

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO
E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1
ZACATECAS, ZACATECAS



ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y OBESIDAD EN ADULTOS JÓVENES Y SU ASOCIACIÓN CON LA DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR.

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. MARIA SARA NARVÁEZ HERNÁNDEZ

ZACATECAS, ZACATECAS

2005

m347466



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.

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y OBESIDAD EN ADULTOS
JÓVENES Y SU ASOCIACIÓN CON DISFUNCIONALIDAD
FAMILIAR.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. MARIA SARA NARVÁEZ HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES:

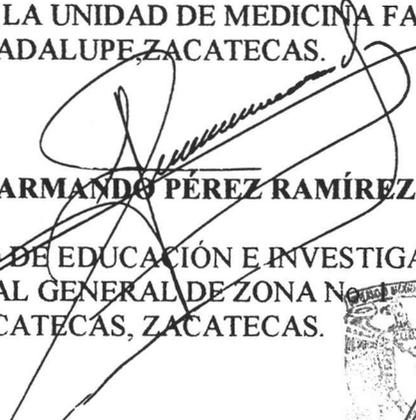


DRA. MA. DEL GARMEN FRAIRE GALINDO.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 1.

DR. JESÚS ALFONSO HERNANDEZ LARA.

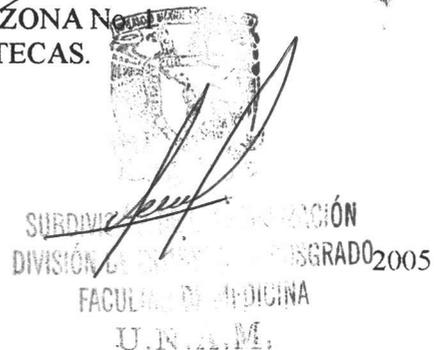
ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 4
GUADALUPE ZACATECAS.



DR. JOSÉ ARMANDO PÉREZ RAMÍREZ.

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1
ZACATECAS, ZACATECAS.

ZACATECAS, ZACATECAS



SUBDIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN
DIVISIÓN DE INVESTIGACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.
2005

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y OBESIDAD EN ADULTOS
JÓVENES Y SU ASOCIACIÓN CON DISFUNCIONALIDAD
FAMILIAR.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. MARÍA SARA NARVÁEZ HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES:

DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGÓYEN CORIA

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y OBESIDAD EN ADULTOS
JÓVENES Y SU ASOCIACIÓN CON DISFUNCIONALIDAD
FAMILIAR.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. MARÍA SARA NARVÁEZ HERNÁNDEZ

AUTORIZACIONES:

DRA. MA. DEL GARMEN FRAIRE GALINDO.



PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 1.



DR. JESÚS ALFONSO HERNANDEZ LARA

ASESOR METODOLOGÍA DE TESIS
MEDICO FAMILIAR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 4
GUADALUPE ZACATECAS.

DR. JOSÉ ARMANDO PÉREZ RAMÍREZ.

COORDINADOR CLINICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
HGZ No. 1 ZACATECAS, ZACATECAS.

ZACATECAS, ZACATECAS

2005

ÍNDICE

1. ANTECEDENTES.	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	10
3. JUSTIFICACIÓN.	11
4. OBJETIVOS:	12
4.1 Objetivo general.	12
4.2 Objetivos específicos.	12
5. HIPÓTESIS:	13
5.1 Hipótesis general.	13
5.2 Hipótesis específicas.	13
6. METODOLOGÍA:	14
6.1 Tipo de estudio.	14
6.2 Población de estudio:	14
6.2.1 Población.	14
6.2.2 Lugar.	14
6.2.3 Tiempo.	14
6.3 Muestreo:	14
6.3.1 Tipo de muestra.	14
6.3.2 Tamaño de la muestra.	14
6.4 Criterios de selección:	1
6.4.1 Criterios de inclusión.	15
6.4.2 Criterios de exclusión.	15
6.5 Variables a recolectar:	15
6.5.1 Variable dependiente.	15
6.5.2 Variables independientes.	15

6.5.4 Operacionalización de variables.	15
6.6 Procedimientos para captar la información.	18
6.7 Consideraciones éticas.	19
7. RESULTADOS.	20
8. DISCUSIÓN.	30
9. CONCLUSIONES.	31
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.	32
11. ANEXOS:	34
11.1 Anexo 1. Hoja de recolección de datos.	34
11.2 Anexo 2. Escala de Hospital de Ansiedad y Depresión.	35
11.2 Anexo 3. Carta de consentimiento informado.	37

1. ANTECEDENTES

La ansiedad es un estado emocional con sensación subjetiva desagradable. Originada por una hiperactividad del sistema nervioso, provocada por una amenaza potencial, real o imaginaria, y que se manifiesta por síntomas físicos y psíquicos. Es muy frecuente y puede alcanzar el 20 – 25% del total de los cuadros que son vistos por el médico familiar.

Los tratamientos farmacológicos se pueden combinar con psicoterapia individual o familiar.

Perder el interés en las situaciones externas e incapacidad para encontrar satisfacciones, la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y perder interés en las cosas que antes disfrutaba se esta en depresión. Es una enfermedad médica y puede afectar a cualquier persona 1 de cada 20 personas lo doble en mujeres que en hombres.

El tratamiento debe de ser intensivo para hacer que los síntomas desaparezcan, y puede ser por un tiempo corto o más prolongado según la respuesta.

