



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 20

**RELACIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DISFUNCIÓN FAMILIAR
CON OBESIDAD EN MUJERES ADULTAS DERECHOHABIENTES
DE LA UMF 20 DEL IMSS.**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Vanessa Lemus Rodríguez

Tutora:

Dra. María Luisa Peralta Pedrero

Generación 2008 – 2011

MÉXICO D.F.

2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

TUTORA

**DRA. MARIA LUISA PERALTA PEDRERO
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
COORDINADORA DE PROGRAMAS MEDICOS
COORDINACION DE UNIDADES MEDICAS DE ALTA ESPECIALIDAD,
DIVISION EXCELENCIA CLINICA**

Vo. Bo.

**DRA. MARÍA DEL CARMÉN AGUIRRE GARCÍA
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR UMF NO. 20
ENCARGADA DE LA COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E
INVESTIGACION EN SALUD UMF 20**

Vo. Bo.

**DRA. SANTA VEGA MENDOZA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 20**

AGRADECIMIENTOS:

Gracias a Dios por permitirme existir y darme la oportunidad de estar al lado de las personas más valiosas que he podido tener además de concederme la fortaleza necesaria para superarme día a día.

A MI ESPOSO, Andrés eres el ser más maravilloso que he podido conocer gracias por permitirme amarte y estar a tu lado por la grandeza de tu alma que me motiva a ser una mejor persona, por apoyarme y darme tu amor incondicional, por luchar todos los días juntos.

A MIS PADRES Y HERMANAS que creen en mí y me demuestran su cariño y apoyo día con día. En especial a mi MADRE a quien le debo todo lo que soy a su esfuerzo y sacrificio que he conocido desde niña.

A MIS AMIGOS de años que a pesar de no vernos frecuentemente se que desde nuestra formación hemos disfrutado de grandes travesías en ocasiones difíciles pero siempre juntos, al apoyo que en muchas ocasiones me brindaron, a su compañía, honestidad y grandeza. A mis compañeros por emprender esta nueva aventura juntos.

A MI ASESORA Dra. Peralta le agradezco su paciencia y enseñanza que me guio durante el desarrollo de la tesis, permitiéndome conocer su sencillez que engrandece su persona.

A MIS PROFESORAS: Dra. Santa, Dra. Carmen gracias por guiarnos en estos tres años, por permitirnos conocer nuestras fortalezas y debilidades superándonos cada momento.

ÍNDICE	PÁGINA
TÍTULO	
RESUMEN	1
I. MARCO TEÓRICO	
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
III. JUSTIFICACION	28
IV. HIPÓTESIS	30
V. OBJETIVOS	31
VI. SUJETOS, MATERIAL Y MÉTODOS	32
a) Diseño del estudio	
b) Grupo de estudio	
c) Criterios de inclusión	
d) Criterios de exclusión	
e) Criterios de eliminación	
f) Tamaño de la muestra	
g) Variables de estudio	
h) Factibilidad y aspectos éticos	
i) Descripción general del estudio	
j) Análisis de resultados	
VII. RESULTADOS	47
VIII. DISCUSIÓN	56
IX. CONCLUSIONES	61
X. RECOMENDACIONES	62
XI. REFERENCIAS	63
XII. ANEXOS	67
a) Instrumentos de evaluación	
b) Consentimiento informado	

**RELACIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DISFUNCIÓN FAMILIAR
CON OBESIDAD EN MUJERES ADULTAS DERECHOHABIENTES
DE LA UMF 20 DEL IMSS.**

RELACIÓN DE ANSIEDAD, DEPRESIÓN Y DISFUNCIÓN FAMILIAR CON OBESIDAD EN MUJERES ADULTAS DERECHOHABIENTES DE LA UMF 20 DEL IMSS.

Lemus-Rodríguez Vanessa¹, Peralta-Pedrero ML².

1.- Médica residente del curso de especialización en Medicina Familiar UMF 20.

2.- Médica Familiar. Coordinadora de Programas Médicos, coordinación de unidades médicas de alta especialidad división excelencia clínica.

OBJETIVO: Determinar la magnitud de asociación entre depresión, ansiedad y disfunción familiar en mujeres con obesidad de 20 a 45 años derechohabientes de la UMF 20. **MATERIAL Y METODOS:** Estudio transversal comparativo en 2 grupos de 200 integrantes obtenidas por muestreo no probabilístico de casos consecutivos, bajo consentimiento informado, se aplican cuestionarios, autoaplicados: ficha de identificación, Método de Graffar, Escala de Hamilton, Inventario de Beck, Escala de FACES III. Se clasificaron en base al IMC en dos grupos con o sin obesidad. Análisis de variables cuantitativas: con medidas de tendencia central y dispersión. Asociación de variables con análisis bivariado. Utilizando la V15 de SPSS. **RESULTADOS:** Las características que describen al grupo con obesidad: edad 33 ± 7 , peso 81 ± 12 , talla 1.54 ± 1 , IMC 34 ± 4 , sin obesidad: edad 30 ± 7 , peso 57 ± 6 , talla 1.57 ± 1 , IMC 23 ± 2 , predominando en ambos grupos empleadas, escolaridad secundaria, estado civil casadas, estrato socioeconómico obrero 45%, medio bajo 47% en pacientes con y sin obesidad respectivamente. Ambos grupos composición familiar extensa, ciclo vital en etapa de dispersión, desarrollo familiar moderno, jerarquía económica paterna. Cohesión funcional en 64.5% y 63.5%, disfuncional en 35.5% y 36.5%. Adaptabilidad, funcional en 61% y 61.5%, disfuncional en 39% y 38,5% respectivamente para las pacientes con y sin obesidad. Análisis bivariado respecto al peso y depresión $RM = 1.60$ (IC_{95%} 1.06-2.44; $p = 0.026$), enfermedades concomitantes $RM = 4.86$ (IC_{95%} 2.08-11.36; $p = >0.001$), tabaquismo $RM = 0.57$ (IC_{95%} 0.35-0.94; $p = 0.026$).

CONCLUSIONES: Se encontró significancia estadística para la correlación entre obesidad depresión, morbilidad y tabaquismo.

PALABRAS CLAVE: Obesidad, ansiedad, depresión, disfunción y funcionalidad familiar.

RELATIONSHIP OF ANXIETY, DEPRESSION AND FAMILY DYSFUNCTION IN WOMEN WITH OBESITY ADULT MEMBERS OF THE FMU 20 OF IMSS.

Lemus-Rodriguez Vanessa¹, Peralta-Pedrero ML.²

1. Resident Medical Specialization Course in Family Medicine FMU 20.
2. Medical Familiar. Medical Program Coordinator, coordination of highly specialized medical units division clinical excellence.

OBJECTIVE: To determine the magnitude of the association between depression, anxiety and family dysfunction in obese women 20 to 45 years in title of the FMU 20. **MATERIAL AND METHODS:** A comparative cross-sectional study in two groups of 200 members obtained by non-probabilistic sampling of consecutive patients under informed consent, questionnaires were applied, self-report: identification sheet, method Graffar, Hamilton Scale, Beck Inventory Scale, FACES III. Were classified according to BMI into two groups with or without obesity. Analysis of quantitative variables with measures of central tendency and dispersion. Association of variables with bivariate analysis. Using SPSS V15. **RESULTS:** The characteristics that describe the obese group: age 33 ± 7 , weight 81 ± 12 , height 1.54 ± 1 , BMI 34 ± 4 without obesity: age 30 ± 7 , weight 57 ± 6 , height 1.57 ± 1 , IMC 23 ± 2 , predominant in both groups employed, secondary education, married status, socioeconomic status, labor 45%, medium low 47% in patients with and without obesity respectively. Both groups extended family composition, life cycle stage of dispersion, modern family development, parental economic hierarchy. Cohesion Functional 64.5% and 63.5%, 35.5% and dysfunctional in 36.5%. Adaptability, functional in 61% and 61.5%, dysfunctional in 39% and 38.5% respectively for patients with and without obesity. Bivariate analysis on weight and depression OR = 1.60 (95% CI 1.06-2.44 p= 0.026), concomitant diseases OR =4.86 (95% CI 2.08-11.36, p= < 0.001), smoking OR =0.57 (95% CI 0.35-0.94, p = 0.026). **CONCLUSIONS:** Our findings show statistical significance for the correlation between depression, obesity, disease and smoking.

KEY WORDS: Obesity. anxiety, depression, family dysfunction and functionality.

I. MARCO TEORICO

En el mundo hay más de un billón de personas con sobrepeso, y de ellos 300,000, 000 son obesos, haciendo de ello un grave problema de salud, que provoca, además de sufrimiento humano, importantes repercusiones económicas. Se calcula que en la Unión Europea la obesidad representa un 7% de los gastos de salud pública, con tendencia a la alza. Todo ello ha dado lugar a que sea considerada como la epidemia del siglo XXI.

En España, (el estudio DORICA Dislipemia, Obesidad y Riesgo Cardiovascular), muestra que la prevalencia en la población de 25 a 60 años presenta 39.2% de sobrepeso, y 15.5% de obesidad, es decir, que 54.4% de la población adulta tiene un problema de exceso de peso.¹ El 64% de los estadounidenses tiene sobrepeso, y el 30,5% son obesos. Prevalencias que se han doblado en los últimos quince años. La prevalencia de obesidad es igual en hombres y mujeres, pero las mujeres consultan con mayor frecuencia.² En Chile la mal nutrición por exceso tiene características de epidemia, ya que según cifras actualizadas del Ministerio de Salud el 61,3% de los adultos presenta sobrepeso u obesidad.³

Más de 50% de la población de adultos y casi un tercio de los niños y niñas en México tienen sobrepeso y obesidad. Estimado en millones de personas estaríamos hablando de un poco más de 32 671 millones sin contar a los niños. En su análisis de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) llevada a cabo en 1993, informa altas prevalencias de sobrepeso y obesidad en uno y otro sexo y para todos los grupos de edad. En el análisis de la Encuesta Nacional de Salud del año 2000 (ENSA 2000) observó incremento en las tasas de obesidad, con respecto a la ENEC 1993 de 5% y 4% para hombres y mujeres respectivamente. Las prevalencias de sobrepeso se mantuvieron constantes y altas, en hombres 41.4% versus 41.3% en los años 1993 y 2000, respectivamente, mientras que para los

mujeres éstas fueron de 35.6% versus 36.3% respectivamente, es decir, un ligero incremento de 0.7% con respecto a la década anterior.⁴

ENSA 2006, en el plano nacional, muestra que la prevalencia de sobrepeso fue más alta en hombres (42.5%) que en mujeres (37.4%); en cambio, la prevalencia de obesidad fue mayor en mujeres (34.5%) que en hombres (24.2%). Al sumar las prevalencias de sobrepeso y obesidad, 71.9% de las mujeres mayores de 20 años de edad (alrededor de 24 910 507 en todo el país) y 66.7% de los hombres (representativos de 16 231 820) tienen prevalencias combinadas de sobrepeso u obesidad.

Con la distribución del estado de nutrición de acuerdo con el IMC, por grupos de edad, estratificados por sexo, en la población mayor de 20 años de edad de las distintas regiones del país. La prevalencia sumada de sobrepeso y obesidad fue mayor para la Ciudad de México, tanto para los hombres (69.8%) como para las mujeres (75.4%). En el norte, la prevalencia fue de 68.5% para hombres y 74.3% para mujeres. En el centro y sur de México estos porcentajes representaron 66.7% y 64.7%, respectivamente, para hombres, y 72.7% y 68.2%, para mujeres.

El análisis por localidades urbanas y rurales muestra que la suma de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en las mujeres, de ambos tipos de localidad es mayor que la prevalencia identificada en los hombres: 73% de las mujeres urbanas y 67.9% de las rurales contra 68.8% de los hombres urbanos y 58.9% de los rurales. Para los varones de zonas urbanas, la prevalencia de sobrepeso y obesidad es casi 10 pp. mayor que la registrada en los hombres de áreas rurales. En cambio, en las mujeres esta diferencia es tan sólo 5.1 pp. mayor entre las mujeres de localidades urbanas respecto de las rurales.

