corresponde exactamente con el contenido de grasa. Dentro de esta clasificación

hay que destacar, que cuando se presenta IMC igual a 27 se considera un sobrepeso básicamente normal, siempre y cuando no se asocie a un factor de riesgo y de distribución de grasa, a partir de IMC 40 se le considera como una obesidad mórbida, principalmente en adultos, se le da este nombre debido a que suele asociarse con situaciones peligrosas y serias para la vida.

1.6 Como medir la obesidad

El ser humano está integrado por un conjunto de órganos y tejidos cuya composición y proporción va variando desde el nacimiento hasta la edad adulta. La progresión normal de estos cambios está influenciada directamente por la alimentación y el medio hormonal; su valoración constituye un indicador excelente del desarrollo de un individuo, siendo de gran interés en el estudio de alteraciones nutricionales y endocrinas (Yeste, Del Río y Carrascosa, 2003).

La antropometría es un método de medida corporal, con el cual se obtiene información acerca de los cambios producidos en la masa total del cuerpo (IMC, pliegues cutáneos y perímetro braquial). El procesamiento de las medidas obtenidas con las respectivas ecuaciones y comparación con tablas de referencia poblacional, dan una idea del estado nutricional del individuo y de forma indirecta nos dan información sobre la composición corporal. Este método es muy rápido y económico, comparado con otras técnicas de análisis de la composición corporal.

1.6.1 Peso, talla y pliegues cutáneos

Son parámetros antropométricos utilizados para valorar el crecimiento y el estado nutricional de todo el conjunto del organismo. Medidas correctas y periódicas del peso y la talla nos permiten vigilar la velocidad del crecimiento y peso del niño y del adolescente comparando con tablas antropométricas en las que se tiene en cuenta el sexo y la edad. (Foz y Formiguera, 1998).

La talla y el peso se deben de valorar en forma conjunta observando si la progresión de ambos es adecuada a la edad y si la ganancia ponderal es adecuada a la talla. Los conceptos de peso adecuado, peso inferior o peso superior al de los correspondientes a la talla son utilizados en la valoración del estado nutricional. Si la talla y el peso corresponden a un crecimiento normal, el estado nutricional es correcto. En situaciones de desnutrición lo primero que se afecta es el ritmo normal de ganancia ponderal, si la malnutrición se vuelve crónica el crecimiento se verá afectado. Cuando el peso es superior al correspondiente a la talla estamos ante una situación de sobrepeso u obesidad.

1.6.2 Circunferencias

La medición de circunferencias en la adolescencia es muy útil para valorar el tipo de distribución de la grasa corporal, las hormonas sexuales determinaran el patrón de distribución que tendrá el sujeto.

- a) Índice de circunferencias de cintura/cadera: Valores superiores a 1 en el hombre y a 0.9 en la mujer definen la obesidad androide, caracterizadas por una excesiva acumulación de grasa en la región abdominal. Valores inferiores definen la obesidad ginecoide, definida por un acumulo de grasa en la región femoral.
- b) Índice de circunferencias de cintura/muslo: Un índice cintura/ muslo inferior a 1.6 en el varón o al 1.4 en la mujer ayuda el diagnostico de obesidad ginecoide (Hawkins et al, 1999).

1.6.3 Índice de Masa Corporal (IMC)

El índice de masa corporal es un método simple y ampliamente usado para estimar la proporción de grasa corporal, fue desarrollado por Quelet, es muy útil para valorar la obesidad ya que el 90% de las variaciones se deben a cambios en la masa grasa. La fórmula consiste en dividir el peso en kg entre la talla en cm al cuadrado. Es un parámetro muy utilizado en la clínica ya que diversos estudios

han mostrado su utilidad para valorar el estado nutricional tanto en situaciones de sobrepeso como desnutrición. En los adultos este índice puede ser constante, sin embargo durante la infancia y la adolescencia cambia con la edad, por ello es necesario tener tablas correspondientes con valores de referencia las cuales también han sido elaboradas y publicadas en diversas poblaciones (Ballabriga, 2001). Es gracias a estas tablas percentiladas de valores normales del IMC, que el empleo de este criterio de medición se facilita.

La obesidad infantil ha sido definida considerando la relación entre el peso total y la talla estimada mediante el índice de masa corporal ($IMC = \text{kgrs}/\text{m}^2$). El sobrepeso infantil se establece a partir del centil 75 en las curvas de IMC y la obesidad infantil a partir del centil 85.3

1.7 Tratamientos

Debido a que la obesidad es una enfermedad crónica y difícil de tratar, no existe un tratamiento único dado que se deben tener en cuenta todos los factores que pudieron desencadenarla. El tratamiento debe de ser multidisciplinario, con la intervención de diferentes especialistas (médico, cardiólogo, endocrinólogo, nutriólogo, dietista, psiquiatra, psicólogo, etc.) Los posibles tratamientos pueden resumirse de la siguiente manera:

a) Dietas hipocalóricas.- Representan el eje central de tratamiento. Las dietas bajas en calorías pretenden conseguir un balance energético negativo, es decir, que entren menos calorías de las que salen. La dieta debe ser equilibrada en cuanto a los nutrientes, y se debe adecuar a los gustos, costumbres y horarios de los pacientes. Hay que procurar que no represente una ruptura con la dieta anterior o, por lo menos, que la transición sea progresiva.

b) Ejercicio físico.- El objetivo que se pretende es doble; por un lado, mantener el tono muscular y, por otro, aumentar el gasto energético. El ejercicio físico cotidiano (subir escaleras, caminar, hacer la compra, etc.) ha demostrado ser el tratamiento más eficaz para disminuir y mantener el peso.

Se ha demostrado que la combinación de un régimen alimentario con actividad física es el mejor tratamiento para el mantenimiento de peso porque la actividad física influye en el equilibrio de energía, tiene efecto sobre la tasa metabólica en reposo y mejora la composición corporal. También puede influir favoreciendo la tolerancia psicológica de las dietas hipoenergéticas, y por tanto mejorar la adherencia al tratamiento.

Los resultados psicológicos del ejercicio físico constituyen el resultado más precoz del programa de actividad física. Encontraremos un aumento en la autoestima a medida que el paciente va observando cómo es capaz de realizar actividades que consideraba inalcanzables, sirve para canalizar la ansiedad que le pueda generar el tratamiento dietético, supera la vergüenza que suelen sentir los obesos a mostrarse en público y mejora su imagen personal. A medida que aumenta su bienestar, los efectos psicológicos representan el principal factor de refuerzo para mantener y ampliar la actividad física.

c) Fármacos.- Actualmente la sibutramina y el orlistat son los únicos medicamentos aprobados por la Administración de Alimentos y Fármacos (por sus siglas en inglés, FDA) para el tratamiento de la obesidad.

La sibutramina es un fármaco que disminuye la ingesta de alimentos al reducir la sensación de hambre e incrementar la saciedad, además de incrementar la termogénesis. Este medicamento ha sido aprobado para su uso en adolescentes de 15 años.

El orlistat fue aprobado para el tratamiento de la obesidad por la FDA en el año 1999, este medicamento ha mostrado ser un potente inhibidor selectivo de la lipasa pancreática, de esta manera reduce hasta un 30% la absorción intestinal de las grasas obtenidas de los alimentos. Este agente actúa directamente en el sitio digestivo, primariamente en el estomago ejerciendo su actividad y dentro del intestino delgado a fin de inhibir las lipasas gástricas y pancreáticas.

Los niños y adolescentes obesos que presentan alteraciones metabólicas secundarias pueden ser manejados con tratamiento farmacológico, pero éste debe ser decidido y vigilado por un médico especializado (Galicia y Simal, 2002).

c) Cirugía bariátrica.- Está indicada cuando el grado de obesidad es mórbido o severo. A través de ésta, se consigue una disminución de peso mediante la reducción del volumen del estómago o con técnicas de derivación gastrointestinal que reducen la absorción de los alimentos. En la actualidad, la cirugía bariátrica es una de las áreas de mayor desarrollo científico y tecnológico, con el advenimiento de la cirugía de mínima invasión es segura, con un bajo riesgo de complicaciones y una mortalidad casi nula, a pesar de tratar pacientes con diversas enfermedades y de muy alto riesgo.

d) Psicoterapia. Uno de los enfoques más utilizados para el tratamiento de la obesidad infantil es la terapia cognitivo conductual. Consiste en reconocer el pensamiento distorsionado y aprender a reemplazarlo con ideas sustitutivas más objetivas, el paciente aprende a modificar sus malos hábitos alimenticios, además, de un mejor concepto de sí mismo: distorsión corporal y baja autoestima, proporcionándole conductas asertivas para atacar el problema.