Se realizo un estudio descriptivo con 450 habitantes de la población de El Hormigero, Cali, Colombia, para evaluar sus riesgos psicosociales y familiares, la disfunción familiar se observó en 43% de las familias estudiadas, las familias disfuncionales solicitaron consulta médica en una proporción cuatro veces mayor con respecto a las familias funcionales, se genero altos niveles de ansiedad con comunicación negativa entre los miembros de la familia.¹

La compulsión por la comida permite al individuo librarse de la tensión, sin embargo, esto genera a su vez un sentimiento de culpa y depresión. La sobre ingesta puede estar asociada con patrones particulares de personalidad y conductas disfuncionales, por lo que se experimenta serias dificultades interpersonales y una falta de autocontrol lo cual se agrava ante situaciones de estrés, gran desconfianza interpersonal, baja estabilidad

emocional y una grande necesidad de aprobación. Hay episodios recurrentes de sobreingesta; por consumir una cantidad superior a la que la mayoría de la gente comería, sentimiento de falta de control sobre la ingesta, conductas compensatorias para prevenir el aumento de peso como son: vómito autoinducido, abuso de laxantes, diuréticos u otros medicamentos. Generalmente se soportan sensaciones de culpa y depresión subsecuentes al ciclo. El comer por compulsión refleja un grado de ansiedad y la incapacidad para superar la frustración y la presión del ritmo de vida que estas llevando, con frecuencia la persona con sobrepeso se burla de si mismo antes de que lo hagan otros y se aferra a la idea de que así es feliz, que su vida es perfecta y que no se cambiaria por nadie. El comedor compulsivo sufre de una enfermedad tan grande como la que padece un alcohólico y por eso necesitan lo mismo que ellos una atención médica, respeto y mucho cariño.²

Hay también personas anoréxicos con rechazo a comer para mantener el peso corporal adecuado para su edad y talla, miedo intenso a aumentar de peso o a engordar, alteración en como se experimenta el peso corporal y la silueta, ausencia de tres ciclos menstruales consecutivos.³

Se analizan los aspectos sobre la actividad de los esteroides gonadales en el cerebro, así como los aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos relacionados con la ansiedad y la depresión y sus diferencias entre uno y otro sexo, recientemente se ha incrementado las investigación en el campo psiconeuroendócrino , y ha surgido un gran número de preguntas por el interés de cuál es la regulación reciproca entre las hormonas y el cerebro, tanto en el área de investigación básica como en el de la clínica.

Por otra parte las mujeres parecen ser más vulnerables a desarrollar estos padecimientos durante los periodos claves de su ciclo vital.

Los estudios sobre las familias indican que el incremento de la vulnerabilidad femenina a estos trastornos no está relacionado con el cromosoma X. Por el contrario parece ser que se origina por la interacción entre las hormonas sexuales y los factores ambientales, en la que actúan genes no específicamente sexuales.³

La distribución por sexo del Índice de Masa Corporal (IMC) y de la imagen corporal percibida, según los cortes establecidos, permite observar que los hombres presentaron una mayor proporción de sobrepeso que las mujeres, mientras que respecto a la imagen corporal lo más destacable es que un mayor porcentaje de hombres se autocalifican en la normalidad. Al analizar los dos indicadores por grupos de edad y sexo se observa que la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumenta con la edad en hombres y mujeres; asimismo al comparar ambos sexos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Se eligió una muestra representativa de España, integrada por 517 hombres y 483 mujeres mayores de 15 años. Las variables fueron el sexo, edad, nivel educativo IMC e imagen corporal percibida. El estado nutricional para ambos indicadores mostró mayor sobrepeso en hombres y mayor obesidad en mujeres. Se observó que el incremento del sobrepeso y la obesidad aumentan la edad y con mayor educación disminuye, la percepción de la imagen corporal fue distinta entre sexos, así como por edad y nivel educativo. El IMC y la imagen corporal notificó valores superiores para sensibilidad y especificidad, así como para los valores predictivos, negativos como positivos en sujetos que presentaron un estado nutricional que alcanzaba los rangos extremos. La precisión fue mayor para la sensibilidad que para la especificidad. La capacidad de clasificación fue mejor en mujeres que en hombres.⁴

El hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) es un instrumento que se ha utilizado en varios estudios en México, aplicado en sujetos farmacodependientes,

quemados, ancianos, con insuficiencia renal crónica y en mujeres con embarazo de alto riesgo. El objetivo del presente estudio fue determinar la reproductividad y exactitud del cuestionario en una muestra de obesos mexicanos. Se invito a participar a 75 sujetos con $IMC > 27$ y sin diabetes mellitus. El diagnóstico de ansiedad y depresión se realizo mediante una entrevista estructurada basada en el Diagnostic and Sratistical Manual of Mental Disorders IV (DSM-IV) además se le pidió contestar el cuestionario de HAD.⁵ Este cuestionario se basa en el supuesto en que la prevalencia de depresión y ansiedad es alta en los pacientes que asisten a un hospital de medicina general y que pueden coexistir con una enfermedad fisica conduciendo a mayor estrés. El contenido del HAD se refiere más a los síntomas psicológicos que a los somáticos de la ansiedad y depresión. La validación del HAD se ha llevado a cabo en una muestra de 100 pacientes británicos no hospitalizados, entre 16 y 65 años de edad de uno y otro sexo. El informe muestra la consistencia interna a través de correlaciones de Spearman. Los autores establecieron que el punto de cortes mostró la mejor sensibilidad y especificidad para cada una de las subescalas, mostrando una notoria y precisa división de los pacientes. Diversos estudios han demostrado y confirmado la validez interna, las propiedades psicométricas y la capacidad de diferenciación entre la ansiedad y depresión del HAD, mediante los métodos de test-retest, sensibilidad y especificidad, correlación reactivopuntuación total, estructura y análisis factorial en pacientes psiquiátricos.⁵

La obesidad afecta la salud porque aumenta el riesgo de otras enfermedades. Para hacer el diagnóstico se identifica la grasa corporal por diferentes métodos con diferentes grados de dificultad. Destacan el IMC derivado de las determinaciones habituales de peso y estatura, la medición de los pliegues cutáneos (plicometría) y otras técnicas mas directas de la cuantificación de las grasas del cuerpo como impudencia bioeléctrica, tomografía axial

computarizada, hidrodensitometría, y absorbimetría dual de rayos X, entre otras, con excepción del IMC que se usa en la práctica cotidiana, los otros métodos por ahora se reservan para estudio de investigación.⁷

