

IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología  
XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología  
del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos  
Aires, 2012.

# Depresión en la obesidad mórbida.

Basin, Nicolás y Prieto, Mariana.

Cita:

Basin, Nicolás y Prieto, Mariana (2012). *Depresión en la obesidad mórbida. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XIX Jornadas de Investigación VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-072/274>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/emcu/38c>

*Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.*

# DEPRESIÓN EN LA OBESIDAD MÓRBIDA

Basin, Nicolás - Prieto, Mariana

Universidad de Buenos Aires

---

## Resumen

Se presentan análisis realizados en una muestra de 424 pacientes con obesidad mórbida, candidatas a cirugía bariátrica (78.9% mujeres, 21.1% varones; Edad=42.83, DE=9.67, Mín=18, Máx=67) en relación a variables sociodemográficas y niveles de depresión. Los datos fueron recolectados mediante una encuesta sociodemográfica y nutricional, y el Inventario de Depresión de Beck -en su segunda versión- (Beck, Steer & Brown, 2005; Brenlla & Rodríguez, 2005). Los resultados indicaron una relación entre la obesidad y la depresión, en concordancia con estudios anteriores. Con respecto al total de la muestra, el 59.2% presentó depresión. De acuerdo a sus distintos niveles, 21.9% reportó nivel leve, 19.6% depresión moderada y el 17.7% restante, depresión grave. Se encontró una diferencia significativa ( $p < 0.01$ ) con respecto a la variable sexo, hallándose las mujeres más deprimidas que los varones. Por último, no se observaron diferencias significativas con respecto a la variable edad. Como conclusión se afirma que existe una relación entre la depresión y la obesidad mórbida. Se considera relevante que futuros trabajos aborden el desarrollo de los pacientes en los postquirúrgicos, debido a la escasa existencia de datos que avalen la utilización de la depresión grave como criterio de exclusión para la cirugía bariátrica.

## Palabras Clave

Obesidad mórbida depresión bariátrica

## Abstract

### DEPRESSION IN MORBID OBESITY

The analyzes were performed on a sample of 424 patients with morbid obesity, bariatric surgery candidates (78.9% female, 21.1% male; Mage=42.83, SD=9.67, Min=18, Max=67) in relation to sociodemographic variables and levels depression. Data were collected through a demographic and nutritional survey, and the Beck Depression Inventory, in its second version-(Beck, Steer & Brown, 2005; Brenlla & Rodriguez, 2005). The results indicated a relationship between obesity and depression, consistent with previous studies. With respect to the total sample, 59.2% had depression. According to their different levels, 21.9% reported mild range, 19.6% moderate depression and 17.7%, severe depression. We found a significant difference ( $p < 0.01$ ) with respect to the variable sex, being more depressed women than men. Finally, there were no significant differences with respect to the variable age. In conclusion it is stated that there is a relationship between depression and morbid obesity. It is relevant that future studies address the development of post-surgical patients, because of the dearth of data supporting the use of major depression as an exclusion criterion for bariatric surgery.

## Key Words

Obesity morbid depression bariatric

## Introducción

De acuerdo a los análisis epidemiológicos de la Organización Mundial de la Salud, tanto la depresión como la obesidad están en vía de constituirse en las principales epidemias modernas. Un informe global sobre la depresión (OMS, 2012) indicó que afecta a 121 millones de personas en el mundo. Esta patología es responsable de unas 850 mil muertes cada año. De acuerdo a este informe hoy en día la depresión constituye la segunda causa de incapacidad en sujetos de entre 15 y 44 años para ambos sexos, y se proyecta que lo será en todas las edades. En 2030 se prevé que se convierta en la enfermedad más común en los seres humanos, superando al cáncer y a las patologías cardiovasculares. En nuestro país no contamos con análisis epidemiológicos sobre la misma; algunas investigaciones representativas son las siguientes: Casullo (1986) evidenció que un 5% de la población presentaba trastornos afectivos, con predominio depresivo; Galli (1997) encontró una prevalencia del 12% en la población general. Este porcentaje es equivalente al que arrojan las estadísticas internacionales que hablan de entre un 10 y un 15% de la población. La depresión es una enfermedad multicausal, donde actúan factores genéticos, bioquímicos y psicosociales.