En la terapia cognitivo-conductual, se puede entrenar al niño para que obtenga destrezas, así como habilidades sociales: saber responder ante las burlas, la marginación, responder a la agresión, encarar enojo justificado e injustificado, además de lograr un mejor manejo de sentimientos, alternativas contra la depresión, alternativas contra la baja autoestima, el estrés y de planeación.

La terapia de conducta en los niños empieza con el aprendizaje de autocontrol. Para que la dieta sea efectiva es necesario que el niño reciba estímulos y refuerzo social, a través de palabras positivas, elogios para que pueda mejorar su autoestima y sentirse seguro de sí mismo. El trabajo inicial se basa especialmente en el combate a la ansiedad y al abatimiento, sentimientos que pueden provocar un aumento de peso.

CAPITULO 2

2. FACTORES PSICOLÓGICOS RELACIONADOS CON LA OBESIDAD

Si bien no se ha demostrado que exista un trastorno específico en la personalidad del obeso, estos sufren, con gran frecuencia, diversos trastornos psicológicos. La obesidad aparece asociada con problemas específicos del peso que pueden afectar adversamente la calidad de vida y obstaculizar el tratamiento, aun si no son tan severos como para causar complicaciones clínicas significativas.

La obesidad no sólo expone a quien la padece a una larga lista de enfermedades, como cardiopatías, hipertensión arterial y diabetes, sino también a psicopatías como depresión, ansiedad, que en estos casos están asociadas a trastornos de la conducta alimentaria o distorsión de la imagen corporal. Las personas con sobrepeso viven hoy en una sociedad “obesofóbica” que estigmatiza al obeso. Esto trae consecuencias en la autoestima y alteración en sus relaciones interpersonales, entre otros.

2.1 Ansiedad

La ansiedad consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. La respuesta de ansiedad se encuentra presente desde el nacimiento, siendo un mecanismo natural con el que nacemos.

La ansiedad no solo aparece por peligros externos y objetivos, sino también por otros de carácter interno y subjetivo, e incluso por miedos inconscientes.

Si la reacción de ansiedad es muy intensa ya sea porque la amenaza realmente sea enorme o porque nuestros mecanismos de respuesta ante los peligros esté desajustado, la reacción física y psicológica lejos de ayudar a hacer frente a la amenaza, se transformará en un peligro agregado.

La alarma interna que supone la ansiedad, no debe alcanzar niveles excesivamente elevados, si así lo hiciera hay que reducirla. La mejor forma de reducir la ansiedad es eliminar el peligro que la ha provocado, pero no siempre es posible, en especial cuando el peligro es interno, subjetivo o inconsciente.

El comer, o más exactamente masticar, al suponer un gasto de energía y al implicar una forma de desgarrar y triturar (actividad un tanto agresiva) se transforma en una forma de reducir la ansiedad, forma rápida y pasajera pero al alcance del paciente.

Si el comer como recurso anti-ansiedad se transforma en algo habitual con el tiempo se engordará, incluso estableciendo en algunas personas un círculo vicioso donde la ansiedad se reduce comiendo, por ende engordando, y este aumento de peso genera un motivo de alarma, de preocupación, por lo que nuevamente aparece la ansiedad y una vez más se come como mecanismo compensador.

Cuando la causa que motiva la ansiedad no se identifica, la persona entra en un estado de ansiedad continua, que de forma muy frecuente alivia comiendo.

Las causas que más frecuente despiertan una ansiedad crónica son el miedo a: ser abandonado, a no controlar los propios impulsos agresivos, a no controlar impulsos sexuales, a perder la estabilidad laboral y económica, a la despersonalización, a perder el control de la propia vida, a no alcanzar metas personales o estándares sociales, a la repetición de acontecimientos traumáticos.

La ansiedad puede adoptar diversas formas pero aquella más relacionada con la obesidad es la ansiedad generalizada, es decir aquella que está presente a niveles no muy elevados, pero es casi permanente. Este tipo de ansiedad al no ser muy elevada, consigue un porcentaje de reducción importante con el acto de comer. Al ser constante su presencia y su reducción con el comer se provocan un aumento de peso.

La ansiedad infantil se puede definir como la respuesta a situaciones de amenaza reales o imaginarias que se expresa a través de síntomas físicos o psíquicos, que tiene una función de defensa ante la experiencia de amenaza (Sacristán, 2000)

Algunos generadores de la ansiedad en la infancia podrían ser los siguientes: Enfermedades e intervenciones quirúrgicas, la muerte de amigos o parientes, las dificultades escolares, ataques o experiencias sexuales, los problemas

intrafamiliares, situaciones de miedo, preocupaciones y situación de peligro imaginario, accidentes, experiencias traumáticas específicas.

Los síntomas que se pueden observar son los siguientes: Taquicardia, arritmias, disnea, hiperventilación, apnea, vómitos, disfagia, dolores intestinales, diarreas, mareos, parestesias, temblores, sensación de vértigo, hiperestesias, convulsiones, cefaleas, desvanecimientos, palidez, enrojecimiento, sudoración fría o caliente (Echeburúa, 1993).

Los tipos de ansiedad podrían clasificarse de la siguiente manera: según su criterio de normalidad puede ser normal o patológica, según su criterio temporal puede ser agudo o crónica, según su criterio de personalidad puede ser ansiedad de estado o de rango, según su criterio categorial puede ser trastorno de ansiedad por separación, fobia específica, ansiedad social, trastorno de ansiedad generalizada, y trastorno obsesivo-compulsivo. Existen aun más categorías de ansiedad, los cuales no están vinculados en la infancia y por lo tanto no son mencionados. (Sacristán, 2000).

Las técnicas terapéuticas más utilizadas son las mismas que las que se usan en el tratamiento de los adultos. Más que en aspectos conceptuales, las diferencias radican en la adaptación del procedimiento a la edad y a las características del niño. Las técnicas más frecuentes son las siguientes:

- Técnicas de exposición
- Relajación
- Técnicas de modelado
- Práctica reforzada
- Escenificaciones emotivas
- Técnicas cognitivas como la terapia racional emotiva
- Tratamientos psicofarmacológicos (Echeburúa, 1993).

2.2 Depresión

La depresión se define como un desorden caracterizado por una alteración en el estado de ánimo, acompañada de cambios en el comportamiento, a nivel escolar, en el hogar o la comunidad. La condición depresiva persiste e interfiere con las capacidades y acciones de la persona.

Desde el punto de vista psicológico actual, la depresión es un término genérico que se aplica a un conjunto de desordenes de la afectividad, cuyo rasgo esencial y común es una alteración del estado de ánimo unida a problemas cognitivos, psicomotores, psicofisiológicos e interpersonales, que ocurre como condiciones únicas o acompañados de otros estados patológicos, es decir, la esfera psíquica, la somática y la conductual son perturbadas en grados diversos (Polaino y Lorente, 1988).

Para Kovacs (1992), la depresión en niños es un trastorno del estado de ánimo en el que se presentan una serie de síntomas, tales como alteraciones de apetito y sueño, incapacidad para tomar decisiones, problemas de aprendizaje, sentimientos de culpa (p.209).

El estado de ánimo depresivo es una parte común y universal de la experiencia humana. Puede ocurrir a cualquier edad y tener muchas causas. Las explicaciones biológicas incluyen factores hereditarios, bioquímicos, hormonales y neurológicos.

Los eventos vitales más significativamente asociados a la depresión infantil son la muerte de familiares cercanos como los padres, hermanos, abuelos, tíos y primos o mascota, la separación o divorcio de los padres, padre ausente, maltrato físico y/o verbal por parte de algún familiar cercano, abuso sexual y familia disfuncional (Berlanga, 1996).

Los niños pueden comunicar o mostrar sentimientos de infelicidad, tristeza, desaliento o irritabilidad, pero la mayoría de los niños se recuperan rápidamente de estos estados de ánimo. Sin embargo, para otros la depresión puede ser

severa y de larga duración, y puede interferir con todos los aspectos de la vida diaria, desde el rendimiento académico hasta las relaciones familiares.

Los síntomas de depresión varían de acuerdo a la personalidad del niño y a la etapa de desarrollo en la que se encuentra.