En los grupos de edad, la prevalencia de obesidad acusa una tendencia a aumentar hasta alcanzar su pico a los 59 años y a partir de ahí decrece

conforme aumenta la edad. Cabe destacar que en estados como Colima, Campeche, Quintana Roo, Yucatán, Baja California Sur y Tamaulipas, 7 de cada 10 hombres sufren sobrepeso y obesidad (más de 70%). En el caso de las mujeres, esta misma proporción (prevalencia combinada de sobrepeso más obesidad superior a 70%) se halló en 23 de los 32 estados que conforman el país, es decir, en 72% del territorio nacional. El estado con la mayor prevalencia de mujeres con sobrepeso y obesidad, combinada, fue Baja California Sur, donde 8 de cada 10 mujeres adultas padecen este exceso de peso (80.9%).⁵

Teniendo en cuenta que las enfermedades crónicas no transmisibles de mayor prevalencia en México se vinculan de forma significativa con el estado nutricional. Por ello, los indicadores antropométricos de adiposidad constituyen una herramienta de gran utilidad para evaluar la presencia de obesidad y el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas.⁶

Se define paciente obeso según consenso de la Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO 2007):

Por índice de masa corporal IMC

- Peso insuficiente < 18.5 kg/m²
- Normo peso 18.5- 24.9 kg/m²
- Sobrepeso grado I 25- 26.9 kg/m²
- Sobrepeso grado II 27-29.9 kg/m²
- Obesidad tipo I 30-34.9 kg/m²
- Obesidad tipo II 35-39.9 kg/m²
- Obesidad tipo III (mórbida) 40-49.9 kg/m²
- Obesidad tipo IV (extrema) >50

En donde además la circunferencia de la cintura (CC) tiene una correlación con la grasa abdominal. Proponiendo así la OMS el uso de la CC y

considerando que el RCV (riesgo cardiovascular), aumenta a partir de 94 cm. en el hombre y de 80 en la mujer con valores límites > 102 cm. en el hombre y > 88cm en la mujer a partir de los cuales el RCV pasa a ser muy elevado.¹

El papel de la obesidad como factor de riesgo cardiovascular es un tema controversial. Estudios epidemiológicos realizados en los años 80 del siglo XX mostraron que el riesgo de sufrir complicaciones cardiovasculares aumenta en forma lineal, cuando el índice de masa corporal es mayor de 25 Kg/m². El incremento del riesgo se vuelve exponencial cuando el índice de masa corporal es mayor de 30 Kg/m².⁶

La importancia radica en que en la primera mitad del siglo pasado fueron las primeras causas de mortalidad general en México, y concomitantemente, ha aumentado la importancia epidemiológica de las enfermedades crónico-degenerativas de aquéllas de naturaleza cardiovascular. La cardiopatía isquemia, por ejemplo, es la segunda causa de mortalidad general en México, sólo debajo de la diabetes mellitus, aunque en hombres es la primera causa de muerte. El aumento de la incidencia de esta entidad es consecuencia directa de la mayor prevalencia de los precursores del proceso ateroescleroso, los llamados factores de riesgo aterogénico, como la hipertensión arterial sistémica (HAS), la hipercolesterolemia, el tabaquismo, los estados disglucémicos y la obesidad.⁷

En la obesidad los factores conductuales y de estilo de vida son determinantes tanto de causa del problema como del éxito del tratamiento.² A diferencia de otras enfermedades, puede revertirse o controlarse más fácilmente en su fase inicial. En el caso de la mujer la obesidad tiene matices peculiares. La mayor prevalencia de obesidad en las mujeres es producto de características biológicas y psicológicas así como de situaciones sociales. En comparación con los hombres, el mayor porcentaje de masa

grasa en las mujeres determina un gasto energético menor por kilogramo de peso, lo que hace más difícil perder el sobrepeso ganado.

Los embarazos favorecen la obesidad, como lo sugieren los datos que muestran una asociación entre el número de embarazos y el desarrollo de obesidad. La menopausia tiene efectos desfavorables en la composición corporal que conduce a un aumento en la obesidad entre los 40 y 60 años, particularmente si no se hacen los ajustes necesarios en el balance energético. Tienen mayor prevalencia de trastornos de la conducta alimentaria. Algunos estudios muestran mayor prevalencia de depresión y ansiedad entre las mujeres con obesidad. Estos factores psicológicos son a la vez causa y consecuencia de la obesidad. Algunos hechos sugieren que la obesidad en las mujeres tiene efectos más desfavorables que en los hombres, particularmente en lo referente a riesgo cardiovascular.⁸

En el mundo la oferta excesiva y la creciente cantidad de alimentos de alto contenido calórico, el aumento de grasas y de azúcares refinados en la dieta y la disminución de la actividad física contribuyen al aumento vertiginoso de este problema. Además de esto la cultura actual propone especialmente a las mujeres un ideal de figura corporal muy esbelta que resulta imposible de alcanzar para la mayoría. Esto crea insatisfacción y culpa, y genera estrategias que pretenden reducir el peso y el volumen corporales, pero que a veces resultan contraproducentes, como las dietas frecuentes y mal orientadas y las metas no realistas.

Existiendo por otro lado mucha desinformación sobre los hábitos alimentarios los condicionamientos que existen para el peso corporal y los perjuicios metabólicos de las “dietas” repetidas y las fluctuaciones frecuentes del peso corporal, que ocasionan trasgresión la imagen corporal y mental. En este aspecto la imagen corporal personal corresponde a la imagen mental de uno mismo hacia su cuerpo. Los factores socioculturales influyen sobre la percepción de la imagen corporal. Se ha sugerido que a mayor nivel socioeconómico y de conocimientos se presenta una mayor incidencia de la

imagen corporal personal distorsionada (ICPD) El estigma es la adjudicación a una persona o grupo de una característica que representa una identidad devaluada en un contexto social específico. Es decir, los estigmas son representaciones de una sociedad que tiene percepciones negativas sobre grupos particulares de tal manera que los individuos de una sociedad pueden considerar que las personas con exceso de grasa corporal son responsables de su gordura.⁹

Este tipo de estigmatización tiene su origen en la edad media, cuando consideraban como causa principal de la obesidad a la pereza, holgazanería y la glotonería. Lo que podría resultar en problemas psicosociales por baja autoestima, ansiedad y depresión de la mayoría de las personas con exceso de grasa corporal.

Por otra parte la obesidad contribuye a la evitación de la sexualidad y de la separación de los padres, “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”.²

En el aspecto psicológico: se refiere que el factor que predispone a la mujer a la depresión es su propio rol; la feminidad misma tal como está concebida en nuestra cultura sería el factor de mayor riesgo para la depresión. La mujer en nuestra cultura está formada según modelos y patrones de feminidad, formas de ser mujer que la condicionan a sentir y ser de una determinada manera y que la proveen de mecanismos psíquicos que la hacen más vulnerable al estrés.

Hoy en día no se puede definir una condición psicopatológica específica vinculada a la obesidad. Existen obesos con y sin psicopatía, pero no hay un trastorno propio del obeso⁹. El papel de la salud mental en el estudio y manejo de la obesidad no es sencillo. En el curso de varios trastornos mentales (la depresión atípica o los trastornos de ansiedad), es frecuente encontrar obesidad o al menos periodos de sobre ingestión.

Quizás esto tiene que ver con mecanismos complejos radicados en circuitos cerebrales relacionados con la recompensa, la regulación afectiva o la respuesta al estrés. De hecho, hoy se explora la psicología de la obesidad y de los trastornos psiquiátricos que se asocian con ella, en búsqueda de indicadores subyacentes de los fenotipos de conducta y sus endofenotipos.

Recientemente se ha descrito que hay menor activación de la corteza dorso lateral pre frontal izquierda, área cerebral relacionada con la saciedad, en personas obesas en respuesta a una comida.⁸

Como se menciona muy poco considerados, los aspectos psicológicos y familiares juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad, y por lo general nunca se abordan. Estos factores psicológicos, precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos y deben ser tomados en cuenta si se pretende mantener un peso, luego de haber alcanzado el ideal o deseable. El abordaje y tratamiento de las características psicológicas es de fundamental importancia, pues de lo contrario el paciente no es capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento y en general tiene mayor dificultad para bajar de peso y/o mantenerlo.

Los hallazgos psicopatológicos en algunos obesos tienen poca relación con la noción popular de una personalidad tipo del obeso. Acorde con esta visión, el obeso puede aparentar ser feliz y sin problemas en la interacción social, pero padecer de sentimientos de inferioridad, ser pasivo dependiente y tener una profunda necesidad de ser amado.

El de la obesidad es un fenómeno que puede darse en distintas personalidades y esto es atribuible a fallas yoicas, diversas en cada caso. Los factores que intervienen no dependen de una determinada personalidad en sentido estricto, sino de fallas parciales de cada una de esas estructuras psíquicas. La consecuencia de esto, es el comer como respuesta a las

emociones más diversas. Esta conducta en el adulto, ahora activa, repite su trauma específico temprano: haber sido alimentados cuando manifestaban a sus madres un estado de tensión interna, independientemente de cuál fuese la que los embargaba. Si se buscan factores comunes en las distintas personalidades se encuentran construcciones subjetivas semejantes a la de los adictos y sufrientes de enfermedades crónicas por lo que algunos autores hablan de una personalidad adictiva, la cual se describe como aquella que no solo tiene necesidades físico-químicas sino también un estado emocional particular relacionado con factores químicos (neurotransmisores y neuroreceptores) conectados a los sentimientos y a las necesidades biológicas de cada individuo.

La enfermedad adictiva depende de cuatro elementos interrelacionados:

1. Objeto droga: si bien la comida no tiene efectos tóxicos inmediatos ingerida en exceso abandona su función nutricional y placentera para transformarse en un elemento tóxico generando dependencia, enfermedad física y psíquica.
2. La persona: una de las características de la personalidad del obeso es que no tiene límites con su ingesta, ni con su cuerpo ni con su comportamiento, actuando en forma demandante, invasora y a la vez se deja invadir.
3. La familia: ciertas familias fomentan la adicción desde etapas tempranas, sobre todo aquellas donde está alterada la relación entre unos con otros.
4. Factores socioculturales: la mirada y el gusto de los otros intervienen como una presión en el comportamiento social de la persona obesa y en su desempeño.

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. Lo obesos viven sentimientos de desvalorización cotidianos, todos se enfrentan a la misma presión social, lo que no quiere decir que todos la elaboren de la misma manera. Así, de acuerdo a su historia personal y en combinación con los conflictos generados por un medio social hostil, la persona obesa puede o no desarrollar una psicopatía y en algunos casos trastornos alimentarios. Están las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas hipocalóricas estrictas (como aumento de depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad), de los ciclos de pérdida – recuperación de peso, que los hacen sentir culpables, avergonzados, inadecuados y criticados por su fracaso por familiares, compañeros de trabajo y profesionales de la salud, logrando conducir al obeso al desarrollo de nuevas patologías psiquiátricas, entre las que destacan la depresión, la ansiedad, angustia y hasta el trastorno alimentario compulsivo.

La ansiedad consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. 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. En este caso, 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:

- Miedo a ser abandonado: a quedar desvalido, desatendido, olvidado por los seres más cercanos e importantes.
- Miedo a no controlar los propios impulsos agresivos: ya sea relacionados a determinadas personas, a un pasado violento o a fantasías infantiles de agresión.
- Miedo a no controlar impulsos sexuales: como tendencias homosexuales o deseos inapropiados.
- Miedo a perder la estabilidad laboral y económica.
- Miedo a la despersonalización
- Miedo a que la vida se deslice por senderos imposibles de controlar, cuando los acontecimientos que afectan a un apersona supera su capacidad de adaptación.
- Miedo a no alcanzar metas personales o estándares sociales.
- Miedo 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 provoca un aumento de peso.

En cuanto a las manifestaciones depresivas, en esta psicopatología se pueden describir las siguientes características:

- Quien la sufre parece incapaz de atender, percibir y procesar los estímulos y situaciones gratificantes.
- Pérdida de interés por las actividades o situaciones que anteriormente resultaban gratificante.
- Insomnio o dificultades para conciliar el sueño.
- Sensación de cansancio, dolores musculares, estreñimiento.
- Incapacidad para hacer frente a sus obligaciones familiares, laborales y sociales habituales.
- Frecuente pérdida del apetito y finalmente de peso.
- Bajo nivel de autoestima.
- Excesiva preocupación por el estado de salud.
- Irritabilidad, incapacidad para concentrarse.
- Llanto, miedo, angustia, sin situación alguna lo justifique.
- Autorreproches por ser incapaz de salir de esta situación depresiva.
- A niveles diferentes de conciencia, suele haber sentimientos de culpa, incompetencia personal, inutilidad.
- Sentimientos no reconocidos de agresividad hacia los demás, que se vuelcan hacia uno mismo.
- Ideas más o menos concretas de suicidio.

Estas características o parte de ellas están presentes de manera permanente, no ocasional, cuya duración puede ir desde varios meses hasta varios años. Pueden agregarse elementos biográficos y psicológicos que facilitan la aparición de la depresión. El comer en exceso ciertos alimentos puede contribuir a cerrarle paso a la depresión.

Como aumentar su deseo de consumir chocolate, alimentos estimulantes, carne y otros productos ricos en proteínas e hidratos de carbono.

Estos tienen en su composición química elementos que aumentarían los niveles de serotonina, neurotransmisor que se encuentra disminuido en esta patología.

Dado que las personas obesos no suelen estar satisfechas con su imagen corporal, que frecuentemente se aíslan del contacto social, o no se atreven a iniciar contactos eróticos por temor al rechazo, etc., se puede establecer un círculo vicioso donde el comer se transforma en un acto para reducir la insatisfacción y la amenaza de depresión.

Haciendo referencia al manual DSM IV, dentro de los trastornos del estado de ánimo se describe, dentro del episodio de depresión mayor, al trastorno alimenticio como uno de los criterios para su diagnóstico. Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer. Otros, especialmente en la consulta ambulatoria, pueden tener más apetito, con apetencia por ciertas comidas (p. ej., dulces u otros hidratos de carbono). Cuando las alteraciones del apetito son graves (sea en la dirección que sea), puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso.

Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor (DSM IV)

A. Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser

- (1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).
- (2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás)
- (3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- (4) insomnio o hipersomnia casi cada día

- (5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido)
- (6) fatiga o pérdida de energía casi cada día
- (7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo)
- (8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena)
- (9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo).

E. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.¹⁰

La importancia de la depresión es que de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud está ocupa el cuarto lugar como causa de discapacidad en el mundo. Es dos veces más frecuente en la mujer en comparación con el hombre. Y desde el punto de vista socioeconómico, la depresión incrementa además el número de consultas en atención primaria, de estudios de laboratorio y días de estancia hospitalaria. Inicialmente se acompañan de síntomas somáticos y en muchas ocasiones no son reconocidas, diagnosticadas ni tratadas.¹¹

El informe mundial sobre la salud del 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1,9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un período de 12 meses es de 5.8% y 9.5% respectivamente.

La encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica llevada a cabo en 2002 entre población urbana entre 18-65 años de edad concluyó que los trastornos afectivos dentro de los que se incluyen los trastornos depresivos se ubican respecto al resto de los trastornos investigados, en tercer lugar en frecuencia para prevalencia alguna vez en la vida (9.1%), después de los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos por uso de sustancias (9.2%). En el país, el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es del 5.8%, la cifra correspondiente en los hombres es de 2.5%. En el caso de las mujeres el porcentaje de las afectadas fue de 4% en las menores de 40 años de edad y alcanzó una cifra de 9.5% entre las mayores de 60 años.¹²

Voznesenkaya y Vein (2002) demostraron que 60% de las personas obesas expuestas al estrés psicológico sufren hiperfagia como una forma patológica de defensa, acompañada de personalidades inmaduras, con rasgos ansiosos y depresivos. A esta alteración de la conducta se denominó "conducta alimentaria emocional" o hiperfagia al estrés, cuando la ingestión de alimentos no se relaciona con la sensación de hambre, sino con malestar psicológico (aburrimiento, angustia, o dificultad para resolver problemas). La obesidad en este caso, puede ser considerada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico y social. Gluck (2001), la severidad de la obesidad ha sido relacionado con estrés vital, psiconeuroticismo, depresión, humor bajo, reacciones adversas a la pérdida de peso. Delgado et al (2002), la existencia de psicopatología (ansiedad-insomnio), en 46% de los casos en el mismo grupo refuerza estudios anteriores que demostraron una tasa más alta de psicopatología, principalmente ansiedad, en personas obesas que en los de peso normal.

Observando también aumento de la prevalencia de depresión, a mayor grado de obesidad, sobre todo en las personas consideradas con obesidad severa (IMC > 40).¹³

Cuya importancia radica en que en México, según la información de 1997 del Instituto Nacional de Geografía y Estadística (INEGI), el suicidio es la decimoctava causa de muerte, lo que representa un alarmante aumento del 200% en los últimos 30 años.¹⁴

Entre los recursos de apoyo social, el más importante es la familia, por lo tanto, es lógico pensar que los trastornos en la dinámica familiar incrementan, la probabilidad de presentar síntomas depresivos.¹⁵

Por otra parte si consideramos a la familia como el primer laboratorio de relaciones humanas, la célula de la sociedad, con funciones elementales como son las de dar y conservar la vida y humanizar a sus miembros, podríamos señalar que para cumplir satisfactoriamente su rol con el individuo y la sociedad, la familia debe ser estudiada dentro de un concepto holístico de salud enfermedad.¹⁶

En el grupo familiar se dan las condiciones para que ésta sea una unidad de análisis de los procesos de la salud física y mental, por cuanto evidencia en su organización, estructura y funcionamiento el estilo de vida individual y grupal, las costumbres, los hábitos, la posición social y la dinámica de interacciones. En la familia funcional: a) las relaciones están bien establecidas y son de tipo positivo para todos sus miembros; se muestran satisfechos de estar juntos pero reconocen que cada uno de ellos tienen intereses y necesidades individuales, por lo que precisan de cierto grado de privacidad, b) no existen coaliciones internas ni competencia entre ellas, c) los límites de la familia son claros y todos la ven como una unidad, d) es una estructura de negociación para arreglar conflictos y hay una comunicación clara que permite la espontaneidad, e) existe empatía, y f) hay apoyo emocional. Por el otro lado, en la familia disfuncional: a) hay líneas

intergeneracionales borrosas, b) no existe actitud negociadora, c) se presta poca atención a los sentimientos y opiniones de los demás, d) los límites de la familia son imprecisos, e) las pautas de interacción resultan fijas y rígidas, y f) las funciones de los miembros no están claras ni limitadas.¹⁷

Así mismo el aumento de la prevalencia de obesidad y su creciente importancia dentro del perfil epidemiológico en América Latina, hace necesaria la actualización sobre tópicos aún poco conocidos como las influencias familiares en la conducta de alimentación y las evidencias existentes sobre la relación entre la conducta alimentaria familiar y la obesidad.¹⁸

Por tanto es de consideración la participación que tienen las personas que conviven con el obeso para que se produzca y mantenga el exceso de peso. Las causas psicológicas e interpersonales no son aspectos distantes y desconectados unos de otros, se funden y hasta confunden. Así algunos de estos factores psicológicos y familiares, que aunque con menos frecuencia, pueden estar presentes y socavar el tratamiento. Siendo importante el rol que juegan las personas más allegadas en la aparición y mantenimiento de la obesidad. Estas son habitualmente el cónyuge y los padres, pero también puede tratarse de hermanos y amigos. Estos, pueden tener interés consciente o inconsciente en que continúe con sus kilos sobrantes.

Entre cónyuges, no es infrecuente encontrar que se potencia la obesidad del otro por:

Necesidad de justificar, ante la pareja, y/o ante uno mismo, la inapetencia sexual.

Deseo de no dar la posibilidad de que haya un nuevo episodio de impotencia eréctil.

Miedo al abandono por otra persona más joven, o simplemente más atractiva, o por ambas cosas.

Deseo de castigar a la pareja por supuestas o reales ofensas recibidas.

Deseo de “compensar” defectos físicos que se posean, de manera que la obesidad de uno equilibra los defectos físicos del otro.

Deseo de compensar la superioridad intelectual o académica del obeso.

Dependencia, buscando la seguridad de no ser abandonado, fomentando aquello que es una limitación en su pareja.

Este deseo de potenciar la obesidad del esposo o de la esposa puede llevarse a cabo de varias maneras:

Cocinando, o proponiendo, las más apetitosas comidas justo cuando inicia un régimen.

Creando, una fuerte expectativa en torno a la bajada de peso, de manera que la persona sucumba en un mar de ansiedad y tensión.

Creando o exagerando problemas que hagan sentir al cónyuge que no es momento oportuno de concentrarse en la lucha por perder peso

Provocando recuerdos o sensaciones que lleven al cónyuge a sentirse fuertemente ansioso o desanimado

Minusvalorando la importancia de los kilos perdidos al inicio del régimen

Exagerando las dificultades que tiene la pérdida de peso.

Planteando en ese momento cuestiones pendientes que causen ansiedad o depresión.

Otro familiar de gran importancia en la vida también puede boicotear, lo sepa o no, los intentos de adelgazar de una persona.

Es el caso de algunas madres. Algunas razones, consientes o no, que ciertas madres tienen para este comportamiento pueden ser:

Evitar que la hija/o, al encontrarse más satisfecha con su físico, se relacione más, salga con los amigos y pueda formar una pareja, con lo cual la madre se quedaría más sola que si esto no se produce.

Deseos de venganza hacia la hija, e impulsos agresivos en general, normalmente ocultos a la propia conciencia, por ofensas reales o fantaseadas.

Criticando contundentemente su obesidad, expresándole rechazo por sus kilos, de manera que genere en la hija o hijo, el deseo más profundo de que la quiera a pesar de estar obesa.

Estimulando los miedos de la hija, y que esta combate equivocadamente estando obesa (como el miedo a la intimidad con el sexo opuesto).

Por tanto es importante pesquisar, a quién pueden beneficiar los kilos sobrantes, o lo que es muy similar, a quién puede perjudicar la recuperación del peso correcto.

A veces no es una persona determinada y aislada la que tiene interés en que el obeso no consiga adelgazar, sino más bien un grupo en su conjunto, y en especial la familia como un todo.

Como por ejemplo:

- Evitar la desintegración del grupo familiar (cuando en el fondo todos tienen la sensación de que nada los une y que tan solo la sensación de emergencia familiar, en este caso por un grave problema de obesidad, sirve a modo de pegamento que evite la inminente desintegración familiar.)
- Eludir la toma de conciencia de un problema mayor.
- Permitir que la persona dominante de la familia se “entretenga” con la obesidad de uno de sus miembros para que los demás puedan quedar fuera de su nefasto interés. ¹⁰

DESCRIPCIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUCION

Escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS).

Fue diseñada en 1959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1969 dividió el ítem "síntomas somáticos generales" en dos ("somáticos musculares" y "somáticos sensoriales") quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Existe una versión española, validada por Carrobles y cols en 1986.

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas. Bech y cols recomiendan administrarla siempre a la misma hora del día, debido a las fluctuaciones del estado de ánimo del paciente.

Interpretación.

Se trata de uno de los instrumentos más utilizados en estudios sobre ansiedad. Puede ser usada para valorar la severidad de la ansiedad de una forma global en pacientes que reúnan criterios de ansiedad o depresión y para monitorizar la respuesta al tratamiento. No distingue

síntomas específicos de un trastorno de ansiedad, ni entre un desorden de ansiedad y una depresión ansiosa. A pesar de discriminar adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, 0 Ausente, 1 Intensidad ligera, 2 Intensidad media, 3 Intensidad elevada, 4 Intensidad máxima (invalidante) valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

En estos casos se ha propuesto por Bech, de forma orientativa: 0 - 5 puntos (No ansiedad), 6 - 14 (Ansiedad menor o leve), 15 ó más (Ansiedad mayor o grave). Kobak propone la puntuación igual o mayor de 14 como indicativa de ansiedad clínicamente manifiesta.

Propiedades Psicométricas.

Fiabilidad: Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Validez: Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4).¹⁹

El inventario de depresión de Beck (BAI)

Fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias fases auto evaluativas que el entrevistador leía al paciente para que éste seleccionase la que mejor se adaptase a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala auto aplicada. Beck y cols.(1979) da a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz (1991), siendo ésta la más utilizada en la actualidad. Se sistematizan

4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad e intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos.²⁰

Interpretación.

El paciente tiene que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0-3. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/ severidad son los siguientes:

No depresión:	0-9 puntos
Depresión leve:	10-18 puntos
Depresión moderada:	19-29 puntos
Depresión grave:	> 30 puntos

Propiedades psicométricas.

Fiabilidad: Consistencia interna (alfa de Cronbach 0.76-0.95) La fiabilidad test oscila alrededor de $r = 0.8$. Validez: Muestra una correlación con otras escalas. En sujetos no psiquiátricos entre 0.55 y 0.73 (media 0.6).

Su validez predictiva como instrumento diagnóstico de cribado ha sido recientemente estudiada en nuestro país en una amplia muestra de población general entre 18 y 64 años de edad, con buen rendimiento:

Sensibilidad del 100 %,
Especificidad del 99 %,
Valor predictivo positivo 0.72, y
Valor predictivo Negativo de 1. ¹⁹

Método de Graffar.

Desarrollado en Francia y adaptado a la realidad nacional por el Dr. Hernán Méndez Castellanos. Venezuela desde 1959, decide aplicar el método de estratificación social del profesor belga cual sería posteriormente adoptado por FUNDACREDESA con algunas modificaciones introducidas por el Dr. Méndez considerar que permite más que otros métodos una aproximación más precisa a la interrelación entre biología y sociedad. La aplicación del Método del profesor Marcel Graffar en Venezuela por Méndez Castellano, trajo consigo algunas modificaciones para el estudio de la realidad social:

1. Se sustituyó la denominación de clase social por el término estrato social, ya que para efectos del análisis de la población confronta una complejidad que va mas allá de las tres clases sociales a las que hace referencia este término. El concepto permite contemplar mejor esta complejidad. ²¹
2. Las posibilidades de aplicación del método en Venezuela le plantearon al Dr. Méndez Castellano la necesidad de emplear el nivel de instrucción de la madre en lugar del nivel de instrucción de los padres en atención a la realidad venezolana en la cual con frecuencia es la única responsable de la conducción del hogar.
3. Otro cambio de importancia en el Método Graffar lo constituye atendiendo a la realidad educativa y tecnológica venezolana. Consiste en una estratificación de la población a partir de las siguientes cinco

variables: profesión del jefe/a de la familia, nivel de instrucción de los padres, fuente de ingreso, alojamiento y aspecto de la vivienda

A partir de la suma de las variables se identifican cinco estratos:

- * Estrato I, población con las mejores condiciones de vida, alto.
- * Estrato II, buenos niveles de vida pero sin los valores óptimos del I, medio alto.
- * Estrato III, población con posibilidades de satisfacer las necesidades básicas además del desarrollo intelectual y de tener capacidades para disfrutar de beneficios culturales, medio bajo.
- * Estrato IV es la población en lo que se denomina pobreza relativa porque no alcanzan los niveles de vida satisfactorios de los estratos anteriores. Son grupos vulnerables a los cambios económicos, están privados de beneficios culturales, obrero. Finalmente, el
- * Estrato V es la población en pobreza crítica, son las personas que. Están en condiciones de satisfacer las necesidades básicas, marginal. ^{22, 24}

FACES III

La Escala de Evaluación de Adaptabilidad y Cohesión Familiar III (FACES III) es la tercer versión de The Family Adaptability and Cohesión Evaluation Scales, instrumento desarrollado por David H. Olson y col. en 1985 y basado conceptualmente en el Modelo circunflejo de sistemas maritales y familiares, concebido por los mismos autores. Fue desarrollado con la finalidad de facilitar el enlace entre la práctica clínica, la teoría y la investigación con familias. Integra tres dimensiones de la funcionalidad familiar. ²³

Adaptabilidad: habilidad de un sistema familiar para cambiar su estructura de poder, sus roles y sus reglas de relaciones en respuesta al estrés situacional o de desarrollo.

Cohesión: grado de vinculación emocional que tienen los miembros de los sistemas familiares entre sí; grado de autonomía individual que puede experimentar una persona dentro de la familia.

Comunicación: la cohesión y la adaptabilidad son las dimensiones principales, en tanto que la comunicación favorece el mantenimiento óptimo de las otras dos. El FACES III un instrumento de auto aplicación que evalúa las dos principales funciones a través de 20 reactivos (10 para adaptabilidad y 10 para cohesión). Fue traducida al español por Gómez-Clavelina y col. Cuenta con una escala que incluye cinco opciones con valores de 1 a 5.