Se define a la depresión en base a la conceptualización del DSM-IV, como Trastorno Depresivo Mayor (TDM). Para realizar este diagnóstico se deben cumplir los siguientes criterios: presencia de al menos un episodio depresivo mayor -cuya característica principal es un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades-, durante un período de al menos dos semanas; a su vez el paciente debe presentar al menos cuatro síntomas adicionales, entre los cuales se destacan -la pérdida o aumento de peso, los cambios psicómotos, el insomnio o la hipersomnia, la falta de energía, entre otros-. A su vez los otros dos criterios del TDM excluyen otro tipo de diagnósticos tales como el Trastorno bipolar, o el Trastorno esquizoafectivo.

Con respecto a la obesidad, de acuerdo a la OMS (2012), más de 500 millones de personas en el mundo la padecen, abarcando a todas las edades, sexos y condiciones sociales. Según datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (2009), en Argentina un 18% del total de la población mayor de 18 años presenta obesidad -en el caso de las mujeres un 17.1% y en los hombres un 19.1%-. Se la define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Dicha acumulación se produce por un desequilibrio energético entre las calorías consumidas y las gastadas. Los factores actuales que llevan a este desequilibrio son una mayor ingesta de alimentos hipercalóricos y un modo de vida cada vez más sedentario. Uno de los índices más frecuentemente utilizado para clasificar la obesidad en adultos es el Índice de Quételet o Índice de Masa Corporal (IMC) -peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )-. La OMS (1995) define a la obesidad como un IMC mayor o igual a  $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ . Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles, como por ejemplo las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, etc. La

obesidad mórbida, definida por un IMC mayor o igual a 40 kg/m<sup>2</sup>, está relacionada con una mayor mortalidad, riesgo de enfermedades asociadas y disminución de la calidad de vida. En Argentina un 0.8% del total de la población mayor de 18 años presenta obesidad mórbida, de estos un 65.9% son mujeres y un 34.1% hombres (Elgart et al., 2010).

El interés de esta investigación se centró en evaluar la relación entre la obesidad mórbida y la depresión. Diversos estudios hallaron una relación entre depresión y obesidad (Goldberg, 2002; Kalarchian et al., 2007; Lokken, Boeka, Yellumhanthi, Wesley & Clements, 2010; Ríos Martínez et al., 2008; Sullivan et al., 1993; Vázquez et al., 2008; Wadden et al., 2007). Se observó que los desordenes relacionados con la ansiedad, los trastornos obsesivos y la depresión, son hasta un 25% más comunes entre las personas obesas que entre las personas delgadas (Group Health Cooperative de Seattle, 2006). Del mismo modo, se encontraron altos niveles de depresión entre pacientes obesos con diversas comorbilidades (Schleifer et al., 1989). A su vez el seguimiento de dietas hipocalóricas en obesos demostró aumentar la comorbilidad con patologías psiquiátricas, tales como la depresión (Saldaña, 2000). Por otra parte hay estudios que no hallaron relación entre estas variables (Papakostas et al., 2005; Papelbaum, Moreira, Gaya, Preissler & Coutinho, 2010; Wardle, Williamson, Johnson & Edwards, 2006).

En referencia a los aspectos psicosociales, en múltiples estudios realizados se observaron diferencias significativas con respecto a la variable sexo. Las mujeres con obesidad parecen estar mucho más deprimidas que los hombres obesos (Carpenter, Hasin, Allison & Faith, 2000; Dong, 2004; Onyike, Crum, Lee, Lyketsos & Eaton, 2003; Roberts, Kaplan, Shema & Strawbridge, 2000). Una investigación (Dong, 2004) halló una correlación de diversas variables sociodemográficas con la depresión, tales como edad, estado civil, raza, nivel educativo. Sin embargo no hay mucha bibliografía que avale dicha relación.

## Objetivos

- 1) Examinar la asociación entre depresión y obesidad mórbida.
- 2) Identificar posibles diferencias en los niveles de depresión, en relación a variables sociodemográficas, en pacientes con obesidad mórbida.

## Participantes

Se trabajó con una muestra no probabilística compuesta por 424 individuos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Conurbano Bonaerense (78.9% mujeres, 21.1% varones; Edad=42.83, DE=9.67, Mín=18, Máx=67). El 59.3% de los participantes eran casados, 13.7% divorciados, 24.2% solteros y 2.8% viudos.

La investigación fue realizada con pacientes con obesidad mórbida, quienes tenían intención de someterse a una cirugía bariátrica. Dicha cirugía consiste en una serie de técnicas quirúrgicas encaminadas a buscar la pérdida de peso. Este tratamiento quirúrgico es aceptado en el mundo como la mejor opción actual para el tratamiento de la obesidad mórbida.

## Instrumentos

-Encuesta sociodemográfica y nutricional.