Los más comunes son: estado de ánimo irritable o depresivo, problemas de conducta/disciplina, pérdida de interés o placer, autoestima baja, aislamiento social, sentimientos de que no vale nada, agitación, sentimientos de desesperación, dificultad al concentrarse, cambio en apetito, llanto frecuente, trastornos en el sueño (falta o exceso), quejas físicas, cansancio, subida o bajada de peso, conducta dirigida a lastimarse a sí mismo, crecimiento y peso no son apropiados, hablar acerca de, o intentar cometer para la edad/desarrollo suicidio (De la Garza, 2005)

La duración del estado de ánimo depresivo es un elemento clave para ayudar a determinar la severidad y el tipo de depresión. La tristeza normal es usualmente corta. Los niños tienen cambios en su estado de ánimo, como los adultos, y cierta cantidad de tristeza es parte natural de la vida. Si la tristeza viene y va en cuestión de días, probablemente no hay de qué preocuparse. Un tipo de tristeza leve que dura un largo período se llama distimia. Cuando la depresión es grave, interfiere significativamente con las actividades de la vida diaria (por ejemplo, en la escuela, la vida social, las relaciones familiares, etc.). Una depresión mayor se diagnostica si el niño presenta un estado de ánimo depresivo o irritable y/o falta de interés o placer en casi todas las actividades por un período de, por lo menos, dos semanas. La depresión grave puede, algunas veces, llevar a intentos suicidas. Los intentos suicidas no son comunes en los niños pequeños, pero son posibles más adelante en la niñez y más comunes en los adolescentes severamente deprimidos.

Dada la existencia de diferentes tipos y causas de depresión en los niños, el tratamiento de la depresión infantil debe ser individualizado, adaptado a cada caso particular y a la fase de desarrollo que se encuentra el niño, tomando en cuenta su

funcionamiento cognitivo, su maduración social y su capacidad de mantener la atención. Se debe involucrar de una manera activa a los padres y realizar intervenciones hacia el entorno del niño (familiar, social y escolar).

El tratamiento se puede llevar a cabo desde diferentes perspectivas:

- Terapia cognitiva
- Terapia familiar
- Tratamiento Farmacológico (medicamentos antidepresivos)
- Tratamiento combinado (Bales, 2001).

2.3 Estudios e investigaciones

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), en México hay 5,000,000 de personas que son tratadas de un problema de salud pública. De los cuales del 8 -10% son menores de 18 años, señalando que el género femenino tiene mayor incidencia sobrepasando los 12 años de edad. Dentro del Hospital del Niño DIF se realizó un estudio retrospectivo donde se encontró que la prevalencia de depresión infantil del periodo Enero - Octubre del 2005 es del 15% de una población total de 768 pacientes que se asisten por primera vez al Departamento de Psicología, de los cuales la mayor incidencia se presenta en el género masculino, de edad entre los 6 a 10 años, a diferencia de las estadísticas citadas anteriormente; predominando el Episodio Depresivo Leve ,por lo que se puede mencionar que no es tan representativa en el Hospital en comparación con las estadística realizadas a nivel nacional ya que presentan una incidencia baja, sin embargo es importante diagnosticarla y llevar el tratamiento adecuado para evitar consecuencias irreversibles.

Csabi, Tenye y Molar (2000) realizaron un estudio con el objetivo de comparar un grupo de 30 niños obesos en tratamiento ambulatorio con un grupo de 30 niños no obeso que no referían presencia de síntomas depresivos. Utilizaron como instrumento de recolección de datos una Escala de Clasificación para la Depresión Infantil. Los resultados demostraron una mayor proporción de síntomas depresivos en niños obesos comparados con los de peso normal.

Morgan, Yanovski, Nguyen, McDuffie (2002) valoraron 112 niños con sobrepeso en edades comprendidas entre los 6 y 10 años. Observaron que el 33.1% tenían una pérdida de control sobre la alimentación, estos eran los que tenían el IMC mas elevado, más altos niveles de ansiedad, más síntomas depresivos y mas insatisfacción corporal.

Wardle y Cooke (2005) estudian la más reciente evidencia empírica acerca de la relación entre obesidad infantil, insatisfacción corporal, autoestima y depresión, y concluyen que los pacientes que buscan tratamiento al ser comparados con controles obesos o de peso normal de la población general presentan un peor estado de depresión.

Al respecto, un grupo del Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos ha evaluado la asociación entre obesidad, ansiedad y depresión en un grupo de 200 mil personas aproximadamente. Además de incluir a un gran número de sujetos, es estudio considera las posibles enfermedades asociadas a la obesidad (por ejemplo diabetes o dolor articular), así como factores relacionados con el estilo de vida (hábito de fumar, consumo de alcohol, actividad física) y factores psicosociales (por ejemplo el apoyo de la familia). Los resultados del estudio demuestran que existe una relación entre ansiedad, depresión y obesidad independientemente de los factores acompañantes, ya sean enfermedades, hábitos de estilo de vida o factores psicosociales. Esta asociación no es igual entre hombres y mujeres. En los varones, es la obesidad grave (aquella con un índice de masa corporal superior a 40 kg/m) la que se asocia a ansiedad y depresión. Sin embargo, en las mujeres este aumento se observa ya a

partir del diagnóstico de sobrepeso (esto es, a partir de un índice de masa corporal superior a 25 kg/m).

Este estudio nos permite establecer una relación de causalidad entre obesidad y trastornos emocionales; sin embargo, plantea una relación bidireccional, en donde la ansiedad y la depresión pueden distorsionar la conducta alimentaria y facilitar un patrón de sedentarismo. Ambas conductas favorecen que se gane peso.

Así mismo, en diversos estudios con muestras clínicas, se ha observado un incremento de la ansiedad y depresión en pacientes con obesidad comparado con iguales con normo-peso.

Los síntomas de ansiedad en jóvenes con obesidad están relacionados con una disminución de la actividad física y un aumento de la ingesta como respuesta al estrés.

CAPITULO 3
DISEÑO METODOLOGICO

3. Antecedentes

En la actualidad, la obesidad representa un problema de salud pública de primera magnitud, que ubica a México en los primeros lugares a nivel mundial. La primera característica de la epidemia de obesidad, además de su carácter mundial, es que afecta a todos los grupos de edad, incluida a la población infantil y juvenil. Según la Organización Mundial de Salud (OMS), en 2005 había aproximadamente 400 millones de adultos obesos y se estima para el año 2015 serán aproximadamente 2 300 millones de personas con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad. Durante los últimos 20 años en los países en desarrollo, entre los que se encuentra México, las cifras de obesidad se han triplicado en la medida que se ha modificado el estilo de vida, aumentó el consumo de comida económica de alto contenido calórico y con la globalización, la población se ha hecho cada vez más sedentaria. En México la magnitud del problema ha ido en aumento y actualmente nuestro país ocupa el segundo lugar mundial en obesidad general y el primero en obesidad infantil. El 26% de la población es obesa y el 52% tiene sobrepeso. Según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2006), entre 1999 y 2006, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad infantil aumentó un tercio en la edad escolar y uno de cada tres adolescentes tuvo sobrepeso u obesidad. Si se mantiene esta tendencia en 10 años 90% de los adultos presentara sobrepeso y obesidad.

Tres factores básicos están implicados en el origen de la obesidad: genético, ambiental y el sedentarismo, y otros cuantitativamente menos importantes como los producidos por medicamentos o por distintas enfermedades.

Diferentes estudios se han llevado a cabo para valorar los hábitos alimentarios y el estado nutricional de la población infantil y juvenil en el mundo y particularmente en México. En estos estudios se observan de manera común los siguientes aspectos asociados con una mayor prevalencia de obesidad: peso al nacer, ausencia de lactancia materna, horas de sueño, ingesta de grasa, consumo alto de harinas, refrescos y embutidos, numerosas horas al día viendo la televisión,

consumo bajo de frutas y verduras, actividad sedentaria (> 3 horas tv/día) y ausencia de práctica deportiva.

La obesidad es factor de riesgo para muchas de las enfermedades que figuran entre las principales causas de morbilidad en los países desarrollados y en vías de desarrollo: la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, los accidentes vasculares cerebrales, el cáncer, los problemas articulares, enfermedades respiratorias y digestivas, hepáticas y pancreáticas, insuficiencia venosa crónica, trombosis, enfermedades renales, gota, respuesta inmune deficiente, trastornos del sueño, infertilidad, depresión y trastornos emocionales y conductuales. Entre los problemas más graves relacionados con la obesidad están el síndrome metabólico y la diabetes que se encuentran entre los principales problemas de salud pública en el país. El síndrome metabólico y la diabetes, que actualmente se considera una enfermedad autoinflamatoria, tienen una relación muy estrecha con la obesidad. Sus mecanismos fisiopatológicos comienzan a erosionar el organismo desde la infancia, ya que la obesidad infantil se asocia con resistencia a la insulina, junto con anomalías lipídicas, lesiones vasculares y alteración de la presión arterial en el adulto joven.