El índice de masa corporal es un indicador para diagnosticar la obesidad, presenta algunas limitaciones derivadas de las propiedades del mismo índice y de las características de la población latinoamericana. Para identificar a individuos obesos los indicadores de composición corporal son más adecuados que los índices que relacionan peso y talla (IMC), ya que con los primeros se valoran los depósitos de energía en forma de grasa subcutánea y de proteínas en los músculos, mientras que con los segundos solo se mide la masa corporal total sin hacer distinción de su composición. Los índices que se han incluido son los pliegues subcutáneos, el área del brazo, la circunferencia y área muscular del brazo, y ecuaciones para estimar el porcentaje de grasa corporal o la masa libre de grasa.⁸

Las tasas de prevaencia por países son variables, desde relativamente bajas como en países africanos hasta elevadas como en México con un porcentaje en mujeres de 38% de sobrepeso y obesidad de 21%.⁸ Otros estudios en México reportan porcentaje de obesidad alrededor de 36%. Existen casos extremos como en algunas ciudades de Hawai donde hasta el 80% de la población es obesa.¹⁰

En Estados Unidos que más del 30% de la población resultó con algún grado de sobrepeso. En Inglaterra en 1980, 8% en mujeres y el 6% en varones fueron clasificados como obesos, mientras que para 1988 la prevaencia había aumentado al 21% en mujeres y el 17% en varones, no parece que esta tendencia se este modificando.¹⁰

Los primeros pasos hacia la concepción de un modelo terapéutico basado en la familia se dieron en los Estados Unidos en la década de los cincuentas cuando se

organizaban eventos cuyo principal objetivo era resaltar el papel que juega la familia en los procesos de salud y enfermedad entre sus miembros.

En los años de 1953 y 1954 Nathan Ackerman viene a México invitado por Erich Fromm para supervisar su primer grupo de formación psicoanalítica. En esa ocasión ofrece una conferencia en el Servicio de Higiene Mental del Hospital Infantil de México sobre El niño y su familia. El tema es estimulante para un grupo de investigadores, sin embargo la Terapia familiar comienza a aplicarse en México a partir del 1973. El primer programa familiar de entrenamiento de de terapeutas familiares se inicia en 1969. A partir de 1972 el programa se amplía y se ofrece práctica clínica supervisada en servicios afiliados y queda bajo la responsabilidad de la dirección del instituto de la familia.

La familia nuclear es una unidad dinámica de las sociedades modernas, es un grupo primario en que sus miembros tienen una serie de obligaciones, y están reunidos para cubrir diversas necesidades, mismas que deben satisfacerlas para que se hable de una familia que funciona.¹¹

De acuerdo al tipo de relación que se origina en el seno de la familia y sobre todo en la pareja, nos va a determinar varias categorías de familias:

1. Relación satisfactoria y estable; que se caracteriza porque se maneja la problemática con un tipo de comunicación explícita las negociaciones son de forma abierta, las ofensas son personadas prontamente y los periodos de distanciamiento son cortos y superficiales.
2. Satisfactoria inestable: Aquí el tipo de arreglos o negociaciones en la mayoría de las veces no son regidos por una comunicación explícita, por lo que los conflictos pueden perdurar más tiempo, pero al fin son resueltos.

3. Insatisfactoria estable: Aquí los miembros están insatisfechos de su interacción porque la comunicación esta troncada conformándose con la situación establecida, (relaciones sadomasoquistas) y en donde cada problema provoca más distanciamiento. Este tipo de relaciones ocasiona patología en los miembros.
4. Relación insatisfactoria inestable. Aquí la familia se encuentra siempre en conflicto, la comunicación la mayoría de las veces es de forma implícita no se afrontan los problemas, las negociaciones no son abiertas, se culpan unos a otros mutuamente y hay sentimientos no perdonados. Este tipo de relación multiconflictiva origina patología en los miembros. Lo importante en una relación familiar es mantener la homeostasis y cuando ésta se está perdiendo por algún motivo, surge el “Chivo expiatorio” del problema y que viene a ser el que da la seguridad al mantenimiento de la familia, así se crea el niño sintomático o parental, que es el que padece asma, hiperquinesia, etc. Otra forma de mantener la homeostasis es no reconocer el conflicto y por ende no afrontarlo. También se pueden emplear otros tipos de interacciones para disminuir el conflicto y así tenemos las díadas, triadas y coaliciones. Las díadas son uniones entre dos miembros de la familia para contraponerse a un tercero que es más fuerte; este tipo de alianza es disfuncional ya que impide que el miembro excluido pueda comunicarse de una manera eficiente con uno de los miembros de dicha díada o trata de buscar en otro sitio la parte o relación complementaria ej.: hay una mala relación entre una pareja que amenaza con una ruptura, el pequeño empieza a ser asintomático y hace que la madre lo sobreproteja y lo consienta, al mismo tiempo impide que el padre se relacione con el niño ya que interviene la madre rápidamente en afán protector, la madre pone de pretexto al niño para no cumplir adecuadamente con su rol de esposa; entonces el

padre busca fuera del hogar la relación complementaria que puede ser una amante, algún vicio o entregarse de lleno al trabajo. Aquí el objetivo estuvo cumplido, el niño sintomático o parental logra la no separación de sus padres a costa de su propia salud y bienestar al desviarse el conflicto entre los padres, ya que la atención de la madre está hacia el niño, el síntoma del niño le sirve a la madre para traer nuevamente la atención del padre. La tríada sirve para lo mismo ej.: una pareja en que el padre tiene resentimientos hacia la madre de fondo sexual, el padre hace una tríada con dos de sus hijos para obtener más poder, así cuando la madre grita, el padre les dice a los chicos que no la oigan que así es ella. Otras de las formas de resolver la conflictiva de la familia es la invasión de límites generacionales, por ej. Es llamado el padre o la madre de la familia de uno de los cónyuges para que a través de su influencia moral o económica conserve la homeostasis, sin resolver el conflicto, solo evitándolo. También otras formas de evitar los conflictos sin evitar a nadie, es simplemente suspender la comunicación por ej: llega el marido a la casa, la esposa trata de intimar con él, este se pone a ver la televisión y en los comerciales a ver el periódico, por lo que no da oportunidad de comunicación.¹²

La familia se encuentra en crisis cuando un evento de la vida, presente y pasado ocasiona cambios en la funcionalidad de los miembros de la familia.