-Inventario de Depresión de Beck -segunda versión- (Beck, Steer & Brown, 2005; Brenlla & Rodríguez, 2005). Compuesto por 21 ítems. Utiliza como puntos de cortes recomendados los siguientes valores: 14-19 rango leve; 20-28 rango moderado; 29-63 rango severo

## Procedimiento

Los datos fueron recolectados a lo largo de tres años en un centro de cirugía bariátrica de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Con respecto a la medición del BDI-II se efectuaron administraciones individuales, durante la admisión, como requisito del prequirúrgico. Por otra parte el cálculo del IMC lo realizó el departamento de nutrición. La participación de los sujetos fue voluntaria.

## Resultados

Con respecto al objetivo 1, los pacientes que aplicaban a la cirugía presentaban un alto porcentaje de depresión, el cual es superior al que figura en la bibliografía científica. Al agruparse los que presentaban depresión leve, moderada y severa, el porcentaje llegó al 59.2% de la muestra, mientras que el 40.8% restante no presentaba depresión. De acuerdo a nuestros resultados, un 21.9% presentaba depresión leve (N=93), 19.6% depresión moderada (N=83) y 17.7% depresión grave (N=75).

Por otra parte, en referencia al objetivo 2, mediante pruebas t de Student se observaron diferencias significativas ( $p < 0.01$ ) con respecto a la variable sexo, encontrándose las mujeres más deprimidas que los varones ( $M_{mujeres}=18.77$ ;  $M_{varones}=13.18$ ;  $t=4.736$ ; 163.6 g.l.; sig=.001). Mediante una prueba Chi-cuadrado se examinó en qué grupos se hallaban las diferencias. Se encontró una asociación significativa entre sexo y los agrupamientos realizados según nivel de depresión. Los residuos tipificados para los hombres en depresión moderada resultaron menores a los esperados ( $=-2.0$ ), observándose lo mismo en depresión severa ( $=-2.1$ ) y lo contrario en aquellos que no tenían depresión ( $=2.5$ ). Por último, no se encontraron diferencias significativas con respecto a la variable edad recategorizando la edad en grupos de 18-25; 25-40; 40-67.

## Discusión

En esta investigación se examinó la relación entre la depresión y la obesidad mórbida. En coincidencia con estudios citados anteriormente se encontró que los niveles de depresión son superiores a los que se encuentran en la población general. Sin embargo no se esperaban encontrar unos niveles tan altos de depresión, factor que puede atribuirse a que la muestra estuvo constituida exclusivamente por pacientes con obesidad mórbida -que es su forma más grave-. Esta patología de por sí genera en los sujetos múltiples problemas médicos, y a su vez el deterioro psicosocial está incrementado, razones más que suficientes para que los criterios que utiliza el BDI-II den cuenta de un nivel mayor de depresión.

Por otra parte no podemos establecer una relación de causalidad entre una y otra variable, debido a que es un estudio transversal, pero es evidente que están relacionadas. En algunos casos probablemente la depresión llevo a agravar una obesidad quizás ya instalada, si recordamos que uno de los criterios para diagnosticar el TDM es la disminución o el aumento significativo del peso. En otros casos los factores asociados a la obesidad llevaron a desencadenar un TDM.

Es un hecho ampliamente estudiado que las personas obesas luego de realizar distintos tratamientos para la reducción del peso, al cabo de unos 5 años, un 90% recupera el peso inicial. Esto implica que la cirugía bariátrica sea vista como un último recurso por parte de las personas con obesidad que quieran recuperar su salud, con el consiguiente desgaste que han producido los fracasos en los tratamientos previos. Lo cierto es que un gran porcentaje de los pacientes que llegan a los consultorios para realizarse esta intervención cursan un TDM. Esto puede convertirse en un problema para el psicólogo clínico, debido a que uno de los criterios de exclusión para realizar la operación es el de presentar trastornos mentales graves. Lo cual implica que de nuestra muestra un 17.7% de los pacientes no estaría en condiciones de operarse debido a presentar una depresión grave. En un estudio realizado en 2007 por Walfish, Vance & Fabricatore se encontró que un 15% de los sujetos eran excluidos de la cirugía por motivos psicológicos, principalmente debido a la depresión o la falta de entendimiento sobre los riesgos y/o requerimientos de la misma. Esto es considerablemente relevante, teniendo en cuenta que hay investigaciones que sugieren que los sujetos que llegan a buscar tratamientos médicos para la obesidad (farmacológico o cirugía) son más propensos a haber tenido un historial de depresión y ansiedad, que los sujetos que estén buscando un tratamiento psicosocial (Higgs et al., 1997).