Otro factor que resulta importante resaltar es la repercusión que la obesidad tiene sobre el desarrollo psicológico y la adaptación social del niño. En general, las personas afectadas de obesidad no están bien consideradas en la sociedad. En los medios de comunicación los niños y adultos obesos suelen desempeñar un personaje cómico, tropezón y glotón. Un niño de 7 años ya ha aprendido las normas de atracción cultural y de aquí que elija a sus compañeros de juego basándose en sus características físicas, hasta el punto de que muchas veces prefieren elegir a un niño con una discapacidad antes que a un niño obeso (Calzada, 2002).

Este rechazo tiene su origen en factores culturales que identifican la delgadez como perfección mientras que la obesidad se valora como imperfecta, indicativa de debilidad, abandono y falta de voluntad. Esta estigmatización es causa de intimidación en la escuela y favorece la aparición de trastornos psicopatológicos relacionados con escasa autoestima, depresión, distorsión de la imagen corporal y trastornos del comportamiento alimentario.

Se ha comprobado que los niños obesos tienen una pobre imagen de sí mismos y expresan sensaciones de inferioridad y rechazo. Por lo tanto, suelen presentar dificultades para hacer amigos. La discriminación por parte de los adultos o de los compañeros desencadena en ellos actitudes antisociales, que les conducen al aislamiento, depresión e inactividad, y frecuentemente producen aumento en la ingestión de alimentos, lo que a su vez agrava o al menos perpetúa la obesidad. En palabras de Judith Rodin (1992) “La obesidad protege a las personas de un mundo que parece amenazante por la baja autoestima y expectativa de fracaso; protege de los riesgos de afrontar una vida laboral, social y afectiva, pero a un alto costo emocional” (p.81).

Aunque, hasta el momento resulta imposible determinar si la obesidad provoca alteraciones específicas en la personalidad o son éstas las que desencadenan la obesidad.

En la prevención y el tratamiento de la obesidad, la identificación y tratamiento de las características psicológicas es tan fundamental, como los demás factores etiopatogénicos, ya sea que éstas se encuentren en la génesis de la obesidad, sean consecuencia de ésta o simplemente estén presentes simultáneamente, haciendo más difícil el abordaje de la misma.

3.1 Planteamiento del problema

Por lo tanto, existe la necesidad de identificar

¿Cuál es el nivel de ansiedad y/o depresión en niños con obesidad u sobrepeso de 8 a 12 años en comparación de niños con IMC normal?

3.2 Justificación

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial que se puede prevenir. Es un proceso que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético (Fernández, 2005). En su origen se involucra factores genéticos y ambientales, que determinan un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal para el valor esperado según el sexo, talla, y edad (Azcona y cols., 2005).

Estudios recientes demuestran que la incidencia y prevalencia de la obesidad han aumentado de manera progresiva durante los últimos seis decenios y de modo alarmante en los últimos 20 años, hasta alcanzar cifras de 10 a 20% en la infancia, 30 a 40% en la adolescencia y hasta 60 a 70% en los adultos (Calzada, 2002).

La obesidad en la infancia, sobre todo en la segunda década de la vida, constituye un potente predictor de la obesidad en el adulto: la obesidad tiene importantes consecuencias sociales, económicas y sanitarias, y por ello, la obesidad en la infancia se concibe hoy en día como un importante problema de salud tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.

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 (depresión, ansiedad, autoconcepto, personalidad, psicopatologías, etc.).

3.3 Objetivos

Objetivo General:

1.- Identificar la frecuencia de ansiedad y/o depresión en niños de 8 a 12 años con obesidad y sobrepeso

Objetivos Específicos:

- 1.- Identificar de acuerdo al sexo la presencia de obesidad y sobrepeso así como el nivel de depresión-ansiedad.
2. Identificar de acuerdo al IMC, el nivel de depresión-ansiedad.
3. Identificar la frecuencia de obesidad o sobrepeso de acuerdo a la edad del niño(a) y presencia de ansiedad o depresión.
4. Identificar la correlación de ansiedad-depresión con el IMC.

3.4 Hipótesis

A mayor nivel de ansiedad-depresión, mayor riesgo de presentar obesidad o sobrepeso

3.5 Hipótesis Nula

A mayor nivel de ansiedad-depresión, no hay mayor riesgo de presentar obesidad o sobrepeso

3.6 Materiales y métodos

3.6.1 Tipo de estudio

Observacional, correlacional y transversal (Alarcón, R. 1991).

- De acuerdo a la inferencia del investigador en el fenómeno que analiza : observacional
- Según el número de mediciones en el tiempo de las variables: transversal.
- Según el control de las variables o el análisis de los resultados se estudian dos grupos: correlacional.

3.6.2 Población y lugar

Formaron la muestra 30 niños con edad comprendida entre los 8 y 12 años del Centro de Salud Comunitario de San Luis Teolocho.

De ellos, 15 niños con diagnóstico nutricional de sobrepeso u obesidad y 15 niños con normopeso.

Procedimiento:

1. Se acudió al centro de Salud de la comunidad de San Luis Teolocho, Tlaxcala. Con previo permiso de las autoridades de dicho centro, se les explicó de qué se trataba el estudio a los padres de los niños que asistieron ese día a la feria de la salud.
- 2.- Se les solicitó a los papas de los niños que leyeran y firmaran una hoja de permiso y compromiso para la participación en el estudio, en la cual se incluyó: el uso de los datos obtenidos y la confidencialidad de los mismos.
3. Se les explicó de qué constaba el instrumento y lo que medía.
4. Se les explicó la forma de resolución del cuestionario y la importancia de la veracidad de sus respuestas.

5. Se les pido a los niños su cooperación para tomar las medidas de peso y altura con los instrumento correspondientes

6. Se les dio un margen de 10 a 15 minutos para que contestaran el inventario.

7. Se les agradeció por su participación en el estudio y se comento que quien estuviera interesado en sus resultados se le proporcionarían en el momento oportuno.

3.6.3 Tipo y tamaño de la muestra:

Se tomará una muestra no probabilística o por conveniencia de niños entre 8 y 12 años, para lo cual la selección se realizara de manera aleatoria en la feria de la salud del Centro de Salud de San Luis Teolocholco.

3.6.4 Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Usuarios de ambos sexos.
- De 8 a 12 años de edad.
- Con obesidad y normopeso.
- Que quieran participar en la aplicación de los instrumentos de evaluación.

Criterios de Exclusión:

- Niños que por algún impedimento se les dificultara la comprensión a las respuestas a cuestionarios o a la lectura de éstos.
- Niños con alguna causa orgánica que desencadene la obesidad.

3.6.5 Variables

Variable independiente: Sobrepeso ($18.4 \geq 21.7$), Obesidad ($\geq 21.6, \geq 27.8$) y normopeso (15.8. y 18.7).

Variable dependiente: niveles de ansiedad, niveles de depresión.

Los niveles de depresión-ansiedad, se consideraron a partir de los puntajes obtenidos de la subescala III del CBCL 4/18 de Achenback.

3.6.6 Diseño estadístico

La información se procesó en el paquete estadístico SPSS versión 9.0 para Windows (Statistical Package for the Social Sciences for Windows), para su análisis, se aplicó estadística descriptiva, medidas de tendencia central, frecuencia porcentajes y desviación estándar.

3.6.7 Instrumento

Para esta investigación se hizo uso del inventario CBCL 4/18 muy completo desarrollado por Achenback cuya última adaptación se realizó en 1991. Este inventario proporciona información sobre diversos aspectos de la personalidad de menores entre 4 y 18 años, tales como conducta psicopatológica, depresión, conductas obsesivas – compulsivas, conducta somática compulsiva, retraimiento, hiperactividad, agresión y conductas delictivas. Cuenta con una estandarización amplia en cuanto a su aplicación en distintos grupos socioeconómicos y raciales y con niveles de confiabilidad en niños normales de .89 y un acuerdo de intercorrelación superior a .66. La puntuación se obtiene mediante la suma de puntuaciones 0-1-2 otorgadas a cada ítem. Estas puntuaciones se convierten, asimismo, en puntuaciones T en función del sexo y la edad en el caso del CBCL (6-11 y 12-18). Los perfiles resultantes se delimitan del rango normal del límite y patológico.

