



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN EN PACIENTES
CON OBESIDAD O SOBREPESO DE LA UMF No. 28
GABRIEL MANCERA.**

T E S I S

**QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TÍTULO DE
POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE:**

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

**NOMBRE DEL ALUMNO
OLGA ROMERO SÁNCHEZ**

ASESOR DE TESIS

**DR. JAFET FELIPE MÉNDEZ LÓPEZ
PROFESOR TITULAR
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
“GABRIEL MANCERA” IMSS**

**CD. DE MÉXICO
No Registro R210-3609-21**



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.

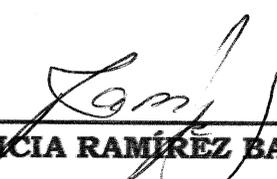
**“FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN EN PACIENTES
CON OBESOS O SOBREPESO DE LA UMF No 28
GABRIEL MANCERA”**

AUTORIDADES DEL IMSS



DR. ERNESTO ROMERO HERNÁNDEZ

**DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 31 VICENTE
GUERRERO IMSS**



DRA. LETICIA RAMÍREZ BAUTISTA

**PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR PARA DE MEDICOS GENERALES LA UMF No. 31
VICENTE GERRERO IMSS.**

**“FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
OBESOS O SOBREPESO DE LA UMF No 28 GABRIEL MANCERA”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

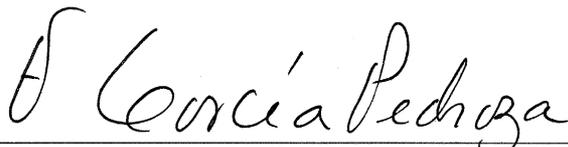
OLGA ROMERO SÁNCHEZ

AUTORIZACIONES:



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA

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



DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA

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

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

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

AGRADECIMIENTOS

Al Señor Jesucristo, mi Señor y Dios, por enseñarme el camino correcto de la vida, guiándome y fortaleciéndome cada día.

A mis Hijas:
Dedico la presente tesis a los seres que más amo en este mundo a mis hijas Cynthia, Nancy y Karina, por ser la fuente de mi inspiración y motivación para superarme cada día más, y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor.

Al Dr. Oscar Garduza Flores
A quien quiero como un hijo
Por todo su apoyo y comprensión.

A mi Madre:
Olga Sánchez Trejo, quien
Con su amor y dedicación
Hizo de mí una mujer que
Vive los principios que ella
Me ha inculcado, a quien
Le debo lo que soy y todo
Lo que tengo, a la cual
Jamás podré pagar ni una
De sus lágrimas que haya
Derramado por mí.

A mi padre:
José Trinidad Romero Tovar
Como un homenaje a la memoria
De mi padre que siempre llevo en
La mente y corazón.

A mis Hermanos y Hermanas:

José Trinidad, Pablo,

Héctor, Alberto, Armando,

María Silvia y Martha

Que con su amor me han enseñado a salir adelante. Gracias por su paciencia, gracias por compartir sus vidas, pero sobretodo, gracias por estar en momentos tan importante en mi vida.

A todos mis profesores no sólo

Del posgrado, sino de toda la vida,

Mil gracias porque de alguna manera

Forman parte de lo que ahora soy.

Especialmente a los que están

En esto conmigo: profesor Dra. Gabriela Navarro Susano

Dr. Jafet Felipe Méndez, Dr. Isaías Hernández Torres,

Dra. Leticia Ramírez y Dra. Virginia Ramírez Ochoa

Al Dr. Francisco Javier Romero Loaiza

Un gran amigo

Por su ayuda y comprensión.

A mi inolvidable Universidad Nacional
Autónoma de México que me dio
la oportunidad de Formarme en ella.

Al Instituto Mexicano del
Seguro Social que me dio
La oportunidad de Formar
Parte de él.

A todos mis familiares, amigos
Amigas y compañeros.

ÍNDICE

	PÁG.
RESUMEN	8
MARCO TEÓRICO	10
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	25
JUSTIFICACIÓN	25
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	26
HIPÓTESIS	27
MATERIAL Y MÉTODOS	27
SECCIÓN DE LA MUESTRA	30
VARIABLES	32
DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE VARIABLES ...	32
INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	36
CONSIDERACIONES ÉTICAS	38
RESULTADOS	41
DISCUSIÓN	54
CONCLUSIONES	57
REFERENCIAS	58
ANEXOS	62

“FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y/ O DEPRESIÓN EN PACIENTES CON OBESIDAD O SOBREPESO DE LA UMF No 28 GABRIEL MANCERA”

AUTORES: DRA. OLGA ROMERO SÁNCHEZ

OBJETIVO: Evaluar la frecuencia de la ansiedad y/o depresión en pacientes con obesidad o sobrepeso de la UMF No 28 Gabriel Mancera.

INTRODUCCIÓN: El estudio de la obesidad desde diversas perspectivas psicológicas es interesante y fértil; muchos de los factores considerados de importancia etiológica, como dependencia del medio ambiente, falta de control de impulsos, incapacidad para retrasar la gratificación o un estilo de comida mal adaptado, al igual que un factor de gran importancia que se debe considerar como es la depresión y/o ansiedad, que parecen ser en realidad consecuencia de la obesidad y pueden servir para perpetuar e intensificar problemas relacionados con el peso.