Se considera que en ausencia de predictores sobre el desarrollo del postquirúrgico en estos pacientes, la decisión del clínico de exclusión debe realizarse de una forma muy cuidadosa. Incluso en los casos que se decida no operar, debería existir la posibilidad de realizar algún tratamiento a corto plazo que mejore los síntomas de la depresión y prepare a su vez al sujeto para la cirugía.

Con respecto a los aspectos sociodemográficos, los hallazgos realizados sobre la variable sexo fueron los relevados por la literatura científica. Las mujeres con obesidad mórbida presentaron un nivel de depresión mayor que los hombres. Esto se puede pensar desde ambas variables: por un lado la depresión tiene una prevalencia más alta entre las mujeres que en los hombres; a su vez la obesidad mórbida también presenta la misma relación. Es importante remarcar que la mayoría de los sujetos que acudían a consulta eran de sexo femenino. De esto se desprende que por un lado puede existir una mayor prevalencia de estas patologías en mujeres, pero a su vez razones psicosociales, tales como el estigma social, llevan a que sean las mismas quienes estén más interesadas en este tipo de intervenciones. Por último, con respecto a la variable edad no existe bibliografía que avale esta relación. De acuerdo a los análisis epidemiológicos tanto la depresión como la obesidad se están manifestando en todas las edades, razón por la cual no habría un rango de edad significativamente distinto del resto.

Para finalizar cabe mencionar que una de las limitaciones del trabajo a considerar es que no se han abordado las distintas variables sociodemográficas, enfocándose únicamente en el sexo y la edad. Por otro lado se considera que hubiese sido importante realizar un seguimiento de los pacientes en el postoperatorio. Futuras investigaciones deberían indagar en este último aspecto, ya que hay escasa bibliografía que dé cuenta sobre el progreso de estos pacientes luego de la cirugía, relacionándolo con los trastornos mentales que contraindican la misma, tales como la depresión. También sería de gran utilidad poder contar con tratamientos prequirúrgicos que tengan una función profiláctica y a su vez actúen sobre estos trastornos.

## Bibliografía

- A.P.A. (2007). DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Texto Revisado. Barcelona: Masson.
- Argentina, Ministerio de Salud (2011). Segunda Encuesta Nacional de Factores de Riesgo para Enfermedades No Trasmisibles (en línea). Disponible en: [www.msal.gov.ar](http://www.msal.gov.ar), Directorio: /fesp/cid/documentos/documentos\_institucionales/seg\_encuesta\_nac\_factores\_riesgo\_2011.pdf., Archivo: factores\_riesgo\_2011.pdf. (06/07/2012)
- Baile J. I. & González M. J. (2011). Comorbilidad psicopatológica en obesidad. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34 (2), 253-261.
- Beck A. T., Steer R. A. & Brown G. K. (2005). BDI-II. Inventario de Depresión de Beck. Buenos Aires: Paidós.
- Brenlla M. E. & Rodríguez C. M. (2005). Adaptación argentina del BDI-II. En A.T. Beck, R. A. Steer & G. K. Brown (Eds.), BDI-II. Inventario de Depresión de Beck (pp. 11-38). Buenos Aires: Paidós.
- Casullo M. M. (1986). Prevalencia de patologías mentales en la Argentina: 1979-1983. *Medicina y sociedad*, 3 (9), 58-65.
- Carpenter K. M., Hasin D. S., Allison D. B. & Faith M. S. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: Results from a general population study. *American Journal of Public Health*, 90 (2), 251-257.
- Dong C. (2004). Relationship of obesity to depression: A family-based study. *International Journal of Obesity*, 28, 790-795.
- Elgart J., Pfirter G., Gonzalez L., Caporale J., Cormillot A., Chiappe M.L & Gagliardino J. (2010). Obesidad en Argentina: epidemiología, morbimortalidad, e impacto económico. *Revista Argentina Salud Publica*, 1 (5), 6-12.
- Galli E. (1997). La depresión: hacia una nueva conceptualización dimensional. *ALCMEON*, 22, 2 (5), 148-155.
- Goldberg A. (2002). Secuelas de obesidad en la salud (en línea). Disponible en: [www.obesity.net](http://www.obesity.net), Directorio: /spanish2002/secuela3.shtml. (06/07/2012)
- Group Health Cooperative de Seattle (2006). Archives of General Psychiatry. Group Health study reveals significant link between obesity and depression. EEUU: Simon
- G. E., Von Korff M., Saunders K., Crane P. K., Van Belle G. & Kessler R. C. Higgs M. L., Wade T., Cescato M., Atchison M., Slavotinek A. & Higgins B. (1997). Differences between treatment seekers in an obese population: Medical intervention vs dietary restriction. *Journal of Behavioral Medicine*, 20, 391- 405.
- Kalarchian M. A., Marcus M. D., Levine M. D., Courcoulas A. P., Pilkonis P. A., Ringham R. M., Soulakova J. N., Weissfeld L. A. & Rofey D. L. (2007). Psychiatric Disorders Among Bariatric Surgery Candidates: Relationship to Obesity and Functional Health Status. *The American Journal of Psychiatry*, 164 (2), 328-334.
- Lokken K. L., Boeka A. G., Yellumhanthi K., Wesley M. & Clements R. H. (2010). Cognitive performance of morbidly obese patients seeking bariatric surgery. *American Surgeon*, 76, 55-59.
- Marcus M. D., Kalarchian M. A. & Courcoulas A. P. (2009). Psychiatric Evaluation and Follow-Up of Bariatric Surgery Patients. *The American Journal of Psychiatry*, 166 (3), 285-291.