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre

La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes de los ítems pares y la de adaptabilidad a la de los ítems pares, calificándolas según la siguiente tabla:

		↓ Cohesión ↑			
		Disgregada 10 a 34	Semirrelacionada 35 a 40	Relacionada 41 a 45	Aglutinada 46 a 50
Adaptabilidad ↓	Caótica 29 a 50	Caóticamente Disgregada	Caóticamente semirrelacionada	Caóticamente relacionada	Caóticamente aglutinada
	Flexible 25 a 28	Flexiblemente disgregada	Flexiblemente semirrelacionada	Flexiblemente relacionada	Flexiblemente aglutinada
	Estructurada 20 a 24	Estructuralmente disgregada	Estructuralmente Semirrelacionada	Estructuralmente relacionada	Estructuralmente aglutinada
	Rígida 10 a 19	Rígidamente Disgregada	Rígidamente semirrelacionada	Rígidamente Relacionada	Rígidamente Aglutinada

En esta tabla los espacios en gris oscuro se toman como familias con disfunción grave, los espacios en gris claro como disfunción.²⁴

La correlación encontrada fue superior a $r= 0,51$, para la cohesión, y a $r= 0,42$ para la adaptabilidad, la confiabilidad para la escala total, evaluada a través del coeficiente de alpha de Cronbach fue de $0,55- 0,78$. Calcularon los coeficientes de confiabilidad alpha de Cronbach para cada uno de los factores, los que variaron entre $r= 0,67$ y $r= 0,37$.²³

Cuestionario CAGE

Screening de alcoholismo. Los cuestionarios de screening son mejores que los test de laboratorio para detectar problemas con el alcohol en poblaciones no seleccionadas.

El cuestionario CAGE fue originalmente desarrollado por Ewing y Rouse en 1968 para detectar bebedores rutinarios. En 1974, Mayfield publicó el primer estudio de validación y posteriormente su fiabilidad y validez ha sido bien documentada en diferentes medios (hospital, otras áreas clínicas) y poblaciones. Representa, por tanto, un método eficaz de screening en el abuso de alcohol.

Ha sido también modificado para el screening de abuso de drogas (CAGE-AID) y puede ser incorporado en la historia clínica rutinaria ya que su mayor ventaja es la brevedad. Los primeros tres ítems del cuestionario CAGE son consistentes y complementarios con los criterios de abuso y dependencia del DSM. Los datos de algún estudio sugieren que estos tres ítems tienen las mismas propiedades que todo el cuestionario, a pesar del punto de corte considerado.

C: *¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?*

A: *¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?*

G: *¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?*

E: *¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?*

Según el número de respuestas afirmativas, en general se considera que cuanto mayor es, mayor será también la dependencia. De este modo:

- 0-1 Bebedor social
- 2 Consumo de riesgo.
- 3 Consumo perjudicial
- 4 Dependencia alcohólica

El valor predictivo depende de la prevalencia de alcoholismo en la población en la que se aplica. Por eso el cuestionario es especialmente útil en las situaciones en las que la probabilidad de abuso es alta, como servicios de urgencias, clínicas de ETS y centros de salud para estudiantes. Una respuesta positiva para al menos dos preguntas se ve en la mayoría de los pacientes con alcoholismo, mientras que en las cuatro cuestiones se ve en aproximadamente el 50%. En comparación, alrededor del 80% de los sujetos no busca intentar reducir el consumo de alcohol y revela los problemas individuales que surgen del abuso. Es casi patognomónico de dependencia (especificidad alrededor del 100% y alto VPP, en torno a 84% en algunos estudios). No tiene prácticamente falsos positivos.

Como inconveniente principal señalar que es relativamente insensible para detectar consumos de alto riesgo en poblaciones como las mujeres, con más susceptibilidad para el daño hepático pero que no han desarrollado los estigmas sociales ni psicológicos que incluye el CAGE. Tampoco distingue entre consumo actual y pasado. Sensibilidad >85% y especificidad alrededor del 90% para el diagnóstico de abuso/dependencia.²⁵

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad es una epidemia mundial, por lo cual es imprescindible estudiar no solo los factores que la condicionan sino aquellos que puedan propiciar su permanencia, su incremento en número de personas afectadas o su severidad. Este problema afecta a ambos sexos, sin embargo en la mujer tiene matices peculiares que comienzan a ser comprendidos. La mayor prevalencia de obesidad en las mujeres parece ser producto de características biológicas y psicológicas así como de situaciones sociales. Se ha observado que el género femenino impone patrones sociales a la mujer que van desde considerar la depresión como parte de este rol hasta la imposición de un ideal de figura corporal que la hacen más vulnerable a presentar trastornos de depresión y ansiedad. Se ha documentado que la ansiedad y la depresión principalmente en adultos jóvenes se asocian a la obesidad ya que el paciente trata de controlar estos estados de ánimo incrementando la cantidad y modificando el tipo de alimentos que ingiere. Por otro lado, se ha demostrado que la percepción individual de la disponibilidad y calidad de las relaciones familiares se relacionan significativamente con la salud del individuo; una familia disfuncional puede propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros. Se ha reportado asociación entre depresión y disfunción familiar en niños, adolescentes y adultos mayores, también se ha observado que la disfunción familiar puede disminuir la adherencia al tratamiento de la obesidad; sin embargo hasta este momento no se ha estudiado el papel de la disfunción familiar, la ansiedad y depresión en las mujeres adultas jóvenes con obesidad

PREGUNTA DE INVESTIGACION

¿Existe asociación de la depresión, ansiedad y disfunción familiar con la presencia o ausencia de obesidad en la mujer de 20 a 45 años de edad que acude a la UMF 20 del IMSS?

III. JUSTIFICACION

La obesidad es una enfermedad crónica que constituye un padecimiento producto de la interacción de una serie de factores genéticos, ambientales y de estilo de vida. Es heterogénea en cuanto a su expresión clínica. Constituye un factor de riesgo para el desarrollo de numerosas comorbilidades entre las que sobresalen: diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemia y algunas neoplasias.

Actualmente representa, a nivel mundial, uno de los principales problemas de salud, no sólo por el aumento en su prevalencia, sino por el incremento en el grado de obesidad entre quienes la padecen.

Por su alta prevalencia se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública, que se encuentra en proceso de expansión en todo el mundo. En México su crecimiento ha sido más rápido que en otros países.

Requiere de un tratamiento que incida sobre los factores biológicos, socioculturales y psicológicos que la determinan y mantienen. ^{1, 6, 26}

Es necesario que el médico del obeso considere los diagnósticos de depresión, trastorno por atracón, trastorno límite de la personalidad y otras alteraciones psiquiátricas que requieran de tratamiento. Éste deberá implementarse antes del tratamiento de la obesidad o de manera simultánea, según convenga al caso. Ya que la presencia de trastornos alimentarios se ha correlacionado con una pobre adherencia a las propuestas de tratamiento que incluyen dieta, cambio en el estilo de vida y uso ordenado de fármacos de reconocida utilidad. ^{2,12,26} Como en otros padecimientos crónicos, la presencia de depresión en el obeso hace difícil la adherencia al tratamiento.

De lo anterior se desprende que consideramos aunados a los tres ejes de diagnóstico para orientar las propuestas de tratamiento del obeso (I. Las características intrínsecas de la obesidad, II. La presencia de comorbilidades, III. El estado psicológico del paciente y su capacidad para iniciar un cambio en el estilo de vida).

Agregar la identificación de redes de apoyo familiar (determinando funcionalidad), ya que el involucrar a familiares y amigos en el tratamiento de los pacientes obesos ha demostrado favorecer la adherencia, mayores pérdidas de peso y un mejor mantenimiento del peso perdido.^{15, 26}

Se subraya que en la actualidad el tratamiento de la obesidad se basa en medidas que imponen un gran esfuerzo por parte del individuo obeso, por ello es necesaria la participación de la familia y de la sociedad para construir un ambiente que haga propicio el comer adecuadamente y el practicar ejercicio.

Se considera necesario en este estudio abordar, la obesidad en mujeres de 20-45 años a fin de conocer la magnitud del problema, así como su asociación con factores como la depresión y disfunción familiar en femeninas adscritas a la UMF 20 del IMSS. Ya que esta interacción de factores permitirá conocer la permanencia de este grave problema de salud pública, que tiene amplias repercusiones a nivel institucional.

IV. HIPOTESIS

La depresión ansiedad y disfunción familiar en forma independiente se asocian a la obesidad en mujeres de 20 a 45 años de edad con un RM de al menos 2 para cada variable

V. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General

Determinar la magnitud de la asociación entre depresión, ansiedad y disfunción familiar en mujeres con obesidad de 20 a 45 años de edad que acuden a la UMF número 20 del IMSS

Específicos

- Identificar características socio demográficas edad, nivel escolar, situación laboral, estado socioeconómico, enfermedades crónicas en mujeres con y sin obesidad
- Identificar las pacientes con síntomas de ansiedad, depresión y disfunción familiar en el grupo con y sin obesidad.
- Comparar la proporción de pacientes con ansiedad, depresión y disfunción familiar del grupo de mujeres con obesidad con la proporción de pacientes con estos mismos trastornos del grupo de mujeres que no presentan obesidad.
- Determinar la contribución de ansiedad, depresión y disfunción familiar para la presencia o ausencia de obesidad.

VI. SUJETOS MATERIALES Y METODOS

El estudio se realizará en derechohabientes del sexo femenino de 20-45 años que acudan a la Unidad de Medicina Familiar # 20 IMSS, ubicada en calzada Vallejo No 675, col. Magdalena de las Salinas delegación norte México D.F. Esta unidad es un centro de primer nivel de atención, cuenta con 30 consultorios los cuáles se encargan de brindar servicios de consulta externa general, odontología, enfermería materno-infantil, prevenimss, medicina del trabajo, planificación familiar, así como servicios de laboratorio y rayos x, farmacia, curaciones, medicina preventiva.

La unidad labora de lunes a viernes en 2 turnos, matutino y vespertino, con horario de 8:00 -14:00 hrs. y de 14:00-20:00 respectivamente.

a) DISEÑO DE ESTUDIO

Transversal comparativo prolectivo

b) GRUPOS DE ESTUDIO

Los pacientes serán procedentes de los consultorios de medicina familiar (consulta externa, en el turno matutino y vespertino) de la UMF 20.

c) CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Grupo de estudio:

- Pacientes femeninas de 20-45 años portadoras de cualquier grado de obesidad (IMC igual o mayor de 30 Kg/m²).
- Mujeres adscritas a la U.M.F. No 20 del I.M.S.S. que deseen participar en el estudio, previo consentimiento informado
- Pacientes portadoras de hipertensión o diabetes mellitus tipo 2 (más de 1 año de evolución).

Grupo control:

- Pacientes femeninas de 20-45 años (IMC igual o menor de 25 Kg/m²).
- Mujeres adscritas a la U.M.F. No 20 del I.M.S.S. que deseen participar en el estudio, previo consentimiento informado
- Pacientes portadoras de diabetes mellitus tipo 2 o hipertensas (más de 1 año de evolución).

d) CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que sean portadoras de trastornos psiquiátricos diagnosticados con anterioridad.
- Pacientes con diagnóstico o medicación para depresión o ansiedad
- Pacientes que se encuentren en tratamiento con fármacos que condicionen por sí mismos obesidad o depresión.
- Pacientes con enfermedades crónicas degenerativas con descompensación aguda o de recién diagnóstico (menos de 1 año).
- Pacientes con alteraciones metabólicas o genéticas que por sí mismas condicionen obesidad.
- Pacientes que se encuentren cursando con embarazo, puerperio o lactancia.
- Mujeres con alguna imposibilidad física, que no permita realizar la medición de peso, talla, o le impida contestar el cuestionario.
- Que se encuentren en programas de actividad física o tratamiento dietético así como uso de fármacos como cortico esteroides sistémicos

e) CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes que no concluyan o deseen contestar el cuestionario.