Hay evaluaciones de la funcionalidad familiar. El índice de función familiar, 32 reactivos, estima la función familiar en áreas, ha sido útil en niños con trastornos psicológicos. Escala de evaluación familiar, incluye estructura del poder familiar, mitología familiar, habilidad de negocio, promoción de la autonomía. Clasificación triaxial de la familia, clasifica las disfunciones, complicaciones variaciones del desarrollo, las del subsistema conyugal, parental, fraterno y sociales. Guía de McMaster, Visión global de la

familia, contempla, solución de problemas, comunicación, roles, expresión de afecto, involucramiento afectivo, control de la conducta y funcionamiento familiar. Escala de Holmes, se realiza en función de lo que haya ocurrido seis a ocho meses antes ya que el factor tiempo es básico en la resolución de problemas. Escala de funcionamiento familiar, discrimina sensiblemente las familias funcionales de las que no lo son consta de 40 preguntas. Modelo psicodinámico-sistémico de evaluación familiar, consta de siete variantes, capacidad para afrontar los problemas, familia de origen, familia nuclear, interacción de la pareja, proceso inconsciente adaptativo, reglas que gobierna un sistema familiar, y reglas de interacción observadas. Circulo familiar, método gráfico para la obtención de datos acerca de las relaciones familiares desde el punto de vista de uno o varios miembros de la familia. Apgar familiar, cuestionario de 5 preguntas aplicables mediante una entrevista a diferentes miembros de una familia para percibir variaciones, es pequeño y comprensible para su aplicación. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida familiar, su definición de componentes adaptabilidad, participación crecimiento, afecto y resolución.¹²

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las patologías de ansiedad, depresión y obesidad nos da un aumento en la morbilidad y mortalidad, son enfermedades médicas muy frecuentes, que puede afectar a cualquier persona, más al sexo femenino que al masculino, esto debido al ritmo de vida, por ser familias modernas y las mujeres al estar trabajando y además tener la responsabilidad de la casa y de la familia produce mayor angustia.

Los obesos sufren un desgaste emocional enorme, y se genera una compulsión por la comida, para liberarse de la tensión, generando a su vez sentimiento de culpa y depresión, que se asocia con disfunciones interpersonales, con baja estima y una baja estabilidad emocional, provocando una disfuncionalidad familiar por encontrarse en conflicto permanentemente y no poder solucionar los problemas.

Si un padre o una madre es tenso, angustiado, y con malos hábitos en su alimentación el pequeño aprende lo mismo. Con frecuencia son personas que se desarrollan en familias donde rechazan sus logros reales y los califican por debajo de lo normal, lo que los hace adoptar los patrones perfeccionistas de sus padres, y los convierte en autocríticos y ansiosos ante el posible fracaso.

La falta de diagnóstico de estos pacientes, nos pueden llevar a un mal manejo, pudiendo solucionar los problemas con ayuda médica o bien psicológica y un régimen de alimentación bien establecidos.

Esto nos lleva a establecer la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de ansiedad, depresión y obesidad en adultos jóvenes y su asociación con la disfuncionalidad familiar?

3. JUSTIFICACIÓN

La ansiedad y la angustia nos puede llevar a una anorexia o a comer en exceso por sentir la incapacidad para afrontar los problemas de la vida diaria y estar insatisfechos, por lo que tienen un problema para su relación personal, en el ámbito familiar y en su entorno sin darse cuenta de la magnitud y a lo que puede llevar este problema.

Al conocer la frecuencia de disfuncionalidad familiar en adultos jóvenes con ansiedad depresión y obesidad, nos hará ver en una perspectiva más amplia la interrelación de estos problemas sobre la funcionalidad familiar. Para valorar la formación de grupos de familias con disfuncionalidad familiar y llevar a cabo psicoterapia familiar a la par de la orientación nutricional adecuada.

En caso de que no realizar este estudio tendríamos una disminución de la calidad de vida, mayor demanda de asistencia médica, incremento de bajo rendimiento laboral y escolar, incremento de las toxicomanías, así como mayor riesgo de suicidio.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL:

Determinar la asociación de la ansiedad, depresión y obesidad en adultos jóvenes con la disfuncionalidad familiar.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Determinar la prevalencia de ansiedad.

Determinar la prevalencia de depresión.

Determinar la prevalencia de obesidad.

5. HIPÓTESIS

5.1 HIPÓTESIS GENERAL:

La ansiedad, depresión y obesidad en adultos jóvenes se asocian a la disfuncionalidad familiar.

5.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICAS:

La prevalencia de la ansiedad es igual a la nacional.

La prevalencia de la depresión es igual a la nacional.

La prevalencia de la obesidad es igual a la nacional.

6. METODOLOGÍA

6.1 TIPO DE ESTUDIO:

Encuesta analítica. (Transversal, comparativo, observacional, retrospectivo).

6.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO:

6.2.1 POBLACIÓN:

Pacientes de 20 a 44 años de edad.

6.2.2 LUGAR:

En el HGZ/MF No. 1 del IMSS de Zacatecas, Zac.

6.2.3 TIEMPO:

De Junio del 2003 a Junio del 2004.