Onyike C. U., Crum R. M., Lee H. B., Lyketsos C. G. & Eaton W. W. (2003). Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *American Journal of Epidemiology*, 158, 1139-1147

Organización Mundial de la Salud (1995). Physical status: The use and interpretation of anthropometry (en línea), Disponible en: [http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO\\_TRS\\_854.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/WHO_TRS_854.pdf), Archivo: WHO\_TRS\_854.pdf. (06/07/2012)

Organización Mundial de la Salud (2012). Estadísticas sanitarias mundiales (en línea). Disponible en: [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/2012/es/index.html](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2012/es/index.html), Archivo: EstadísticasSanitariasMundiales2012.pdf. (06/07/2012)

Papakostas G. L., Petersen T., Losifescu D. V., Burns A. M., Nierenberg A. A., Alpert J. E., Rosenbaum J. F. & Fava M. (2005). Obesity among outpatients with major depressive disorder. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 8, 59-63.

Papelbaum M., Moreira R. O., Gaya C. W., Preissler C. & Coutinho W. F. (2010). Impact of body mass index on the psychopathological profile of obese women. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 32, 42-46.

Roberts R. E., Kaplan G. A., Shema S. J. & Strawbridge W. J. (2000). Are the obese at greater risk for depression?. *American Journal of Epidemiology*, 152, 163-170.

Ríos Martínez B. P., Rodríguez G. A. R., Álvarez C. R., Castillo González F. A., Wiella G. R., Pantoja Millán J. P., Macías-Valadez B. Y., Arrieta Maturino E. M. & Ruiz Ochoa K. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta médica grupo ángeles*, 6 (4), 147-153.

Ríos Martínez B. P., Sánchez Rentería M., Guerrero Hernández M., Pérez Carbajal D., Gutiérrez Pérez S., Rico Rodríguez M., Balsa Fadanelli M. P., Villalpando Uribe J., De la Cerda C., Silva Soltero S., Aquino Tapia B., Romero Manzo V., Jiménez Padilla L., Terán Villalpando L. & Villalobos Grijalva E. (2010). El rol del psicólogo en la cirugía bariátrica. *Cirujano General*, 32, 114-120.

Saldaña C. (2000). Consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas. *Nutrición y obesidad*, 3 (2), 81-88.

Schleifer S. J., Macari-Hinson M. M., Coyle D. A., Slater W. R., Kahn M., Gorlin R. & Zucker H. D. (1989). The nature and course of depression following myocardial infarction. *Archives of Internal Medicine*, 149, 1785-1789.

Sullivan M., Karlsson J., Sjostrom L., Backman L., Bengtsson C., Bouchard C., Dahlgren S., Jonsson E., Larsson B., Lindstedt S., Naslund I., Olbe L. & Wedel H. (1993). Swedish obese subjects (SOS): an intervention study of obesity: baseline evaluation of health and psychosocial functioning in the first 1743 subjects examined. *International Journal of Obesity*, 17, 503-512.

Vázquez C., Alcaraz F., Balsa J.A., Zamarrón I., Arrieta F. & Botella-Carretero J. I. (2008). Prevalence of psychiatric cases in overweight or obese patients attended in a hospital outpatient clinic. *Medicina Clinica*, 130, 41-46.

Wadden T. A., Sarwer D. B., Fabricatore A. N., Jones L., Stack R. & Williams N. S.