MUESTREO: No probabilístico de casos consecutivos

f) TAMAÑO DE MUESTRA:

- Se calculó con la fórmula para comparar 2 proporciones con una potencia de 80% una confianza de 95%, OR mínimo de 2.5 con base a la frecuencia de depresión en mujeres obesas de aproximadamente 6%, en 2 grupos de similar tamaño por lo que se consideran 10 pacientes por cada una de las variables independientes y probables confusoras.

$$n = \frac{2 (Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 (p)(q)}{d^2}$$

Tamaño de la muestra n= 200 pacientes para cada grupo con y sin obesidad.

g) VARIABLES DE ESTUDIO

Variable dependiente

NOMBRE DE LA VARIABLE	CONCEPTOS	OPERACIONES	ESCALA DE MEDICIÓN (EM) Y UNIDAD DE MEDICIÓN (UM)
OBESIDAD	<p>Padecimiento metabólico crónico resultante de un balance energético positivo que se manifiesta por el depósito de tejido graso en el cuerpo, con el consecuente incremento en el peso corporal y un cortejo de manifestaciones físicas, fisiológicas y psicopatológicas.</p> <p>Que depende principalmente de la actividad física realizada, el metabolismo basal, la herencia, el funcionamiento del sistema neuroendocrino, el tipo de conducta alimentaria.</p>	A la paciente se le medirá pesará con báscula electrónica calibrada con podómetro. Marca TECNOCOR.	<p>EM: IMC, de razón.</p> <p>UM: kg/m²</p> <p>EM: Grupo de estudio o grupo control.</p> <p>Cualitativa, nominal.</p> <p>UM: pacientes con obesidad (1) pacientes sin obesidad(0)</p> <p>Se registrará peso y talla, se clasificará a las pacientes como obesas cuando su IMC sea mayor de 30 kg/m² y como sin obesidad cuando sea igual o menor de 25 kg/m²</p>

Variables independientes

NOMBRE DE LA VARIABLE	CONCEPTOS	OPERACIONES	ESCALA DE MEDICIÓN (EM) Y UNIDAD DE MEDICIÓN (UM)
ANSIEDAD	<p>Preocupación excesivas en torno a toda una serie de acontecimientos o actividades y que tienen una duración de al menos seis meses. Se dan al menos tres de los siguientes síntomas :</p> <ul style="list-style-type: none"> -Inquietud o sentirse activado -Fatigarse fácilmente -Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco -Irritabilidad -Tensión muscular -Perturbaciones del sueño 	<p>Se aplicara la escala de ansiedad de Hamilton. La prueba consta de 14 ítems. Puntuaciones 0 Ausente, 1 Intensidad ligera, 2 Intensidad media, 3 Intensidad elevada, 4 Intensidad máxima El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 56 puntos</p>	<p>EM: Cualitativa nominal UM: (0) sin ansiedad (1) ansiedad leve o menor (2) ansiedad grave o mayor</p> <p>Criterios de valoración</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- Una puntuación de 0 a 5 corresponde a ausencia del trastorno. 2.-Una puntuación de 6 a 14 corresponde a ansiedad leve o menor 3.-Una puntuación mayor o igual a 15 corresponde a ansiedad grave o mayor

<p>DEPRESION</p>	<p>Es un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perdura durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día. Además de que involucra aspectos emocionales, cognitivos, de estilo de vida y de relación con la estructura social. Es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativas y otros componentes de tipo psicológico y social, bioquímico.</p>	<p>Utilizara la escala de depresión de Beck</p> <p>Auto aplicada que consta de 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos.</p> <p>La puntuación total se obtiene sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0 a 3.</p>	<p>EM: Cualitativa nominal</p> <p>UM:</p> <p>(0) Sin depresión (1) Depresión leve (2) Depresión moderada (3) Depresión grave</p> <p>El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos.</p> <p>1.- No depresión: 0-9 puntos 2.- Depresión leve: 10-18 puntos 3.- Depresión moderada: 19-29 puntos 4.- Depresión grave: > 30 puntos</p>
<p>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</p>	<p>Capacidad del sistema familiar para satisfacer las necesidades de sus miembros durante las transiciones del desarrollo. Cuida los miembros dependientes de la familia. Distribuye las responsabilidades entre los miembros. Implica a los miembros en la resolución de los problemas. Los miembros se apoyan y se ayudan los unos a los otros.</p> <p>Esta se alcanza cuando los objetivos familiares o funciones básicas se cumplen plenamente (seguridades económica, afectiva, social y de modelos sexuales) y cuando se obtiene la finalidad (generar</p>	<p>FACES III</p> <p>Consta de 20 ítems. Otorgando las siguientes opciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Casi siempre 5. Siempre 	<p>EM: Cualitativa nominal</p> <p>UM:</p> <p>(1) Caoticamente disgregada (2) Caoticamente semirrelacionada (3) Caoticamente relacionada (4) Caoticamente aglutinada (5) Flexiblemente disgregada (6) Flexiblemente semirrelacionada (7) Flexiblemente relacionada (8) Flexiblemente aglutinada (9) Estructuralmente disgregada (10) Estructuralmente semirrelacionada</p>

	Nuevos individuos a la sociedad).		<p>(11) Estructuralmente relacionada (12) Estructuralmente aglutinada (13) Rígidamente disgregada (14) Rígidamente semirrelacionada (15) Rígidamente relacionada (16) Rígidamente aglutinada</p> <p>La calificación de cohesión es igual a la suma de los puntajes de los ítems nones y la de adaptabilidad a la de los ítems pares, calificándolas.</p> <p>Adaptabilidad:</p> <p>a) Caótica:29-50 b) Flexible: 25-28 c) Estructurada:20-24 d) Rígida 10.19</p> <p>Cohesión:</p> <p>a) Disgregada:10-34 b)Semirrelacionada: 35-40 c)Relacionada:41-45 d)Aglutinada: 46-50</p>
--	-----------------------------------	--	--

Variables universales y probables confusoras o modificadoras de efecto

NOMBRE DE LA VARIABLE	CONCEPTOS	OPERACIONES	ESCALA DE MEDICIÓN (EM) Y UNIDAD DE MEDICIÓN (UM)
EDAD	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento al momento del estudio.	Se medirá a través del interrogatorio directo al paciente de la fecha de nacimiento.	EM: Cuantitativa Razón Discreta UM: 20, 21.....n años

<p>SITUACIÓN LABORAL</p>	<p>Actividad realizada por una o varias personas, orientada hacia una finalidad, la prestación de un servicio o la producción de un bien que tiene una realidad objetiva y exterior al sujeto que lo produjo, con una utilidad social: la satisfacción de una necesidad personal o de otras personas. El trabajo así entendido involucra a todo el ser humano que pone en acto sus capacidades y no solamente sus dimensiones fisiológicas y biológicas, dado que al mismo tiempo que soporta una carga estática, con gestos y posturas despliega su fuerza física, moviliza las dimensiones psíquicas y mentales.</p>	<p>Se realizara mediante el cuestionamiento directo de la variable.</p> <p>a)empleada b)jubilada c)desempleada d) hogar e) estudiante f) estudia y trabaja</p>	<p>EM: Cualitativa nominal UM: Empleada (1) Jubilada (2) Desempleada (3) Hogar (4) Estudiante (5) Estudia y trabaja (6)</p>												
<p>ESTADO SOCIO-ECONOMICO</p>	<p>Es un índice o indicador abstracto que sirve para medir y clasificar a la población dentro de la sociedad según su ingreso, calidad de vida, acceso a servicios y gastos.</p>	<p>Cuestionamiento directo de la variable Utilizando método de Graffar- Méndez Castellano Valora 5 variables: - Profesión del jefe/a de la familia - Nivel de instrucción de los padres - Fuente de ingreso - Alojamiento y aspecto de la vivienda</p> <table border="1" data-bbox="836 1675 1121 1933"> <thead> <tr> <th>Est rat o</th> <th>Total de Puntaje Obtenido</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>I</td> <td>4-6 ALTO</td> </tr> <tr> <td>II</td> <td>7-9 MEDIO ALTO</td> </tr> <tr> <td>III</td> <td>10-12 MEDIO BAJ</td> </tr> <tr> <td>IV</td> <td>13-16 OBRERO</td> </tr> <tr> <td>V</td> <td>17-20 MARGINAL</td> </tr> </tbody> </table>	Est rat o	Total de Puntaje Obtenido	I	4-6 ALTO	II	7-9 MEDIO ALTO	III	10-12 MEDIO BAJ	IV	13-16 OBRERO	V	17-20 MARGINAL	<p>EM: Cualitativa nominal UM: (1) Estrato I, alto (2) Estrato II, medio alto (3)Estrato III, medio bajo (4) Estrato IV, obrero (5) Estrato V, marginal</p> <p>A partir de la suma de las variables</p>
Est rat o	Total de Puntaje Obtenido														
I	4-6 ALTO														
II	7-9 MEDIO ALTO														
III	10-12 MEDIO BAJ														
IV	13-16 OBRERO														
V	17-20 MARGINAL														

<p>ESCOLARIDAD</p>	<p>Periodo de tiempo que dura la estancia de un niño o joven en una escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada</p>	<p>Se realizara mediante el cuestionamiento directo de la variable</p> <p>a) sin escolaridad b) primaria c) secundaria d) bachillerato e) licenciatura</p>	<p>EM: Cualitativa nominal UM: Sin escolaridad (1) Primaria (2) Secundaria (3) Bachillerato (4) Licenciatura (5)</p>
<p>ENFERMEDAD CONCOMITANTE</p>	<p>Enfermedad simultánea o acompañante</p>	<p>Cuestionamiento directo de la variable</p> <p>a) Hipertensión b) Diabetes Mellitus tipo2</p>	<p>EM: cualitativa nominal UM: Sin enfermedad concomitante (0) Con enfermedad concomitante (1) Hipertensión arterial (1) Diabetes Mellitus 2 (2) Diabetes Mellitus 2 e hipertensión arterial (3)</p>
<p>ESTADO CIVIL</p>	<p>Define la situación jurídica de la persona en la familia y en la sociedad. Condición de una persona en el orden social: casado, soltero.</p>	<p>Cuestionamiento directo de la variable</p> <p>a) soltera b) casada c) viuda d) unión libre e) otra</p>	<p>EM: Cualitativa nominal UM: Soltera(1) Casada(2) Viuda(3) Unión libre(4) Otra (5)</p>

<p>TABAQUISMO</p>	<p>Adicción crónica generada por el tabaco, que produce dependencia física y psicológica.</p>	<p>Se realizará cuestionamiento directo de la variable</p>	<p>EM: Cualitativa nominal UM: Positivo (1) Negativo (0)</p> <p>Numero de cigarrillos por día EM cuantitativa de razón</p>
<p>ALCOHOLISMO</p>	<p>El alcoholismo es una enfermedad crónica marcada por la dependencia en el consumo del alcohol, la cual interfiere con la salud mental o física y con las responsabilidades sociales, familiares o laborales.</p>	<p>Se realizará cuestionamiento directo de la variable mediante la aplicación de cuestionario CAGE</p> <p>1.- <i>¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?</i></p> <p>2.- <i>¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?</i></p> <p>3.- <i>¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?</i></p> <p>4.- <i>¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?</i></p>	<p>EM: Cualitativa nominal UM:</p> <p>(1) 0-1 Bebedor social</p> <p>(2) 2 Consumo de riesgo.</p> <p>(3) 3 Consumo perjudicial</p> <p>(4) 4 Dependencia alcohólica</p>

NOMBRE DE LA VARIABLE	CONCEPTOS	OPERACIONES	ESCALA DE MEDICIÓN (EM) Y UNIDAD DE MEDICIÓN (UM)
<p>COMPOSICION O ESTRUCTURA FAMILIAR</p> <p>(De la Revilla, modificado por Marquez)</p>	<p>Sin familia: en esta familia se contempla no sólo al adulto soltero, si no también al divorciado, o viudo sin hijos.</p> <p>Familia Nuclear: formada por dos individuos de distinto sexo y sus hijos conviventes en el mismo domicilio</p> <p>Familia extensa: Es aquella en la que se mantienen el vinculo generacional, conviviendo en el mismo hogar dos o más generaciones, suele estar formado por hermanos, conyugues hijos y/o padres e hijos casados .nuclear extensa: en la que conviven cuatro o más hijos con sus padres.</p> <p>Nuclear ampliada o compuesta: personas sin vinculo consanguíneo, huéspedes servicio doméstico.</p> <p>Mono parental: Constituida por un solo cónyuge y sus hijos.</p>	<p>Cuestionamiento directo de la variable</p>	<p>EM: Cualitativa nominal UM:</p> <p>0) Sin familia 1) Nuclear simple 2) Extensa 3) Nuclear ampliada o compuesta 4) Monoparental</p>

<p>CICLO VITAL (Geyman)</p>	<p>Como toda organización viva la familia tiene su inicio desarrollo y ocaso</p> <p>Fase de matrimonio: se inicia con el vínculo matrimonial, concluyendo con la llegada el primer hijo.</p> <p>Fase de expansión: Momento en que con mayor velocidad se incorporan nuevos miembros a la familia.</p> <p>Fase de Dispersión: Edad de escolares e inicio de adolescencia en los hijos</p> <p>Fase de Independencia: Etapa en la que los hijos de mayor edad se casan o forman nuevas familias a partir de la familia de origen</p> <p>Fase de retiro y Muerte. Etapa en la que se deben enfrentar diversos retos y situación críticas como el desempleo, la jubilación, la viudez y el abandono.</p>	<p>Cuestionamiento directo de la variable</p>	<p>EM: Cualita nominal UM:</p> <p>(0) Sin familia (1) Matrimonio (2) Expansión (3) Dispersión (4) Independencia (5) Retiro y muerte</p>
<p>DESARROLLO FAMILIAR</p>	<p>Un dato fundamental para ubicar a la familia desde su desarrollo; es si la madre de familia trabaja o no, por si solo este elemento facilita ubicar a la familia en moderna y tradicional.</p>	<p>Cuestionamiento directo de la variable</p>	<p>EM: Cualitativa nominal UM:</p> <p>(1) moderna (2) tradicional</p>
<p>JERARQUIA ECONOMICA</p>	<p>Nivel de autoridad que es parte de las reglas que gobiernan la organización familiar.</p>	<p>Cuestionamiento directo de la variable</p>	<p>EM. Cualitativa nominal UM:</p> <p>(1) madre (2) padre (3) ambos (4) hijos</p>

h) FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS

Para la realización de este estudio considero que es muy factible se involucrarán consideraciones éticas aparentes por lo que considero necesario la realización de un consentimiento informado. De acuerdo a lo establecido en el Código de Nuremberg, el cual aclara los principios básicos que regulan la realización ética de la investigación como son: capacidad de dar consentimiento, ausencia de coacción, comprensión de los riesgos y beneficios implícitos, en relación a los Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en seres humanos entre los cuales mencionamos los siguientes; en la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. En cuanto a la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial hace referencia al deber del médico de promover y velar por la salud de las personas, mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, promover el respeto a todos los seres humanos para proteger su salud y sus derechos individuales. En 1978 se presenta el Informe Belmont: Principios éticos y pautas para la protección de sujetos humanos de la investigación. El informe establece los principios éticos fundamentales subyacentes a la realización aceptable de la investigación con seres humanos. Toma en consideración los siguientes principios:

- Respeto a las Personas los individuos deberán ser tratados como agentes autónomos y segundo, que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a ser protegidas.
- Beneficencia.- El concepto de tratar a las personas de una manera ética, implica no sólo respetar sus decisiones y protegerlos de daños, sino también procurar su bienestar.