3.6.8 Recursos Materiales y Humanos

- Beurer BG-17 Báscula Diagnóstica de Cristal
- 2 Cintas métricas
- La subescala de depresión-ansiedad CBCL 4/18
- Hojas de papel
- Plumas o lápices
- Calculadora
- Computadora
- Impresora

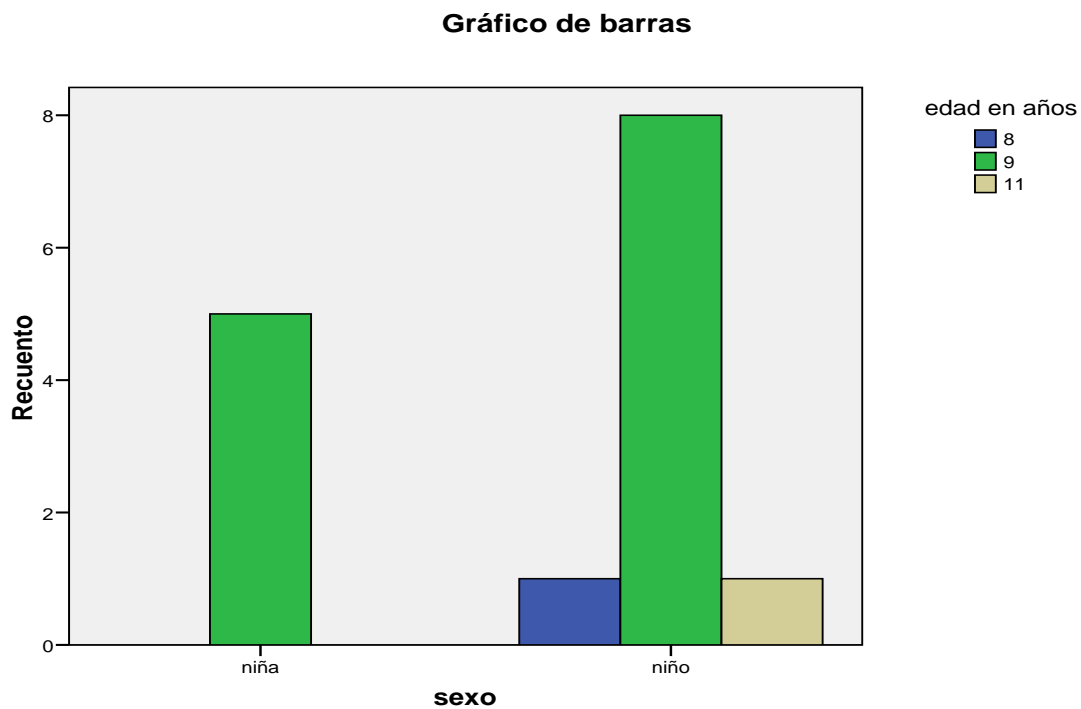
Humanos:

- 1 psicólogo
- 1 asesor

CAPITULO 4 RESULTADOS

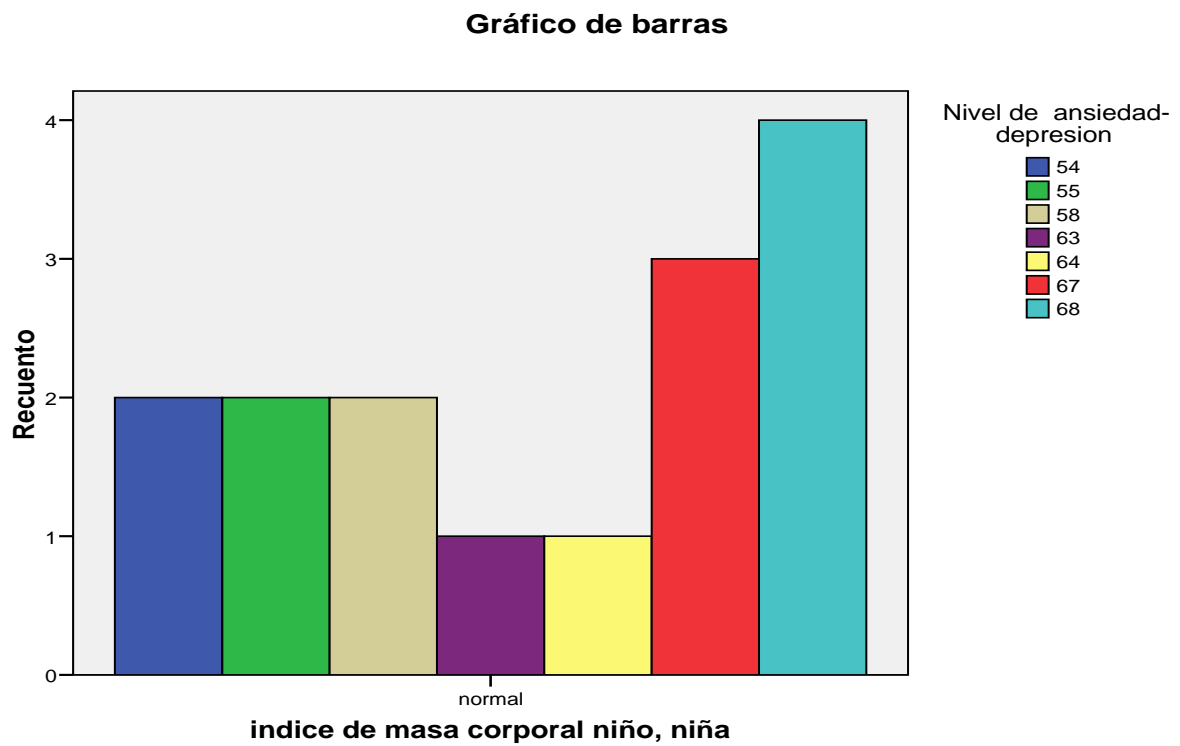
4.1 Resultados antropométricos y de la subescala de depresión-ansiedad CBCL 4/18 de niños con normopeso.

La distribución fue de la siguiente manera el subgrupo control de niños con normopeso estuvo comprendido por 15 niños de los cuales 5 eran niñas (33.3%) y 10 niños (66.7%), la edad media de los niños era de 9.07 (DE=.655) y una mediana de 9. Edad mínima 8 y máxima 11. La edad más frecuente fue de 9 años ya que esta edad la tienen 13 de los niños que conformaron el grupo.



Gráfica No. 1 Distribución del grupo normopeso

De la relación normopeso, ansiedad y depresión de los niños, se encontró un nivel mínimo de 54 y máximo de 68.