6.3 MUESTREO:

6.3.1 TIPO DE MUESTRA:

Mediante muestreo no probabilístico, por conveniencia; se seleccionaron a los pacientes en la sala de espera de Consulta Externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No 1 de Zacatecas, Zac. hasta completar el tamaño de la muestra calculando: 288.

6.3.2 TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se determinó el tamaño de la muestra mediante la siguiente fórmula:

$$N = \frac{Z^2 PQ}{D^2} = \frac{(1.96)^2 (0.25) (0.75)}{(0.05)^2} = \frac{(3.8416) (.1875)}{0.0025} = \frac{0.7203}{0.0025} = 288$$

Donde:

Nivel de confianza: $Z\alpha = 1.96$.

Disfuncionalidad familiar: 25%

Complemento de la prevalencia: $Q_1=1-p$

Margen de error aceptado: $d = 0.05$

6.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN.

6.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Paciente de cualquier sexo de 20 a 44 años.

6.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Que vivan solos.

Que no acepten participar en el estudio.

6.5 VARIABLES A RECOLECTAR:

6.5.1 VARIABLE INDEPENDIENTE:

Ansiedad, depresión y obesidad.

5.2.2 VARIABLE DEPENDIENTE:

Funcionalidad familiar.

5.2.3 VARIABLES UNIVERSALES:

Edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil.

5.2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

-Nombre: Sexo.

-Definición conceptual: Clasificación de hombres y mujeres teniendo en cuenta las características fenotípicas.

-Definición operacional: Mediante observación.

-Escala de medición: Nominal.

-Categorías: Hombre, mujer.

-Nombre: Edad.

- Definición conceptual: La edad de un individuo expresada como el periodo de tiempo que ha pasado desde el nacimiento.
 - Definición operacional: Mediante pregunta directa expresada en años, cumplidos al momento de la encuesta.
 - Escala de medición: Razón.
 - Categorías: En años.
-
- Nombre: Estado civil:
 - Definición conceptual: El estado en que se encuentra el individuo de acuerdo a normas de la sociedad.
 - Definición operacional: De acuerdo al estado al momento de la encuesta.
 - Escala de medición: Nominal.
 - Categorías: Casado, soltero, viudo, divorciado, o unión libre.
-
- Nombre: sedentarismo:
 - Definición conceptual: Estado físico de tranquilidad o calma.
 - Definición operacional: Mediante pregunta directa, si o no practican alguna actividad física.
 - Escala de medición: Nominal.
 - Categorías: Determinar las que practican alguna actividad física por lo menos 4 hrs. a la semana.
-
- Nombre: Ansiedad.
 - Definición conceptual: Se caracteriza por desesperación, tristeza y falta de

- ánimo.
- Definición operacional: Escala del hospital de ansiedad y depresión.
 - Escala de medición. Ordinal.
 - Categorías: Ansiedad de 0 – 14, normal de 15 – 18.
-
- Nombre: Depresión.
 - Definición conceptual: Depresión: Gran desconfianza interpersonal, baja estabilidad emocional y una gran necesidad de aprobación de acuerdo a la aplicación de la escala del hospital de ansiedad y depresión.
 - Definición operacional: Escala del hospital de ansiedad y depresión.
 - Escala de medición. Ordinal.
 - Categorías: Depresión de 15 – 28, normal de 0 – 14.
-
- Nombre: Obesidad.
 - Definición conceptual. Acumulación excesiva de tejido adiposo.
 - Definición operacional: Se determinará mediante el IMC (p/t^2) > 27.
 - Escala de medición: Ordinal.
 - Categorías: Obesidad grado I, II, III.
-
- Nombre: Funcionalidad familiar.
 - Definición conceptual: Unidad dinámica de las sociedades modernas en que sus miembros tienen una serie de obligaciones y están reunidos para cubrir diversas necesidades,

mismas que se deben satisfacer para que se hable de una familia que funciona.

-Definición operacional: Determinación mediante el Apgar familiar.

-Escala de medición: Ordinal.

- Categorías: Disfuncionalidad 0-3 leve, 4-6 moderada y > 7 severa.

6.6 PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACIÓN:

Posterior a la autorización del protocolo, durante el mes de junio del 2003 a junio del 2004 se encuestaron a las personas que cumplieron los criterios de inclusión en la sala de consulta externa. Para determinar la funcionalidad familiar se utilizó el APGAR familiar: que es un instrumento Introducido en 1978 por Smilkestein para explorar la funcionalidad familiar. Es un instrumento que facilita el acercamiento objetivo sobre la funcionalidad familiar, que consta de 5 componentes: Adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución. (Anexo 1), consta de 5 ítems. Para medir la ansiedad y depresión se utilizará la Escala del Hospital de Ansiedad y Depresión, que es un cuestionario que fue diseñado para medir el estado emocional y afectivo del paciente, la versión en español ha sido validada por López Alvarenga JC, en sujetos obesos Mexicanos. (Anexo 2).

Los datos recolectados se vaciaron en el programa Excel de Microsoft, y el análisis de los datos fue mediante el programa SPSS versión 9.0 y Epiinfo 2000. Se utilizó estadística descriptiva, porcentajes para variables cuantitativas. Para determinar la asociación de las variables se utilizó la razón de momios con sus

intervalos de confianza del 95%, para determinar la significancia estadística fue mediante la prueba de chi cuadrada o prueba exacta de Fisher, considerando un valor de $p < 0.05$.