- Justicia. Siempre que una investigación financiada con fondos públicos de como resultado el desarrollo de aparatos y procedimientos terapéuticos, la justicia demanda que estos avances no proporcionen ventajas sólo a aquellas personas que puedan pagarlas y que tal investigación no involucre indebidamente a personas o grupos que no estén en posibilidades de contarse entre los beneficiarios de las aplicaciones subsecuentes de la investigación. En las pacientes en que se detecte depresión, ansiedad, se informará a su médico familiar para que sean tratadas.

a) DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

En la sala de espera se identificaran mujeres acompañantes que cumplan con los criterios de selección, se les explicará el estudio y se les invitará a participar. Las pacientes que presenten criterios de exclusión se les darán las gracias y si es necesario se les indicará que pasen a solicitar atención médica. Se registrará el número de pacientes que cumplen criterios pero que se niegan a participar.

A las pacientes que acepten se les leerá el consentimiento informado y se solicitará su firma, se pesarán y se medirán. Se formarán grupos de 10 pacientes y se reunirán en un sitio indicado por la Jefatura de Enseñanza. A cada grupo de pacientes se les explicará que llenarán 4 cuestionarios, de tipo auto aplicado, en caso de dudas se les asistirá de manera estandarizada. Se iniciará con el llenado de la ficha de identificación método de Graffar y escala de Hamilton para lo cual se les darán 20 minutos, descansarán 7 minutos y contestarán inventario de Beck y escala de FACES III. Posteriormente se clasificarán con base en su IMC como pertenecientes al grupo con o sin obesidad. Se llevará un control del número de pacientes asignado a cada grupo, de tal forma que cuando se llegue a la cantidad de pacientes necesarios para uno de los grupos, se detendrá la inclusión, y se proseguirá con la captura del otro grupo hasta completar la muestra.

b) ANÁLISIS DE DATOS

Previo al análisis de datos se realizarán pruebas aleatorias para verificar la calidad de la captura de datos y posteriormente se realizará la limpieza de la base de datos. Para la descripción de las características principales del grupo de pacientes con y sin obesidad en caso de variables cuantitativas se utilizarán medidas de tendencia central y de dispersión, paramétricas para las que tengan distribución semejante a la normal, de lo contrario se utilizará estadística no paramétrica. Para establecer la asociación entre las variables independientes y la dependiente, se realizará análisis bivariado. Se utilizará la V15 de SPSS.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS Y FINANCIEROS

- Investigador, asesores
- Papel, hojas, bolígrafos, lápices, computadora y biblioteca, aula
- Los recursos financieros serán absorbidos por el investigador

VII. RESULTADOS

En el presente estudio, realizado en la UMF 20 de tipo transversal comparativo aplicado a una muestra total de (n=400) mujeres con edades comprendidas entre 20-45 años, que de acuerdo al IMC formaron dos grupos uno con obesidad (n=200) y otro sin obesidad (n=200). Se observó respecto a las características que describen al grupo de las pacientes con obesidad una edad promedio de 33 ± 7 , con peso de 81 ± 12 , talla de 1.54 ± 1 , IMC 34 ± 4 , la situación laboral predominantemente empleada 44.5%, escolaridad secundaria 39%, estado civil casada en 58,5% de los casos y estrato socioeconómico IV obrero en el 45%. Mientras que para el grupo de pacientes sin obesidad se encontró una edad 30 ± 7 , peso de 57 ± 6 , talla de 1.57 ± 1 y un IMC 23 ± 2 , con situación laboral predominantemente empleada 47%, escolaridad de secundaria en el 40.5%, estado civil casada 44.5% y estrato socioeconómico III medio bajo en 47% de los casos. (Cuadro 1a)

De acuerdo a la composición familiar se encontró para ambos grupos un predominio de familias extensas de las cuales 53.5% y 56%, se presentaron en pacientes con y sin obesidad respectivamente, en cuanto a la casa que habitan existió un predominio de casa propia para los dos grupos, el ciclo vital de dispersión se encontró en el 64.5% y 58.5% respectivamente, con desarrollo familiar moderno para ambos, donde el 54% y 57% corresponden a aquellas con y sin obesidad, con jerarquía económica paterna similar para los dos grupos 47%, y 44% para cada uno. (Cuadro 1b).

Dentro de los factores de riesgo el alcoholismo y tabaquismo se encontraron positivos en el 3.5% y 4.5% para el primer factor siendo un 16% y 25% positivos para el segundo, correspondiente a los grupos con y sin obesidad. De forma comparativa en cada grupo se presentaron enfermedades concomitantes en el 15% y 3,5% de los casos, predominando diabetes en ambos de los cuales se observaron 6.5% para aquellas con

obesidad y el 2% en las pacientes sin obesidad. (Cuadro 2). Por otra parte la presencia de depresión para las pacientes con obesidad fue del 39%, mientras que para las pacientes sin obesidad fue del 28.5% teniendo en ambas un predominio de depresión leve 21.5%, 18.5%, correspondiente a cada grupo. La ansiedad como factor se observó positivo en el 65% y 61% de las pacientes con y sin obesidad de las cuales el 34% se considero grave para el primer grupo y el 37% leve para el segundo. (Cuadro 3).

La cohesión se encontró funcional en el 64.5% y 63.5% siendo disfuncional en el 35.5% y 36.5%, mientras que la adaptabilidad, se observó funcional en 61% y 61.5%; disfuncional en el 39% y 38,5% correspondiente a los grupos con y sin obesidad. FACESIII que relaciona adaptabilidad y cohesión se observó funcional en un 42% y 42.5%, disfuncional en 58% y 57.5% respectivamente. (Cuadro4). Las distintas combinaciones que se obtuvieron entre adaptabilidad y cohesión que integran el FACES III, para las pacientes con obesidad fueron de predominio familias estructuralmente relacionadas (n=27), y para aquellas sin obesidad se observo un predominio de familias flexiblemente semirrelacionadas (n=27). (Cuadro 5)

Con la finalidad de identificar la relación existente entre las pacientes con obesidad y sin obesidad con factores de riesgo como depresión, ansiedad, morbilidad, tabaquismo, alcoholismo y disfunción familiar se procedió a utilizar χ^2 y RM mostrando que aquellas variables que mayor correlación significativa alcanzaron de acuerdo al peso fueron depresión RM= 1.60(IC_{95%} 1.06-2.44; p= 0.026), enfermedades concomitantes RM= 4.86 (IC_{95%} 2.08-11.36; p= >0.001), tabaquismo RM= 0.57 (IC_{95%} 0.35-0.94; p=0.026) de la misma forma se pudo apreciar que no existió correlación significativa con ansiedad RM=1.2 (IC_{95%} 0.8-1.8; p= 0.407), alcoholismo RM= 0.77(IC_{95%} 0.28-2.11; p=0.610) y disfunción familiar RM= 1.02 (IC_{95%}0.69-1.52; p=0.919) . (Cuadro 6)

Cuadro 1a. Descripción del grupo de estudio.

Característica	Pacientes con obesidad n=200(100%)	Pacientes sin obesidad n= 200(100%)
Edad (\bar{X} ,DS)	33±7	30±7
Peso (\bar{X} ,DS)	81±12	57±6
Talla (\bar{X} ,DS)	1.54±1	1.57±1
Índice de masa corporal (\bar{X} ,DS)	34±4	23±2
Situación laboral		
Empleada	89(44.5)	94(47)
Desempleada	12(6)	6(3)
Hogar	87(43.5)	72(36)
Estudiante	7(3.5)	15(7.5)
Estudia y trabaja	5(2.5)	13(6.5)
Escolaridad		
Primaria	33(16.5)	16(8.0)
Secundaria	78(39)	81(40.5)
Bachillerato	56(28)	61(30.5)
Licenciatura	33(16.5)	42(21)
Estado civil		
Soltera	34(17)	53(26.5)
Casada	117(58.5)	89(44.5)
Viuda	1(0.5)	1(0.5)
Unión libre	39(19.5)	50(25)
Otra	9(4.5)	7(3.5)
Estrato socioeconómico(Graffar)		
Estrato I Alto	3(1.5)	1(0.5)
Estrato II Medio Alto	31(15.5)	34(17)
Estrato III Medio Bajo	73(36.5)	94(47)
Estrato IV Obrero	90(45)	68(34)
Estrato V Marginal	3(1.5)	3(1.5)

\bar{X} , media. DS, desviación estándar

Cuadro1b. Descripción del grupo de estudio.

Característica	Pacientes con obesidad n=200(100%)	Pacientes sin obesidad n=200(100%)
Composición o estructura familiar (De la Revilla, modificado Márquez)		
Sin familia	2(1)	2(1)
Nuclear simple	79(39.5)	74(37)
Extensa	107(53.5)	112 (56)
Ampliada o compuesta	0	1 (0.5)
Mono parental	12(6)	11 (5.5)
Habita casa		
Propia	76(38)	69 (34.5)
Padres	68(34)	68 (34)
Otra	56(28)	63 (31.5)
Ciclo vital (Geyman)		
Sin familia	2(1)	3(1.5)
Matrimonio	6(3)	12(6)
Expansión	29(14.5)	35(17.5)
Dispersión	129(64.5)	117(58.5)
Independencia	34(17)	32 (16)
Retiro y muerte	0	1(0.5)
Desarrollo		
Moderna	108(54)	114(57)
Tradicional	92(46)	86(43)
Jerarquía económica		
Madre	29(14.5)	21(10.5)
Padre	94(47)	88(44)
Ambos	67(33.5)	79(39.5)
Hijos	10(5)	12(6)

Cuadro 2. Factores de riesgo para el grupo de pacientes estudiadas

Característica	Pacientes con obesidad n=200(100%)	Pacientes sin obesidad n=200(100%)
Alcoholismo		
Sin alcoholismo o bebedor social	193(96.5)	191(95.5)
Alcoholismo positivo	7 (3.5)	9(4.5)
Consumo de riesgo	4(2)	2(1)
Consumo perjudicial	2(1)	3(1.5)
Dependencia alcohólica	1(0.5)	4(2)
Tabaquismo		
Sin tabaquismo	168(84)	150(75)
Tabaquismo positivo	32(16)	50(25)
Número de cigarrillos (X,DS)	3±3	4±4
Presencia de enfermedad concomitante		
No	170(85)	193(96.5)
Si	30(15)	7(3.5)
Tipo de enfermedad		
Hipertensión	16(8)	3(1.5)
Diabetes	13(6.5)	4(2)
Diabetes e hipertensión	1(0.5)	0

Cuadro 3. Grados de ansiedad y depresión presentes en el grupo de pacientes estudiadas.

Característica	Pacientes con obesidad n=200(100%)	Pacientes sin obesidad n= 200(100%)
Depresión		
Con depresión leve	43(21.5)	37(18.5)
Con depresión moderada	26(13)	18(9)
Con depresión grave	9(4.5)	2(1)
Ansiedad		
Con ansiedad leve	62(31)	74(37)
Con ansiedad grave	68(34)	48(24)

Cuadro 4. Adaptabilidad y cohesión de las familias de las pacientes.

Característica	Pacientes con obesidad n= 200(100%)	Pacientes sin obesidad n= 200(100%)
Cohesión		
a)		
Balanceada o funcional	129(64.5)	127(63.5)
Semirrelacionada	63(31.5)	67(33.5)
Relacionada	66(33)	60(30)
b)		
Disfuncional	71(35.5)	73(36.5)
Disgregada	34(17)	35(17.5)
Aglutinada	37(18.5)	38(19)
Adaptabilidad		
a)		
Balanceada o funcional	122(61)	123(61.5)
Estructurada	57(28.5)	64(32)
Flexible	65(32.5)	59(29.5)
b)		
Disfuncional	78(39)	77(38.5)
Rígida	17(8.5)	16(8)
Caótica	61(30.5)	61(30.5)
Fases III		
Funcional	84(42)	85(42.5)
Disfuncional	116(58)	115(57.5)

Cuadro 5. Función familiar con base en cohesión y adaptabilidad de acuerdo a Faces III

Característica	Pacientes con obesidad n	Pacientes sin obesidad N
Faces III		
Caóticamente disgregada	8	4
Caóticamente semirrelacionada	6	6
Caóticamente relacionada	3	3
Caóticamente aglutinada	0	3
Flexiblemente disgregada	14	12
Flexiblemente semirrelacionada	18	27
Flexiblemente relacionada	20	18
Flexiblemente aglutinada	5	7
Estructuralmente disgregada	6	12
Estructuralmente semirrelacionada	19	24
Estructuralmente relacionada	27	16
Estructuralmente aglutinada	13	7
Rígidamente disgregada	6	7
Rígidamente Semirrelacionada	20	10
Rígidamente relacionada	16	23
Rígidamente aglutinada	19	21

Cuadro 6. Análisis bivariado de factores de riesgo para obesidad

Factor de riesgo	Pacientes con obesidad n (%)	Pacientes sin obesidad n(%)	RM (IC 95%)	p (χ^2)
Con Depresión	78(39)	57(28.5)	1.60(1.06-2.44)	0.026 ⁺
Con Ansiedad	130(65)	122(61)	1.2(0.8-1.8)	0.407
Con enfermedades concomitantes	30(15)	7(3.5)	4.86(2.08-11.36)	>0.001 ⁺
Tabaquismo positivo	32(16)	50(25)	0.57(0.35-0.94)	0.026 ⁺
Alcoholismo Positivo	7(3.5)	9(4.5)	0.77(0.28-2.11)	0.610
Con disfunción familiar	116(58)	115(57.5)	1.02(0.69-1.52)	0.919

RM: riesgo relativo, IC_{95%} intervalo de confianza 95%, χ^2 (p >0.05 >0.001).