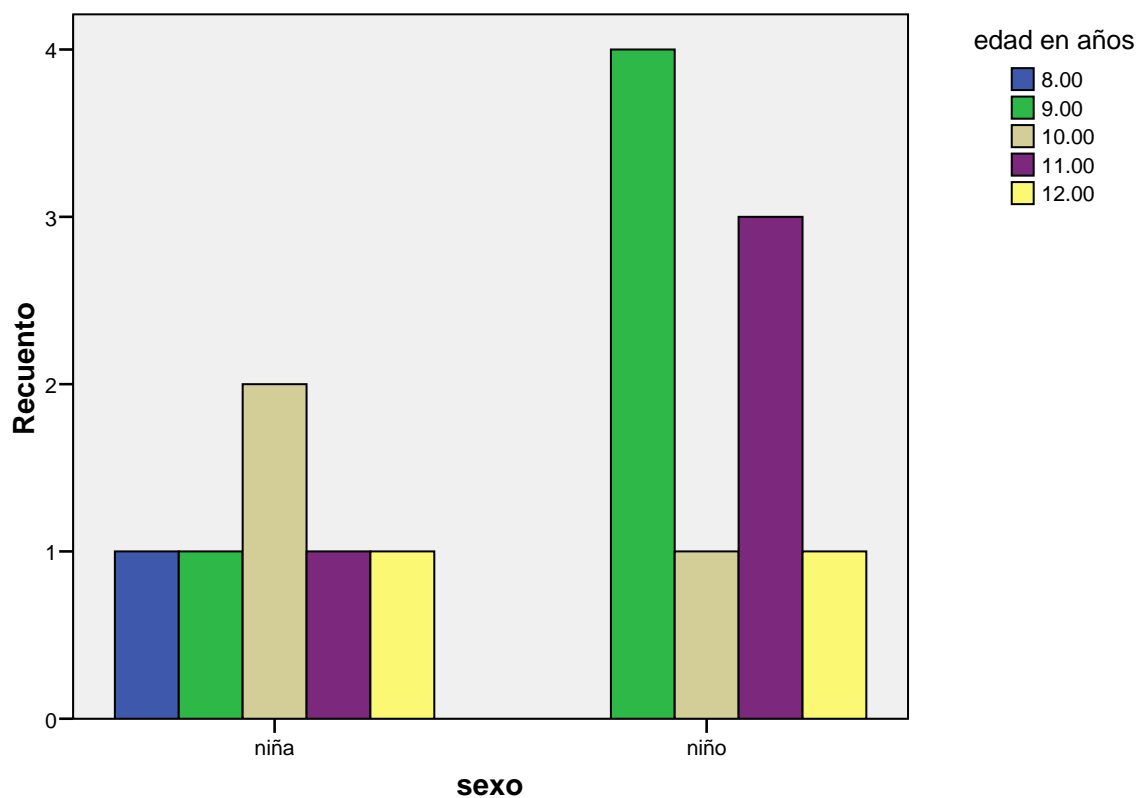


Gráfica No. 2 Relación entre grado de obesidad, depresión y ansiedad

4.2 Resultados antropométricos y de la subescala de depresión-ansiedad CBCL 4/18 de niños con sobrepeso u obesidad.

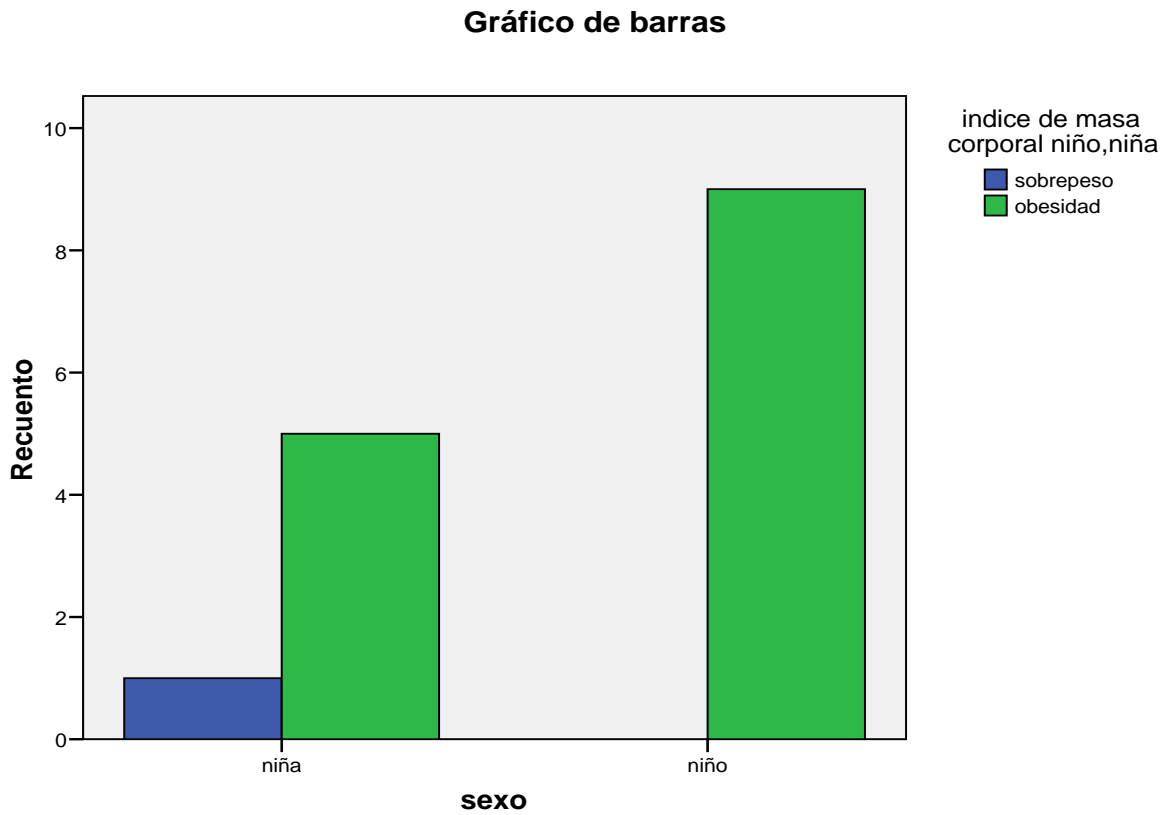
Por otra parte el grupo de estudio de niños con obesidad y sobrepeso estuvo comprendido por 15 niños de los cuales, 6 eran niñas (40%) y 9 (60%) eran niños, la edad media de los niños era de 10.07 años (DE=1.22) y una mediana de 10.00. La edad mínima fue de 8 años y la máxima de 12.

Gráfico de barras



Gráfica No. 1 Distribución del grupo con obesidad o sobrepeso

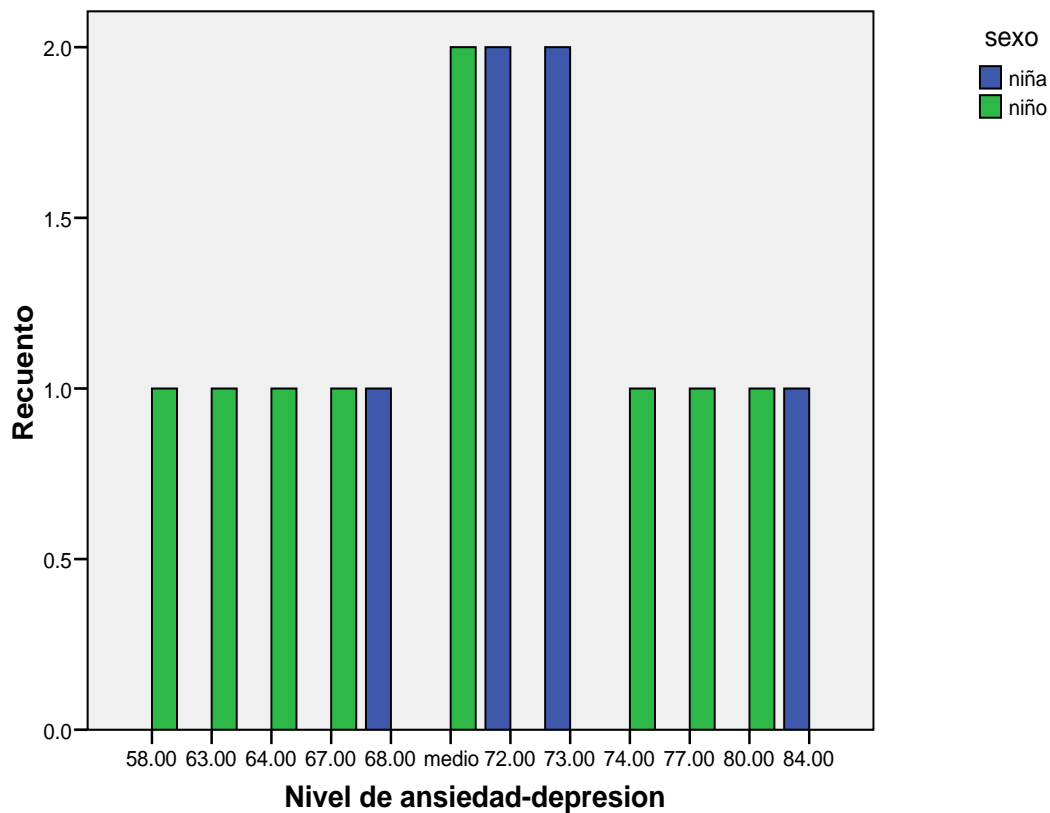
Los hallazgos en relación sexo y obesidad o sobrepeso 14 niños (93.3%) tiene obesidad de los cuales 5 son niñas, y 9 niños, y solo se encontró una niña con sobrepeso (6.7 %).