6.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

Se tomaron en consideración los principios éticos contemplados en la Declaración de Helsinki a sus modificaciones hasta octubre de 2000 en Edimburgo Escocia, así como las de la Ley General de la Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

Se solicitó a todos los participantes el consentimiento informado. (Anexo 3)

7. RESULTADOS

Se incluyeron 288 pacientes con promedio de edad de 32 y desviación estándar de 6.9 años, el sexo femenino predominó con 193 (67%); el estado civil de la mayoría fue el casado el 58 % (n=168), soltero 38% (n=109), otros 4% (n=11); quienes trabajan son 164 (57%), dedicados al hogar 75 (26%), estudian 46 (16%); con sedentarismo 146 (51%). (Cuadros del 1 al 4)

Se presentó obesidad en el 48% (n = 138), ansiedad en el 9% (n = 26), depresión en 138 (48%). (Cuadros 5 al 7)

Con familias funcionales 217 (75%), moderada disfunción 52 (18%) y con disfunción severa 19 (7%). (Cuadro 8)

La asociación de las variables con la disfuncionalidad familiar con significancia estadística fue la obesidad con Razón de Momios con 1.85, Intervalo de Confianza del 95% (IC95%) 1.03 a 3.33 y valor $p = 0.02$; la ansiedad con RM 4.20 (IC95% 1.71-10.33, $p < 0.002$); y como factor protector para la disfuncionalidad familiar fue el trabajar con RM 0.42 (IC95% 0.22-0.80, $p = 0.004$).

Al analizar las mismas variables de estudio pero solo de los pacientes obesos encontramos que el 62.3% (n = 86) fueron mujeres, casados casi la mitad (49.3%), trabajan aproximadamente dos terceras partes (60.9%), sedentarios la mitad (51.4%), con ansiedad el 8% y con depresión el 45.7%. Familias funcionales 112 (81.2%). Disfunción moderada 17 (12.3%) y disfunción severa 9 (6.5%).

De los factores asociados a disfuncionalidad familiar en obesos fueron: el trabajar RM 6.25 (IC95% 1.82-21.93, $p = 0.0004$); como factor protector presentar ansiedad RM 0.66 (IC95% 0.01-0.29, $p < 0.001$).

Cuadro 1. Sexo de los pacientes estudiados en el HGZ/MF No. 1 Zacatecas, Zacatecas en el 2003.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	193	67.0 %
Masculino	95	33.0%
Total	288	100.0

Fuente: encuestas.

Cuadro 2. Estado Civil de los pacientes estudiados en el HGZ/MF No.1 Zacatecas, Zacatecas en el 2003.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	109	38.0 %
Casado	168	58.0 %
Divorciado	4	1.5 %
Viudo	4	1.5 %
Unión Libre	3	1.0 %
Total	288	100 %

Fuente: encuestas.

Cuadro 3. Ocupación de los pacientes estudiados en el HGZ/MF No.1 Zacatecas, Zacatecas en el 2003.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	75	26.0 %
Trabajan	164	57.0 %
Estudiante	46	16.0 %
No trabaja	3	1.0 %
Total	288	100.0

Fuente: encuestas.

Cuadro 4. Sedentarismo de los pacientes estudiados en el HGZ/MF No. 1 Zacatecas, Zacatecas en el 2003.

Sedentarismo	Frecuencia	Porcentaje
Con sedentarismo	146	51.0 %
Sin sedentarismo	142	49.0 %
Total	288	100.0 %

Fuente: encuestas.

Cuadro 5. Obesidad de los pacientes estudiados en el HGZ/MF No. 1 Zacatecas, Zacatecas en el 2003.

Obesidad	Frecuencia	Porcentaje
Con Obesidad	138	48.0 %
Sin Obesidad	150	52.0 %
Total	288	100.0

Fuente: encuestas.

Cuadro 6. Ansiedad de los pacientes estudiados en el HGZ/MF No. 1 Zacatecas, Zacatecas en el 2003.

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Con Ansiedad	26	9.0 %
Sin Ansiedad	262	91.0%
Total	288	100.0 %

Fuente: encuesta.

Cuadro 7. Depresión de los pacientes estudiados en el HGZ/MF No. 1 Zacatecas, Zacatecas en el 2003.

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Con Depresión	138	48.0 %
Sin Depresión	150	52.0 %
total	288	100.0 %

Fuente: encuesta

Cuadro 8. Funcionalidad Familiar de los pacientes estudiados en el HGZ/MF No. 1 Zacatecas, Zacatecas en el 2003.

Funcionalidad Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Familia Funcional	217	75.0 %
Disfunción Moderada	52	18.0 %
Disfunción Severa	19	7.0 %
Total	288	100.0 %

Fuente: encuesta

Cuadro 9. Factores asociados a disfuncionalidad familiar en adultos jóvenes del HGZ/MF No. 1 Zacatecas, Zacatecas en el 2004.

Factores	Con Disfuncionalidad	Sin Disfuncionalidad	RM	IC95%	P*
Sexo					
Masculino	24	70	1.0	---	---
Femenino	47	147	0.93	0.51-1.71	0.80
Estado civil**					
Casados	39	133	1.0	---	---
Solteros	27	81	1.14	0.62-2.07	.65
Ocupación					
Hogar	28	50	1.0	---	---
Trabajan	31	133	0.42	0.22-0.80	.004
Estudian	12	34	0.63	0.26-1.51	.25
Sedentarismo					
No	34	112	1.0	---	---
Si	37	105	0.86	0.49-1.52	.58
Obesidad					
No	26	112	1.0	---	---
Si	45	105	1.85	1.03-3.33	.02
Ansiedad					
No	57	205	1.0	---	---
Si	14	12	4.20	1.71-10.33	0.002
Depresión					
No	38	112	1.0	---	---
Si	33	105	0.93	0.52-1.64	0.77

* Prueba de Chi cuadrada.

**Se excluyeron los que viven solos.

Cuadro 10. Sexo de los pacientes obesos estudiados en el HGZ/MF No. 1 Zacatecas, Zacatecas en el 2003.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	52	37.7 %
Femenino	86	62.3%
Total	138	100.0

Fuente: encuestas.

Cuadro 11. Estado Civil de los pacientes obesos estudiados en el HGZ/MF No.1 Zacatecas, Zacatecas en el 2003.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	66	47.8 %
Casado	68	49.3 %
Divorciado	1	0.7 %
Unión Libre	3	2.2 %
Total	138	100 %

Fuente: encuestas.