VIII. DISCUSION

Debido a que la obesidad actualmente constituye uno de los principales problemas de salud a nivel nacional como se determinó por **Rivera y Cuevas**⁵ en el ENSA 2006, quienes refieren una prevalencia en mujeres de (34.5%). Y de acuerdo a lo que mostraron **Silvestry y Stavile**.¹⁰ en su revisión *aspectos psicológicos de la obesidad* se determina la importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario, de los factores psicológicos, que precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos, interactuando con otros como herencia, sedentarismo.

Se mostro en los resultados en este estudio que aunque las características generales que describen ambos grupos son similares, se encontró que en efecto, hay mayores niveles de depresión en mujeres con obesidad que en pacientes sin obesidad como se menciona en la revisión de *salud mental y obesidad* en donde se describe por **Voznesenkaya y Vein**¹³ que el 60% de las personas obesas expuestas al estrés psicológico sufren hiperfagia como una forma patológica de defensa, acompañada de personalidades inmaduras, con rasgos depresivos.

De la misma forma **Villarroel**³¹ en su artículo *repercusión de la depresión en la funcionalidad familiar de pacientes con sobrepeso y obesidad* en 55 usuarios de la consulta externa varones 32% y mujeres 68% aplicándoles la escala de depresión de Zung mencionó que el sector femenino es el más afectado por la depresión, el sobrepeso y obesidad. Así como **Padilla y cols**³⁰ en su artículo *asociación depresión obesidad* realizada en una UMF a 105 adultos entre 20-65 años, de los cuales 92% fueron mujeres y aplicándoles la escala de Zung para depresión se reportó que el 24% de los mismos con $IMC \geq 30 \text{ Kg/m}^2$ padecían grados variables de depresión. Relación que parece concentrarse en mujeres con obesidad severa. Porcentaje que en este estudio se observó superior a lo reportado por otros encontrando para las pacientes con obesidad un 39% de depresión.

Coincidiendo en que la distribución de esta es mayor en pacientes con obesidad respecto a aquellas sin obesidad, además de que su asociación con depresión grave pueden llegar a triplicar lo observado en las pacientes sin obesidad.

Por otra parte se encontró en las pacientes estudiadas que la ansiedad se presenta en más del 60% de los casos para ambos grupos aunque ya de forma comparativa no muestra diferencia en cuanto a significancia estadística para las pacientes con obesidad y sin ella, en contraste con lo que se ha mencionado en varios artículos quienes indican que la psicopatología más frecuente son las alteraciones afectivas y la ansiedad como **Ríos y cols**²⁹ en su artículo *ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso*, al valorar 296 pacientes obesos que acuden a una clínica de control de peso y aplicar la escala de Hamilton encontraron que existen niveles de ansiedad en el paciente obeso, teniendo las mujeres mayores grados de esta. **Lora y Saucedo**.³³ en su *estudio conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México* se analizó la distribución y la relación que existe entre el IMC, las conductas alimentarias de riesgo e insatisfacción con la imagen corporal en 659 mujeres de 25-45 años encontrando que existe asociación entre el sobrepeso y la obesidad con las conductas alimentarias de riesgo, circunstancias que indican que a mayor IMC mayor realización de conductas compensatorias y de comer compulsivamente coincidiendo con **García y cols**.⁸ quienes mencionan en la revisión de *obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública* que los pacientes obesos sufren ansiedad e impulsividad, con periodos de sobre ingestión de energía “adicción a los alimentos”.

Lara²⁷ cuyo artículo acerca del *perfil psicológico de la obesidad mórbida* con el objetivo de detectar las características psicológicas de un grupo de 31 pacientes con obesidad reflejan en sus resultados que esta última presenta

comorbilidad con los trastornos de personalidad dependiente y compulsiva. Lo cual sugiere que probablemente la aplicación de otro instrumento pudiera determinar la presencia de ansiedad asociada a trastornos de alimentación y obesidad, además de considerar necesario ahondar en la búsqueda de otros factores que pudieran desencadenarla y en este caso pudieran actuar como confusores en la asociación con alteraciones en el peso corporal. Sin embargo sin descartar que este síntoma pueda presentarse en pacientes con obesidad y deberá tenerse en cuenta para su adecuado manejo.

Respecto a los resultados obtenidos en cuanto a adaptabilidad y cohesión para función o disfunción familiar coincidimos con lo reportado por **Lara**²⁷ que las personas que sufren obesidad presentan unas relaciones familiares funcionales. De la misma forma **Villarroel**³¹ observaba en su estudio que la mayoría tienen funcionalidad familiar normal.

Encontrando en este estudio que no existe relación significativa entre el incremento de peso y la presencia o ausencia de funcionalidad familiar. Por otra parte al relacionar adaptabilidad y cohesión constituyendo el FACES III se pudo comprobar que la mayor parte de las pacientes estudiadas presentan disfunción, sin diferencias significativas entre ambos grupos. Aunque existe poca literatura en mujeres de estas edades que disminuye e imposibilita su comparación. Ya que en varios artículos pese a no abordar este factor en mujeres de estas edades, ha realizado la búsqueda de la misma en adolescentes aplicando Apgar como instrumento para determinar funcionalidad familiar como lo reportado por **Forero y cols**³⁴ en su artículo *consistencia interna y análisis de factores de la escala de APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria*, en donde se aplica este instrumento en estudiantes de un colegio de Bucaramanga, Colombia concluyendo que además de su buena consistencia interna tiene como características ser una escala cuyos incisos giran alrededor del concepto de disfunción familiar, consta de cinco ítems y requieren poco tiempo para su aplicación, constituyendo una escala

diagnóstica o de tamizaje. Dentro de la misma investigación se sugiere que existen otros elementos de la funcionalidad familiar no explicados por las preguntas que lo componen y que otros instrumentos como el Faces III pudieran completar la evaluación de funcionalidad familiar.

Motivo por el cual fue aplicado en este estudio aunque desde el punto de vista de investigación se requiere mayor evidencia para determinar la sensibilidad del instrumento FASES III para detectar disfunción familiar ya que es un instrumento que se elaboró para incrementar la precisión de Apgar familiar pero tal vez en este proceso se perdió sensibilidad, por otro lado sería interesante observar si hay diferencia en la percepción de la función familiar en los familiares de las pacientes con y sin obesidad ya que los resultados expresan una percepción similar entre los grupos sin embargo para aproximarnos más a la realidad habría que medir a la familia de ambos grupos. Por otra parte dentro de los mismos factores de riesgo para la obesidad se encontró que la morbilidad presenta una significancia estadística importante para estas pacientes teniendo una relación directamente proporcional, en donde entre mayor obesidad mayor presencia de morbilidades como lo refiere **Sánchez y cols** ⁴ en el artículo *epidemiología de la obesidad* que reporta lo encontrado a nivel nacional en el 2004 donde la obesidad es considerada, el factor principal de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 al atribuírsele 61% de la prevalencia. Mencionando que para un IMC de 26 kg/m² el riesgo de diabetes, fue ocho veces más alto en las mujeres en la población mexicana.

De acuerdo a la relación existente entre tabaquismo y obesidad, en esta investigación se encontró que las pacientes con obesidad muestran una menor frecuencia de casos positivos en comparación con las pacientes de peso normal, difiriendo con lo encontrado por **Cornejo y cols.** ³⁵ los cuales en su artículo *obesidad epidemia asociada a tabaquismo edad y presión arterial* observaron que existe independencia entre el tabaco y la obesidad, pues la diferencia entre obesos y no obesos que fuman y no fuman no es

estadísticamente significativa. Por el contrario hay que destacar que el alcoholismo no presentó diferencia significativa entre las pacientes con obesidad o sin ella contrastando a lo encontrado **por Quiles y cols.** ³⁶ quienes mencionan en su artículo de revisión *situación de la obesidad en España y estrategias de intervención que el consumo habitual de alcohol* también se asocia con el exceso ponderal. Cabe destacar que este dato debido a la escasa frecuencia de casos positivos puede mostrar alteraciones para su detección y relación con los grupos observados.

IX. CONCLUSIONES

Los resultados de esta investigación demuestran que

Las mujeres con presencia de obesidad tienen una significada tendencia a presentar grados variables de depresión, superando lo encontrado en las pacientes sin obesidad.

En esta ocasión sin determinar que el grado de obesidad pudiera relacionarse con la presencia o ausencia significativa de función o disfunción familiar, dato que muestra resultados similares a los encontrados en la correlación con ansiedad. Sin embargo en este último caso pese a no tener una significancia estadística en los grupos de forma comparativa, su presencia supera el 60% de presentación para las pacientes de ambos grupos.

De acuerdo a lo encontrado en este estudio la obesidad como se ha demostrado se relaciona de forma importante con la presencia de enfermedades asociadas.

Un dato que presenta correlación negativa es la presencia de obesidad asociada a tabaquismo, predominando en pacientes sin obesidad.

X. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS

De acuerdo a la investigación realizada se sugiere continuar con aspectos que permitan profundizar en el abordaje de la funcionalidad familiar asociada con obesidad, pues pese a no encontrar diferencias significativas en los grupos de estudio se debe considerar su probable existencia en las mujeres que acuden a consulta con la finalidad de ofrecer una atención integral.

Sin olvidar en la obesidad la búsqueda de otros aspectos como, el sedentarismo, patrones de alimentación y sus trastornos así como la presencia de eventos traumáticos o violentos que en la infancia y adolescencia pudieran tener relación con la presencia de esta además de psicopatologías aunadas que pudieran generarla o perpetuarla. Con la finalidad de utilizar todo esto como estrategia de tratamiento de la obesidad en las mujeres ya que permitiría generar tácticas puntuales e interdisciplinarias de motivación a fin de promover una mejor adherencia y éxito terapéutico.

Comenzando con una mejor relación médico paciente que pretende incrementar la empatía, generando en la paciente un papel activo que le permita un cambio de conducta, promoviendo la educación sobre la enfermedad e involucrando a su familia. Por otra parte que el médico de primer contacto reconozca que debe abordar y visualizar a la obesidad desde etapas iniciales como una patología que pudiera ser consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social, que puede crear alteraciones emocionales, funcionales, en calidad de vida y relaciones personales y sociales, sin olvidar buscar intencionadamente la presencia de enfermedades crónico degenerativas que deben ser tratadas al mismo tiempo que la obesidad.

XI. REFERENCIAS

1. Corio AR. Nutrición sobrepeso y obesidad. Curso actualización en nutrición para atención primaria, 2007: 03-59.
2. Bersh S. La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. Revista colombiana psiquiátrica, 2006; 35(4):1-11.
3. Tapia SA, Masson SL, Detección de síntomas depresivos en pacientes con sobrepeso y obesidad. Revista chilena de nutrición, 2006; 33(2): 162-69.
4. Sánchez CC, Pichardo OE, López RP. Epidemiología de la obesidad. Gaceta médica Méx, 2004; 140(2): S3-20.
5. Rivera DJ, Cuevas NL, Shamah LT, ét al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006. Revista Instituto Nacional de Salud Pública, 2006: 83-103.
6. Barquera CS. Obesidad, actividad física, indicadores antropométricos de riesgo y enfermedades crónicas. Salud pública de México, 2006; 49: E306-16.
7. Lara EA, Meaney E. Factores de riesgo cardiovascular en población femenina urbana de México. Revista mexicana de cardiología, 2007; 18(1): 24-34.
8. García GE, De la LLata RM, Kaufer HM, ét al. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública. Una reflexión. Revista Salud Pública México, 2008; 50(6): 530-47.
9. Casillas EM, Montaña C N. A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. Revista Biomédica, 2006; 17: 243-49.
10. Silvestri E, Stavile AE. Aspectos psicológicos de la obesidad. Postgrado Obesidad a distancia Universidad Favaloro, 2005:1-37.
11. Peralta PM, Mercado CE. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. Rev. Med Inst. Seguro Soc, 2006; 44(5): 409-14.
12. Bello M, Fuentes R E. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud pública, 2005; 47 (1): S4-11.

13. Villaseñor BS, Ontiveros EC, Cárdenas CK. Salud mental y obesidad. *Revista Investigación en salud*, 2006; VIII (002): 86-90.
14. Ramírez CS, Jiménez SN. Concentraciones séricas de colesterol e intento suicida, *Medicina Interna de México*, 2008; 24 (3): 181-85.
15. Moussavi S, Chatterji S. Influencia de la depresión y las enfermedades crónicas sobre el estado de salud. *Medicina geriátrica*, 2008:1-3.
16. Alchaer AJ, Bahsas F, Hernández NR, et al. Relación entre el funcionamiento familiar, el estrés y la ansiedad. *Revista de la Facultad de Medicina, Universidad de los Andes*, 1994; 3(3-4): 81-8.
17. Vargas MJ, González ZC. Escuela para padres: El funcionamiento familiar. *Centro regional de Investigación en psicología*, 2009; 3(1): 19-22.
18. Domínguez VP, Olivares S. Influencia familiar sobre la conducta alimentaria y su relación con la obesidad infantil. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 2008; 58(3): 249-255.
19. American Psychiatric Association. *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington, 2000.
20. Beck AT, Steer RA. *Manual for the Revised Beck Depression Inventory*. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1987.
21. Nivel socioeconómico, medicina familiar wikirole (on lin) 2008 julio, (acceso 3 de agosto de 2009). Disponible en <http://www.nivel+socio+económico+familiar>
22. Método Graffar-Méndez Castellano. Fundacresa (online) 2005 agosto (acceso 03 agosto de 2009) Disponible en http://fundacredesa.org/fundacredesa/tikiPage.php?pageName=fam_metod_graff
23. Zegers B, Larraín M. Validez y confiabilidad de la versión española de la escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar (CAF) de Olson, Russell & Sprenkle para el diagnóstico del funcionamiento familiar en la población chilena. *Rev. neuropsiquiatría*, 2003; 41(1):1-5
24. Huerta GJ. *La familia en el proceso salud-enfermedad*. Editorial Alfil. Medicina familiar. México, 2009.