Gráfica No. 2 Relación sexo y obesidad o sobrepeso

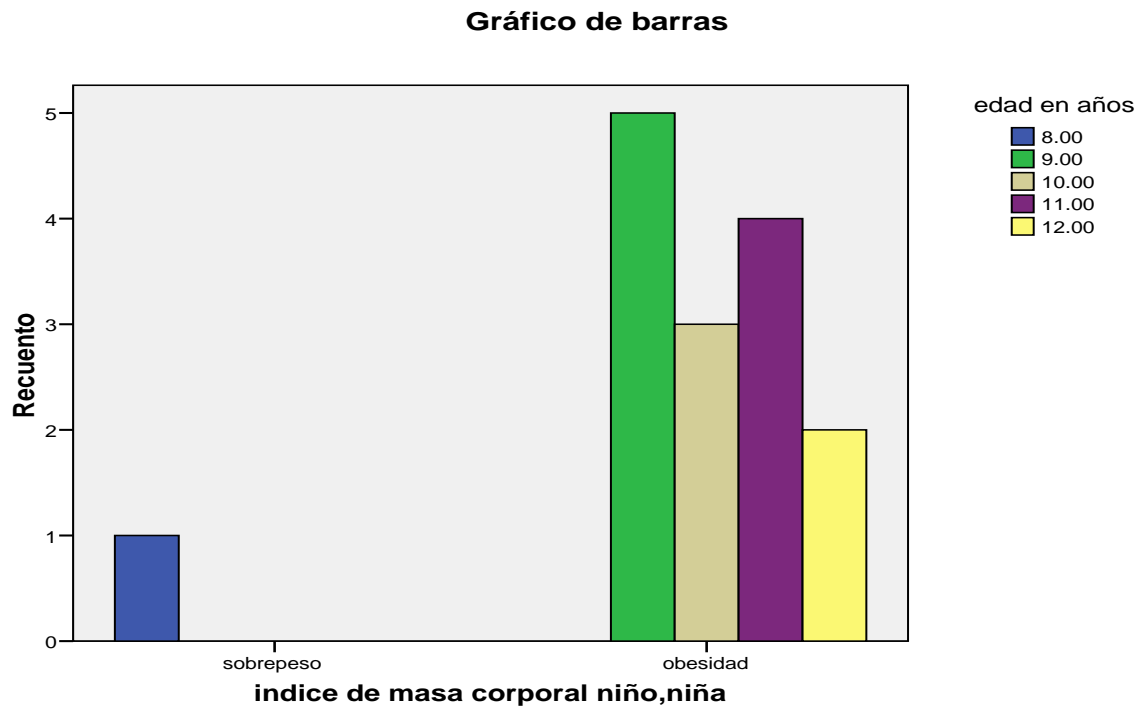
De la relación obesidad-sobrepeso, depresión y ansiedad de los niños, 8 tienen obesidad y sobrepeso (de los cuales 5 son niñas y 3 niños) y presentan ansiedad y depresión. De los niños que no presentaron ansiedad ni depresión con obesidad fueron 7 (de los cuales 6 son niños y solo una niña).

Gráfico de barras



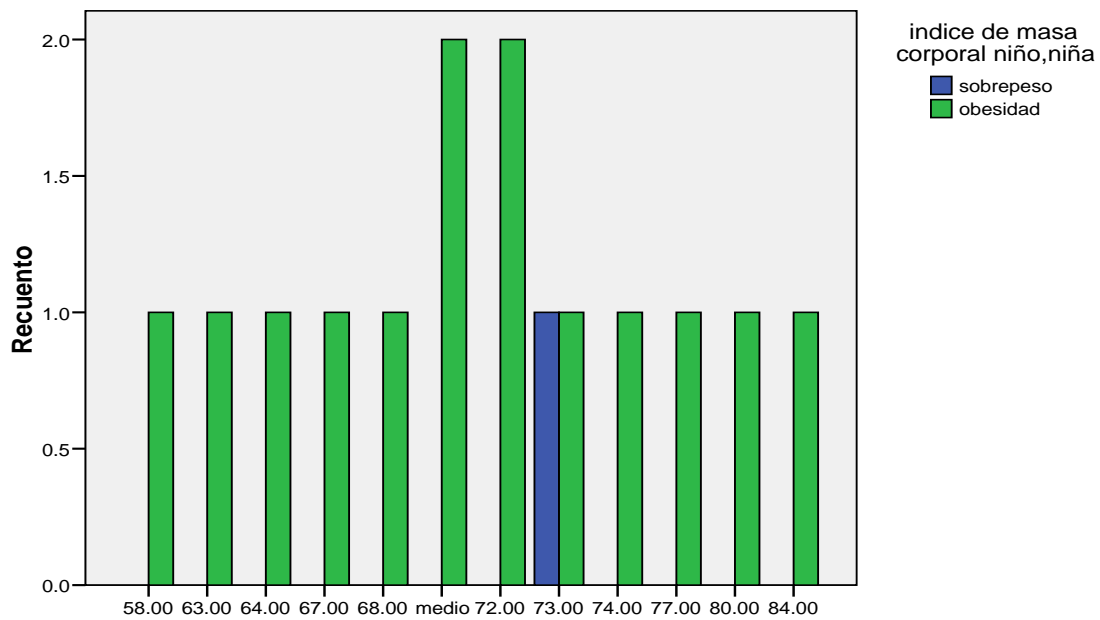
Gráfica No. 5 Relación ansiedad y depresión según el sexo

De la relación obesidad o sobrepeso y edad, 1 con sobrepeso con edad de 8 años. Se encontró que 14 niños presentaron obesidad y pertenecen al grupo de edad entre 9 y 12 años.



Gráfica No. 6 Relación obesidad o sobrepeso y edad

En la gráfica 7 se puede observar que 8 de los niños con obesidad y sobrepeso presentan ansiedad-depresión. Y los 7 restantes no presentan estas variables psicológicas.



Gráfica No. 7 Relación entre obesidad-sobrepeso y depresión-ansiedad

5.3 Discusión

La obesidad infantil y juvenil se ha convertido en un problema de salud pública, esta asociada con el sedentarismo y los malos hábitos alimentarios, estos factores guardan estrecha relación con la rapidez con que se está incrementando la prevalencia de la obesidad entre los infantes, dicha prevalencia suele mantenerse hasta la edad adulta, disminuyendo con este la cantidad y calidad de vida.

Los análisis realizados con base en los objetivos que se plantearon en el presente trabajo que eran: evaluar los niveles de ansiedad y depresión e índice de masa corporal presente en niños con obesidad sobrepeso y obesidad. Se evaluaron la relación de las variables antes mencionadas, donde se encontró en 8 de los niños que presentan sobrepeso y obesidad, niveles por arriba de lo normal en ansiedad-depresión y 7 de ellos se encuentran dentro de lo normal del perfil. Aunque la prevalencia mayor de ansiedad y depresión en niños con sobrepeso y obesidad fue en las niñas.

Por otra parte los niños con IMC normal, la mayoría se encontró dentro de lo normal del perfil.

Factores psicológicos relacionados con la obesidad, como la depresión y la ansiedad se encontró que dentro de cierta población con sobrepeso u obesidad estos factores pueden ser determinantes para predecir la presencia de este problema de salud pública. Pero para el resto de la población de estudio factores como la ansiedad y depresión no es un factor determinante que puede predecir la presencia de sobrepeso u obesidad.

En algún momento de la vida las personas pueden experimentar ansiedad o depresión, esto es algo que se puede presentar ante cualquier evento de la vida. Sin embargo la manera de expresar este tipo de trastornos psicológicos, difiere de cierto modo, en la manera que se presenta en los niños que en los adultos. Ya que en la medida en que las personas van adquiriendo una mayor conciencia de sus actos, muchas veces saben controlar el problema, y algunas otras no, pero en los

niños es difícil realizar un diagnóstico preciso acerca de estos padecimientos. Por ello es necesario tener conocimiento acerca de los trastornos que puedan presentar los niños para así poder controlarlos en la medida posible, para que así logren presentar un mejor desarrollo en su infancia.

La obesidad es una enfermedad crónica difícil de ser tratada en donde su etiología es multifactorial, es decir son muchas las causas que la generan. En la prevención y el tratamiento de la obesidad, la identificación y tratamiento de las características psicológicas es tan fundamental, como los demás factores etiopatogénicos, ya sea que éstas se encuentren en la génesis de la obesidad, sean consecuencia de ésta o simplemente estén presentes simultáneamente, haciendo más difícil el abordaje de la misma

5.4 Conclusiones

De los 30 niños escolares estudiados el sexo que predominó fue el masculino, la prevalencia de obesidad y sobrepeso fue más en los niños que en las niñas.

En cuanto a la presencia de los rasgos psicológicos de ansiedad y depresión en algunos niños con sobrepeso u obesidad se pudo observar que algunos la padecen. Lo que no se presenta en niños que se encuentran dentro de su peso normal.

Con esto no se puede afirmar que los niños con sobrepeso u obesidad, necesariamente deben presentar repercusiones de tipo psicológico. Aunque algunos autores refieren que las mayores consecuencias de la obesidad infantil son las psicológicas, a pesar de que todavía no está clara la relación entre obesidad y algún síndrome psicológico o conductual de características propias sin embargo parece ser más común encontrar alteraciones de la personalidad y problemas psiquiátricos en personas obesas que en las de peso normal.

Al hablar de este problema, de salud pública en nuestro país; lo importante de ello son las consecuencias a corto plazo como alteraciones de sueño, asma, pobre imagen de si mismo, y a largo plazo enfermedades crónicas asociadas, como la

hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, aterosclerosis, problemas psicosociales derivados de la falta de aceptación social y baja autoestima, observando lo anterior a edades más tempranas en la infancia (Silvestre y Stavile, 2005).