Cuadro 12. Ocupación de los pacientes obesos estudiados en el HGZ/MF No.1 Zacatecas, Zacatecas en el 2003.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Hogar	21	15.2 %
Trabajan	84	60.9 %
Estudiante	33	23.9%
Total	138	100.0

Fuente: encuestas.

Cuadro 13. Sedentarismo de los pacientes obesos estudiados en el HGZ/MF No. 1 Zacatecas, Zacatecas en el 2003.

Sedentarismo	Frecuencia	Porcentaje
Con sedentarismo	71	51.4 %
Sin sedentarismo	67	48.6 %
Total	138	100.0 %

Fuente: encuestas.

Cuadro 14. Ansiedad de los pacientes obesos estudiados en el HGZ/MF No. 1 Zacatecas, Zacatecas en el 2003.

Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Con Ansiedad	11	8.0 %
Sin Ansiedad	127	92.0%
Total	138	100.0 %

Fuente: encuestas.

Cuadro 15. Depresión de los pacientes obesos estudiados en el HGZ/MF No. 1 Zacatecas, Zacatecas en el 2003.

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Con Depresión	63	45.7 %
Sin Depresión	75	54.3 %
total	138	100.0 %

Fuente: encuesta

Cuadro 16. Funcionalidad Familiar de los pacientes obesos estudiados en el HGZ/MF No. 1 Zacatecas, Zacatecas en el 2003.

Funcionalidad Familiar	Frecuencia	Porcentaje
Familia Funcional	112	81.2 %
Disfunción Moderada	17	12.3 %
Disfunción Severa	9	6.5 %
Total	138	100.0 %

Fuente: encuesta

Cuadro 17. Factores asociados a disfuncionalidad familiar en adultos jóvenes obesos del HGZ/MF No. 1 Zacatecas, Zacatecas en el 2004.

Factores	Con Disfuncionalidad	Sin Disfuncionalidad	RM	IC95%	P*
Sexo					
Masculino	43	9	1.0	---	---
Femenino	69	17	0.85	0.32-2.25	0.72
Estado civil**					
Casados	54	13	1.0	---	---
Solteros	58	13	1.07	0.42-2.74	.86
Ocupación					
Hogar	12	9	1.0	---	---
Trabajan	75	9	6.25	1.82-21.93	.0004
Estudian	25	8	2.34	0.62-8.98	.15
Sedentarismo					
No	51	16	1.0	---	---
Si	61	10	1.91	0.74-5.02	.14
Ansiedad					
No	109	18	1.0	---	---
Si	3	8	0.66	0.01-0.29	<.001
Depresión					
No	62	13	1.0	---	---
Si	50	13	0.81	0.32-2.05	0.62

* Prueba de Chi cuadrada.

**Se excluyeron los que viven solos.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

8. DISCUSION.

En cuanto al sexo femenino la obesidad se presentó más con una relación dos a uno respecto al masculino, semejante a reportes de otros estudios.¹⁰

Se considero como hipótesis inicialmente que la disfuncionalidad familiar se presentaba de manera importante en adultos jóvenes con obesidad, ansiedad y depresión, pero que era mayor cuando la obesidad se asociaba con alguno de estos trastornos; debido a que se han involucrado en las causas subyacentes de los trastornos alimentarios.^{2,3}

Sin embargo, la presencia de ansiedad en adultos jóvenes con obesidad y sin obesidad fue similar (8% y 10%). Al determinar la asociación con disfuncionalidad familiar en el análisis global se presento una asociación de 4 veces más de quienes presentan ansiedad de quienes no la presentan, y al efectuar el análisis únicamente de los obesos la ansiedad resultó ser un factor protector (RM 0.66), esto hace suponer que la familia es un medio estabilizador de la ansiedad de los obesos. Contrario al estudio de Viviana C. y cols.¹ donde los miembros que generan altos niveles de ansiedad las familias son disfuncionales.

La depresión mantuvo el mismo comportamiento en ambos grupos (50% y 45.7%) de no obesos y obesos respectivamente, tampoco se encontró asociación con disfuncionalidad familiar tanto de manera global como al considerar únicamente a los obesos, probablemente por que la población estudiada fueron adultos jóvenes y este trastorno tiende a desarrollarse conforme avanza la edad.

9. CONCLUSIONES

En la población total estudiada la prevalencia de obesidad fue del 52%, de ansiedad 9%, de depresión 48%, la ansiedad y la obesidad fueron factores asociados a disfuncionalidad familiar.

Considerando solo a los obesos la prevalencia de ansiedad fue del 8% y de la depresión del 45.7%, sin ninguna diferencia de la población general. Y al contrario del análisis de la población general ambos tendieron a ser factores protectores para disfuncionalidad familiar.

Dentro del modelo preventivo de la salud es necesario realizar acciones multidisciplinarias preventivas en los grupos con riesgo biopsicosociales para mejorar su bienestar y obtener mayores índices de salud en el individuo, la familia y la comunidad.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De Francusci JC, Cerón Y, Herrera JA. Salud Familiar como una alternativa de Atención integral en las Unidades de Atención Primaria. Colombia Médica 1995; 26: 51-4.
2. Williamson DA, Kelley ML, DAVIS JC y Col. Psychopathology of eating disorders; controlled A, comparison at bulimic. Obese and normal subjects. J Consults Clin Psychol 1995; 53(2):161-166.
3. Bresla N, Kesser RC. Trauma and posttraumatic stress disorder in the community; 1996 Detroit Area survey of trauma. Arch Gen Psychiatry 1998; (55): 626-653.
4. Madrigal H, De Irala-Estévez J, Martínez M, y col. Percepción de la imagen corporal. Sal Pub Mex 1999; 41 (6): 479-486.
5. López-Alvarenga JC, et al. Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) en sujetos obesos mexicanos. Rev Invest Clin 2002; 54 (5): 403-409.
6. Johnston M, Pollard B, Hennessey P. Construct validation of the hospital anxiety and depression scale will clinical populations. J Psychos Res 2000; 48 (6):579-584.
7. Jensen MD, editor. Clínicas Médicas de Norteamérica. México DF: Mc-Graw-Hill Interamericana; 2000. p. 309-334.
8. Ortiz L Evaluación nutricional del adolescente I. Conceptos generales. Rev Med IMSS 2002; (40): 223-231.
9. Arroyo P, Loria A, Fernández V. Prevalence of preobesity and obesity in urban adult Mexican in comparison with other large surveys. Obes Res 2000; 8(2):179-185.
10. Kuczmarski RJ, Flegal KM, Cambell SM y col. Prevalence of Overweight Among Us Adults JAMA 1994; (272) 205-211.