25. Aalto M, Tuunanen M. Effectiveness of structured questionnaires for screening heavy drinking in middle-age woman. *Alcohol Clin Exp Res*, 2006; 30(11): 1884-8.
26. Arellano MS, Basterrachea SR, Bourges RH, ét al. La obesidad en México, Posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología, obesidad diagnóstico y tratamiento. *Revista de endocrinología y nutrición*, 2004; 12(4): S 80-7.
27. Lara, LB. Perfil psicológico de la obesidad mórbida. *Apuntes de psicología*, 2008; 26(1): 51-68
28. Vázquez VV, López AJ. Psicología y la obesidad articulo de revisión. *Revista de endocrinología y nutrición*, 2001; 9(2): 91-6.
29. Ríos MB, Rangel RG, Álvarez CR, ét al. Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta médica grupo Ángeles*, 2008; 6(4): 147-153.
30. Padilla TE, Ruíz GJ, Rodríguez OA. Asociación depresión obesidad. *Salud Pública de México*, 2009; 51(4): 275-6.
31. Villarroel ZC, Repercusión de la depresión en la funcionalidad familiar de pacientes con sobrepeso y obesidad. *Revista nacional de la sociedad Cochabamba de Medicina Familiar*, 2010; 2(1): 27-33.
32. García GE. ¿Qué es la obesidad? *Revista de Endocrinología y Nutrición*, 2004; 12(4): S80-90.
33. Lora CC, Saucedo MT. Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas en la ciudad de México. *Salud Mental*, 2006; 29(3): 60-7.
34. Forero AL, Avendaño DM, Duarte CZ, ét al. Consistencia interna y análisis de factores de la escala de Apgar para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Revista colombiana de psiquiatría*, 2006; XXXX (001): 23-29.

35. Cornejo MA, Cuadra J. Obesidad, epidemia asociada a tabaquismo, edad y presión arterial. Revista de la facultad de medicina de Chile, Chile, 2008: 1-18
36. Quiles IJ, Pérez RC. Situación de la obesidad en España y estrategias de intervención. Revista Española de Nutrición comunitaria, 2008; 14 (3): 142-49.

XII. ANEXOS

Ficha de identificación.

<p>Edad: _____ años Peso: _____ kg Talla: _____ mts IMC: _____</p>	<p>Usted habita en casa:</p> <p>(1) Propia (2) De sus padres (3) De sus hijos (4) Otra</p>
<p>En su hogar habitan:</p> <p>(1) Usted (2) Usted y su esposo (3) Usted esposo e hijos (máximo 2) (4) Usted esposo e hijos más de 2 (5) Usted, amigos, compañeros, etc (6) Usted, padres, hermanos</p>	<p>Identifique cual es la característica que define mejor a su familia.</p> <p>(1) Matrimonio que aun no tienen hijos (2) Matrimonio con hijos que aun no acuden a la escuela (3) Matrimonio con hijos que acuden a la escuela o son adolescentes (4) Viudos, jubilados, sin hijos a su cargo (5) Vive solo</p>
<p>En su hogar quien trabaja:</p> <p>(1) Madre (2) Padre (3) Ambos (4) Hijos</p>	<p>¿Cuál es su ocupación?</p> <p>(1) Empleada (2) Jubilada (3) Desempleada (4) Hogar (5) Estudiante (6) Estudio y trabajo</p>
<p>¿Cuál es su grado de estudios?</p> <p>(1) Sin escolaridad (2) Primaria (3) Secundaria (4) Bachillerato (5) Licenciatura</p>	<p>¿Su estado civil es?</p> <p>(1) Soltera (2) Casada (3) Viuda (4) Unión libre (5) Divorciada</p>
<p>¿Usted fuma?</p> <p>(1) Si numero de cigarrillos por dia _____</p> <p>(0) No</p> <p>¿Su médico le ha informado que padece alguna enfermedad? ¿Cuál?</p> <p>_____</p> <p>¿Qué tiempo tiene de padecerla?</p> <p>_____</p>	<p>1.- ¿Ha sentido alguna vez que debe beber menos?</p> <p>(0) negativo (1) positivo</p> <p>2.- ¿Le ha molestado que la gente lo critique por su forma de beber?</p> <p>(0) negativo (1) positivo</p> <p>3.- ¿Alguna vez se ha sentido mal o culpable por su forma de beber?</p> <p>(0) negativo (1) positivo</p> <p>4.- ¿Alguna vez ha necesitado beber por la mañana para calmar los nervios o eliminar molestias por haber bebido la noche anterior?</p> <p>(0) negativo (1) positivo</p>

Evaluación de: Estrato socioeconómico Método de Graffar

Instrucciones: señale con una x dentro del recuadro el que describa el número con la respuesta que se ajuste a usted

1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de Alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Escala de ansiedad: Hamilton.

Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada pregunta realizada, de acuerdo a lo que refleje su situación actual o en las últimas 3 semanas

	A U S E N T E	L I G E R A	M E D I A	E L E V A D A	M A X I M A O I N V A L I D A N T E
1.- Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión, irritabilidad	0	1	2	3	4
2.- Sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud	0	1	2	3	4
3.- Temor a la obscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes	0	1	2	3	4
4.- Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio, cansancio al despertar	0	1	2	3	4
5.- Dificultad para concentrarse, mala memoria	0	1	2	3	4
6.- Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día	0	1	2	3	4
7.- Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, cuajar de dientes, voz temblorosa	0	1	2	3	4
8.- Zumbido de oídos, visión borrosa, sofocos, escalofrío, sensación de debilidad, sensación de hormigueo	0	1	2	3	4
9.- Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo	0	1	2	3	4
10.- Opresión o constricción del pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11.- Dificultad para tragar, gases, dispepsia, dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos, diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12.- Micción urgente, micción frecuente, alteraciones menstruales, aparición de frigidez	0	1	2	3	4
13.- Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigo, cefalea de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14.- (Durante la entrevista): tensa, no relajada, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo, inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial (fisiológico): tragar saliva, taquicardia en reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20, sacudidas energéticas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos, sudor, tics en párpados.	0	1	2	3	4
PUNTUACION TOTAL					

Inventario de depresión de Beck. **INSTRUCCIONES:** De acuerdo a las siguientes preguntas señale que respuesta refleja su situación actual o en la última semana.

PREGUNTA 1.

(0) No me siento triste

- (1) Me siento triste
- (2) Me siento triste continuamente
- (3) Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

PREGUNTA 2.

(0) No me siento especialmente desanimado de cara al futuro

- (1) Me siento desanimado de cara al futuro
- (2) Siento que no hay nada por lo que luchar
- (3) El futuro es desesperanzador y no hay nada por lo que luchar

PREGUNTA 3.

(0) No me siento como un fracasado

- (1) He fracasado más que la mayoría de las personas
- (2) Cuando miro hacia atrás, lo único que veo es un fracaso tras otro
- (3) Soy un fracaso total como persona

PREGUNTA 4.

(0) Las cosas me satisfacen tanto como antes

- (1) No disfruto de las cosas como antes
- (2) Ya no tengo ninguna satisfacción de las cosas
- (3) Estoy insatisfecho o aburrido con respecto a todo

PREGUNTA 5.

(0) No me siento especialmente culpable

- (1) Me siento culpable en bastantes ocasiones
- (2) Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
- (3) Me siento culpable constantemente

PREGUNTA 6.

(0) No creo que esté siendo castigado

- (1) Siento que quizá esté siendo castigado
- (2) Espero ser castigado
- (3) Siento que estoy siendo castigado

PREGUNTA 7

(0) No estoy descontento de mi mismo

- (1) Estoy descontento de mi mismo
- (2) Estoy a disgusto conmigo mismo
- (3) Me detesto

PREGUNTA 8.

(0) No me considero peor que cualquier otro

- (1) Me critico por mi debilidad o por mis errores
- (2) Continuamente me culpo por mis faltas
- (3) Me culpo por todo lo malo que sucede

PREGUNTA 9.

(0) No tengo ningún pensamiento de suicidio

- (1) A veces pienso en suicidarme pero no lo haré
- (2) Desearía poner fin a mi vida
- (3) Me suicidaría si tuviera oportunidad

PREGUNTA 10.

(0) No lloro más de lo normal

- (1) Ahora lloro más que antes
- (2) Lloro continuamente
- (3) No puedo dejar de llorar aunque me lo proponga

PREGUNTA 11.

(0) No estoy especialmente irritado

- (1) Me molesto o irrito más fácilmente que antes
- (2) Me siento irritado continuamente
- (3) Ahora no me irritan en absoluto las cosas que antes me molestaban

PREGUNTA 12.

(0) No he perdido el interés por los demás

- (1) Estoy menos interesado en los demás que antes
- (2) He perdido gran parte del interés por los demás
- (3) He perdido todo interés por los demás

PREGUNTA 13.

(0) Tomo mis decisiones igual que antes

- (1) Evito tomar más decisiones que antes
- (2) Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
- (3) Me es imposible tomar decisiones

PREGUNTA 14

- (0)** No creo tener peor aspecto que antes
(1) Estoy preocupado porque parezco envejecido y poco atractivo
(2) Noto cambios constantes en mi aspecto físico que me hacen parecer poco atractivo
(3) Creo que tengo un aspecto horrible

PREGUNTA 15.

- (0)** Trabajo igual que antes
(1) Me cuesta más esfuerzo de lo habitual comenzar a hacer algo
(2) Tengo que obligarme a mí mismo por hacer algo
(3) Soy incapaz de llevar a cabo ninguna tarea

PREGUNTA 16.

- (0)** Duermo tan bien como siempre
(1) No duermo tan bien como antes
(2) Me despierto 1 ó 2 horas antes de lo habitual y me cuesta volverme a dormir
(3) Me despierto varias horas antes de lo habitual y ya no puedo volverme a dormir

PREGUNTA 17.

- (0)** No me siento más cansado de lo normal
(1) Me canso más que antes
(2) Me canso en cuanto hago cualquier cosa
(3) Estoy demasiado cansado para hacer nada

PREGUNTA 18.

- (0)** Mi apetito no ha disminuido
(1) No tengo tan buen apetito como antes
(2) Ahora tengo mucho menos apetito
(3) He perdido completamente el apetito

PREGUNTA 19.

- (0)** No he perdido peso últimamente
(1) He perdido más de 2 kilos (sin estar a dieta de adelgazamiento)
(2) He perdido más de 4 kilos (sin dieta)
(3) He perdido más de 7 kilos (sin dieta)

PREGUNTA 20.

- (0)** No estoy preocupado por mi salud
(1) Me preocupan los problemas físicos como dolores, el malestar del estómago o los catarros

- (2) Me preocupan las enfermedades y me resulta difícil pensar en otras cosas
(3) Estoy tan preocupado por las enfermedades que soy incapaz de pensar en otras cosas

PREGUNTA 21.

- (0)** No he observado ningún cambio en mi interés por el sexo
(1) La relación sexual me atrae menos que antes
(2) Estoy mucho menos interesado en el sexo que antes
(3) He perdido totalmente el interés sexual

Escala de evaluación FACES III

INSTRUCCIONES: ELIJA EL NUMERO COLOCANDOLO SOBRE LA LINEA DE LA IZQUIERDA A AQUEL QUE CORRESPONDE A LA RESPUESTA CON LA QUE MAS IDENTIFICA A SU FAMILIA.

1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces

4. Casi siempre 5. Siempre

Describa a su familia:

___ 1. Los miembros de nuestra familia se apoyan entre si

___ 2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas

___ 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia

___ 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina

___ 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos

___ 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad

___ 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de la nuestra familia

___ 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas

___ 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia

___ 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos

___ 11. Nos sentimos muy unidos

___ 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones

___ 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente

___ 14. En nuestra familia las reglas cambian

___ 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia

___ 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros

___ 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones

___ 18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad

___ 19. La unión familiar es muy importante

___ 20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA.

México D.F. a _____ de _____ del 2010.

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado “Relación de ansiedad, depresión y disfunción familiar con obesidad en mujeres adultas derechohabientes de la UMF 20 del IMSS”.

Registrado ante el Comité Local de Investigación

El objetivo del estudio es obtener información que nos permita conocer relación entre la presencia de síntomas depresivos, de ansiedad y disfunción familiar que se presenta en las pacientes que cursan con obesidad en las edades comprendidas de 20-45 años adscritas al a Unidad de Medicina Familiar No. 20 del I.M.S.S.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en aceptar leer cuidadosamente el siguiente cuestionario y contestar lo más honestamente posible las preguntas que se plantean en él.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio que son los siguientes:

No se pone en riesgo la integridad de las pacientes

El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento (en caso de que el proyecto modifique o interfiera con el tratamiento habitual del paciente, el investigador recompromete a dar información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento).

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades 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. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del paciente

Dra. Lemus Rodriguez Vanessa
R3 Medicina Familiar

Números telefónicos a los cuáles puede comunicarse en caso de emergencia, dudas o preguntas relacionadas con el estudio, 53331100.

Testigos