El número de niños con sobrepeso y obesidad va en aumento a una velocidad preocupante, por lo que para entender las causas de estas elevadas tasas de prevalencia se han realizado estudios con el objetivo de identificar factores de conducta que influyen en la aparición de la obesidad infantil. De estos estudios se concluye que los niños no realizan suficiente actividad física y por el contrario cada vez dedican más tiempo a actividades sedentarias, como mirar la televisión o jugar a los videojuegos. Respecto a la alimentación, recientes estudios demuestran que aunque en las escuelas cada vez se tenga más conciencia sobre la necesidad de fomentar el consumo de una dieta sana y equilibrada aún son muchos los niños que no siguen una dieta acorde con sus necesidades fisiológicas. Además, debido a los cambios demográficos, culturales y sociales, muchas familias cada vez dedican menos esfuerzo y menos tiempo a fomentar una cultura de alimentación sana a sus hijos, con lo cual estos no reciben ninguna educación al respecto y como consecuencia su dieta se basa en alimentos ricos en grasas.

Por lo anterior el sobrepeso y la obesidad infantil requieren de una atención integral que abarque todos los aspectos involucrados en su génesis; como es el aspecto nutricional, familiar, social, y por lo consiguiente psicológico, pues muchos trastornos del apetito encubren disfunciones familiares o problemas de autoestima y sociabilidad, lo que puede influir en la ingesta y la actividad física.

Finalmente la importancia de nuestra función como psicólogos en este padecimiento tan complejo, es la evaluación e intervención con el fin de indagar porque las personas tienen dificultad para el control de su alimentación, como ayudarlos en el manejo emocional y entender sus dificultades asociadas a este problema de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Alarcón, R. (1991). *Métodos y Diseños de Investigación del Comportamiento*. Lima: U.P.C.H., Fondo Editorial.

Amigo H. (2007) *Obesidad en el niño en América Latina: situación, criterios de diagnóstico y desafíos*. Cuadernos de Salud Pública. pp. 19:1-13.

Azcona, S.C., Romero, M.A. Bastero, M.P., y Santamaría M.E. (2005) *Obesidad infantil*. Rev. Esp. Obes .pp. 3(1):26-39.

Ballabriga y Carrascosa (2001). *Valoración del estado nutricional y Obesidad en la infancia y adolescencia* (2da. Edición). Barcelona: Ergon.

Bales, C. (2001). *Tratamientos para los casos de depresión infantil*. Manual de Merck de información Médica para el hogar. En World Waide Web.

Berlanga E. (1996). *Algunas consideraciones sobre la clasificación de los trastornos depresivos en la décima versión de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10)*. Rev. Salud Mental Vol. 19.

Bermúdez, J.A., Tejada M.J. Y Granero, M. (2004). *Obesidad*. Manual de Endocrinología Pediátrica para Atención Primaria: Graficas Letra.

Berraondo B., Martí A. y Martínez, J. (1999). *Obesidad Infantil*. Pediatría. pp. 19, 303,311.

Bodhurta J.N, Moateller, M., Hewitt J.K, y Nance W. (1990) *Genetic Analysis of anthropometric measures in 11 years old twins*. Pediatr Res. pp. 28:1-4

Calzada L. (2002) *Obesidad en niños y adolescentes*. México: Arquine

Csabi, G, Tenyi T., Molar, D. (2000). *Depressive among obese children*. Journal of Eating and Weight Disorders. pp. 43-45.

Chiprut, R. (2001) *La Obesidad en el siglo XXI*. Avances en la etiopatogeni tratamiento. Gaceta Médica de México. pp. (4):323-334

De la Garza, F. (2005). *Depresión, Angustia, Bipolaridad*. Guía para médicos y de primer contacto. México: Trillas.

Ebbeling C. Pawlak D, y Ludwig D. (2007) *Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure*; pp.360:473

Echeburúa, Enrique (1993), "*Trastornos de ansiedad en la infancia*". Ed. Pirámide.

Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2006). *Prevalencia de la obesidad*. México: Dominique

Fernández Segura M. (2005) *Manejo práctico del niño obeso y con sobrepeso en pediatría de atención primaria*. Rev. Foro Pediátrico; pp.1: 61- 69.

Foz M. y Formiguera X. (1998). *Obesidad*. Madrid: Hacourt Brace.

Galicia, M.; Simal, A. (2002). "*Tratamiento farmacológico de la obesidad*". Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. pp. 26:117-127.

Golan M. (2001). *Influencia en el ambiente familiar en el desarrollo y tratamiento de la obesidad en el niño*. Anales Nestlé, pp. 59, 83-94.

Hawkins M. y Hawkins F. (1999). *Obesidad en la edad pediátrica*. Pediatría, pp.19 (9), 321-329.

Kovacs, M. (1992). *Depressin in Children and adolescents*. American Psychologist, pp.44: 209-215.

Molnar, P., Vargas P.I, y Hamar, A. (1985) Food induced thermogenesis in obese children. Eur J. Pediatr. pp. 144:27-31

Morgan, Yanovski, N., McDuffie (2002). *Loos of control over eating, adiposity, and psychopathology in overweight children*. International Journal of Eating Disorders, p.p. 430-441.

Polaino-Lorente, A. (1988). *Las depresiones infantiles*. Madrid; Ediciones Morata.

Rodin J. (1992). *Body Traps*. First Quill Edition, p. 81.

Sacristán (2000). *La Ansiedad*. México: McGraw Hill.

Silvestre, E. y Stavile, A. (2005). *Aspectos psicológicos de la obesidad: Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario*. Tesis inédita. Córdoba (Argentina): Universidad Autónoma de Favoloro.

Steinbeck, K. (2001). *The importance of physical activity in the prevention of overweight and obesity in childhood: a review and an opinion*. Obesity Review, p.p. 117-130.

Wardle, J., Cooke. L. (2005). *The impact of obesity on psychological wellbeing*. *Best Pract. Res. Clin. Endocrinol Metab.*, pp. 19(3):421-440.

Yeste D., Del Río L. y Carrascosa A. (2003). *Valores de referencia de masa ósea, evaluada por desintometría, en niños y adolescentes*. Revista Española de Pediatría, pp. 59, 113-118.

ANEXO 1

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

Consentimiento informado

Mediante la firma de este documento, doy mi consentimiento para participar de manera voluntaria en la presente investigación, que tiene relación con mi estado de Salud, considero que los resultados de este estudio serán de beneficio para mejorar la atención que se les brinde a los niños.

Mi participación consiste en responder algunas preguntas y/o permitir que realicen en mi hijo cuidados o procedimientos que no pongan en riesgos la integridad física y emocional. Así mismo se me dijo que los datos son confidenciales, sin haber la posibilidad de identificación individual y también que puedo dejar de participar en esta investigación en el momento que lo desee.

Firma del entrevistado

Tlaxcala, Tlax. a del 2012

ANEXO 2

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO DEL ESTADO NUTRICIONAL

I. DATOS PERSONALES:

DATOS PERSONALES

NOMBRE

EDAD (AÑOS)

GÉNERO

II. ESTUDIO ANTROPOMÉTRICO

INDICADORES RESULTADO INDICE RESULTADO REFERENCIA INTERPRETACIÓN

Peso (Kg)

Talla (cm)

IMC

ANEXO 3

TU NOMBRE

TU SEXO

Hombre

Mujer

EDAD

FECHA DE HOY

TU FECHA DE NACIMIENTO

Mes Día Año

Mes Día Año

CUESTIONARIO DE CONDUCTA INFANTIL Y JUVENIL DE 4 A 18 AÑOS

A continuación hay una lista de reactivos que describen a los jóvenes. Por cada uno que te describa ahora o en los pasados 6 meses, encierra en un círculo el 2 si es muy cierto o frecuente en ti. Encierra el 1 si es aproximado o casual de ti. Si el reactivo no se te aplica, encierra el 0.

Subescala (n= 14) ansiedad/depresión	
Reactivo:	
0 1 2	Me siento en soledad
0 1 2	Lloro mucho
0 1 2	Me da miedo pensar o hacer algo malo
0 1 2	Siento que debo ser perfecto
0 1 2	Siento que nadie me quiere
0 1 2	Siento que otros quieren aprovecharse de mi
0 1 2	Pienso que no valgo nada , me siento inferior
0 1 2	Soy nervioso , o estoy muy tenso
0 1 2	Soy muy temeroso o ansioso
0 1 2	Me siento demasiado culpable

0 1 2	Soy muy cohibido y me avergüenzo con mucha facilidad
0 1 2	Soy desconfiado
0 1 2	Estoy infeliz, triste o deprimido
0 1 2	Me preocupo mucho.