- 11 Irigoyen CA. Fundamentos en Medicina Familiar. 6ª Ed. México DF: Edit. Medicina Familiar Mexicana; 2000.
- 12 Zervanos NA. Century of medical educational reform: Family practice a specialty whose time has come. Fam Med. 1996; (28): 144-146.

11. ANEXOS

11.1 Anexo 1

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION ZACATECAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1 ZACATECAS.

Folio _____

“Ansiedad, depresión y obesidad en adultos jóvenes y su asociación
con la disfuncionalidad familiar”

Nombre _____ Dirección _____

Edad _____ Sexo _____ Peso _____ Talla _____

Estado civil _____ Ocupación _____ Sedentarismo _____

APGAR FAMILIAR

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Me satisface que yo puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me perturba. Comentarios:	_____	_____	_____
Me satisface el modo como mi familia conversa conmigo sobre diversas cuestiones y comparte los problemas. Comentarios:	_____	_____	_____
Se satisface que mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades o tomar nuevas direcciones. Comentarios:	_____	_____	_____
Me satisface la manera como mi familia expresa su afecto y responde a mis emociones (ira, pena, amor, etc.) Comentarios:	_____	_____	_____
Me satisface la forma como mi familia y yo compartimos el tiempo. Comentario:	_____	_____	_____

11.2 Escala de Hospital de Ansiedad y Depresión.

Lea cada pregunta y marque con una "X" la respuesta que usted considera que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que piense mucho cada respuesta; en este cuestionario las respuestas espontáneas tienen mayor valor que las que piensan mucho.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a):
Todo el día ___ Casi todo el día ___ De vez en cuando ___ Nunca ___
2. Sigo disfrutando con las mismas cosas de siempre:
Casi siempre ___ Frecuentemente ___ Rara vez ___ No en absoluto ___
3. Siento una especie de temor como si algo me fuera a suceder:
Si muy intenso ___ Si, pero no muy intenso ___ Si, pero no me preocupa ___
No siento nada de eso ___
4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:
Casi siempre ___ Frecuentemente ___ Rara vez ___ No en absoluto ___
5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:
Todo el día ___ Casi todo el día ___ De vez en cuando ___ Nunca ___
6. Me siento alegre:
Casi siempre ___ Frecuentemente ___ Rara vez ___ No en absoluto ___
7. Soy capaz de permanecer sentado(a) tranquila y relajadamente:
Casi siempre ___ Frecuentemente ___ Rara vez ___ No en absoluto ___
8. Me siento lento(a) y torpe:
Todo el día ___ Casi todo el día ___ De vez en cuando ___ Nunca ___
9. Experimento una desagradable sensación de nervios y vacío en el estómago:
Casi siempre ___ Frecuentemente ___ Rara vez ___ No en absoluto ___
10. He perdido mi interés por el aspecto personal:
Casi siempre ___ Frecuentemente ___ Rara vez ___ No en absoluto ___
11. Me siento inquieto(a) como si no pudiera dejar de moverme:
Casi siempre ___ Frecuentemente ___ Rara vez ___ No en absoluto ___
12. Espero las cosas con ilusión:
Casi siempre ___ Frecuentemente ___ Rara vez ___ No en absoluto ___
13. Experimento de repente una sensación de gran angustia o temor:
Casi siempre ___ Frecuentemente ___ Rara vez ___ No en absoluto ___
14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro, Programa de radio o televisión:
Casi siempre ___ Frecuentemente ___ Rara vez ___ No en absoluto ___

Calificación de los instrumentos de medición:

APGAR FAMILIAR.

Se califican 2, 1 y 0 respectivamente.

00-03 Puntos, disfunción severa.

04-06 Puntos disfunción moderada.

07-10 Puntos, familia funcional.

ESCALA HAD.

Se califican alternados de angustia y depresión respectivamente, 7 y 7 preguntas y se califican del 1, 2, 3 y 4.

En depresión:

0-14 Normal.

15-28 Depresión.

En ansiedad:

0-14 Ansiedad.

15-28 Normal.

11.3 Consentimiento informado.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado:
“Ansiedad, depresión y obesidad en los adultos jóvenes y su relación con la funcionalidad familiar. Registrado ante el comité local de investigación médica con el numero con el folio 2004 3401 018.

El objetivo es determinar si la ansiedad, depresión y obesidad en adultos jóvenes se relacionan con la funcionalidad familiar.

Declaro que se me ha informado que dicho estudio será con toda la discreción, seriedad, responsabilidad y confidencialidad por el personal que lo realice.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar dudas que le plantee acerca de los procedimientos que se llevan a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de no participar en el estudio, sin que ello afecte la atención médica que recibo de la Institución.

El investigador principal me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

Para cualquier aclaración al presente estudio comunicarse con la Dra. María Sara Narváez Hernández. En el horario de 14:00 a 20:00 hrs. De lunes a viernes, al consultorio No. 5 a excepción de los días festivos.

Zacatecas, Zacatecas a _____ de _____ del 2003.

Firma del paciente.

Firma de un testigo.

Firma de testigo.

Dra. María Sara Narváez Hernández
Investigador