MATERIAL Y MÉTODOS: Diseño: Prospectivo, Observacional, Transversal. El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo para una variable nominal; requerirá 200 pacientes con un intervalo de confianza de 90% con una proporción de 0.25 con una amplitud de intervalo de confianza de 0.10, por selección aleatoria simple, donde la variable dependiente es: ansiedad y/o depresión (escala de Hamilton Ansiedad y Escala Hamilton Depresión) y la variable

independiente: obesidad. Abarcando un periodo de julio de 2009 a noviembre de 2010. El análisis estadístico se llevara a cabo a través del programa SPSS V.12 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizará estadística descriptiva mediante gráficas y medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y dispersión (desviación estándar, varianza y rango).

RESULTADOS: Se encontró que de la población en estudio el 53% presentó sobrepeso, 33% obesidad grado I, 11% obesidad grado II y el 3% obesidad grado III, 50% sin depresión, 34% depresión menor, 14% depresión moderada, 2% depresión severa, 20% sin ansiedad, 35% ansiedad leve y 45% ansiedad moderada/grave, cabe mencionar que el 33% fueron del sexo masculino y el 67% del sexo femenino, 58% entre la edad comprendida de 46-59 años, el 32% con ocupación oficinista, 25% se dedica a labores del hogar; el 61% casado, 74% con antecedentes heredo-familiares de obesidad, el 78% con sedentarismo.

CONCLUSIONES: En el presente estudio se encontró que si existe cierta relación con obesidad y/o ansiedad o depresión, aunado a otros factores importantes como el sedentarismo.

PALABRAS CLAVE: Obesidad, sobrepeso, Ansiedad, Depresión, Escala de Hamilton A, Escala de Hamilton D.

1. MARCO TEÓRICO

O B E S I D A D O S O B R E P E S O

La presencia de obesidad según la OMS se define como un IMC igual o superior a 30 kg/m².^{1, 2}

Enfermedad crónica caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, lo que generalmente se acompaña de alteraciones metabólicas asociadas a patologías endocrinas y cardiovasculares. ²

De acuerdo a la NOM-174-SSA1-1998 enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo que determina la existencia de obesidad en adultos cuando existe un índice de masa corporal mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25. ³

La obesidad en la historia era considerada como deidad en las grutas del paleolítico adoraban a la mujer como una madre tierra ella guardaba el sobrante de la cosecha y de la caza, disponía de todos los bienes. En el altiplano de bacatá en el centro de Colombia, los chibchas recreaban a su diosa Bachue, figura compacta, maciza como si la obesidad fuese una metáfora escultórica de grandeza. La Venus de Willendorf, la de Leuspague, la de Laussel son figuras maternas obesas, con adiposidad mórbida. Miguel Ángel en sus figuras femeninas con una contextura andrógena, obesidad como paradigma de belleza. La gula según Dante merecía un castigo ejemplar. Como imagen del pecado ha sido como una corriente que viene y se va. En

los primeros tiempos cuando la comida era escasa las mujeres gorditas y de barriga prominente eran consideradas las mas bellas y deseables. Para el siglo XX esta figura fue reemplazada por una figura tubular y delgada, adquiriendo el aspecto casi sexual de nuestros días. ⁴

La prevalencia de obesidad se incremento en las últimas décadas, hasta convertirse en un problema prioritario de Salud Pública. ⁵ La obesidad es considerada por la Organización Mundial de la Salud como la enfermedad nutricional más frecuente del mundo, en el 2005 se cálculo 400 millones de adultos obesos. Se calcula que en el 2015 habrá más de 700 millones de personas con obesidad^{1,2}. En la Tercera Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (NHANES III 1998-1994) el 20% de los hombres y el 25% de las mujeres de los Estados Unidos de América son obesos. Canadá sigue a los Estados Unidos con un 13.4% de adultos obesos. En Brasil, la obesidad afectaba a 6% de hombres y 13% de mujeres en 1989. En Perú la prevalencia de adultos con sobrepeso aumento un 50%, en México, Paraguay y Uruguay más del 15% de los habitantes de estos países son obesos. ⁶

En México en 1999, la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en mujeres mayores de 20 años era de 59.6%. Datos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de 2006 (ENSANUT 2006) mostraron que esta prevalencia se incrementó hasta 71.9%. ⁷

Según la Encuesta Nacional de Salud (ENSA 2000) ², el 64.2% de la población de 20 a 64 años de edad es portadora de obesidad o sobrepeso (IMC > 25 kg/m²). La Encuesta Nacional de Salud 2000 demostró una prevalencia de obesidad del 24% en población

mexicana mayor de 20 años. ^{1, 6} El pico de incidencia se reporta en sujetos en edades entre 35 a 44 años de edad (16.3% en hombres y 13.5% en mujeres), siendo la incidencia más baja en el grupo de edad mayor. ^{2, 6}

En la Unidad de Medicina Familiar número 28 Gabriel Mancera se reportan las comorbilidades de la Obesidad dentro de las diez principales causas de demanda de consulta por mes en el siguiente orden: hipertensión arterial (6273 consultas), diabetes (1812 consultas), enfermedad isquémica del corazón (472 consultas), EPOC (577 consultas), dorsalgia (500 consultas), trastornos del metabolismo de los lípidos (497 consultas), trastornos de ansiedad (247 consultas), artrosis (246 consultas), insuficiencia venosa (184 consultas), las cuales son las enfermedades que mas se relacionan con la obesidad. En la UMF 28 no se ha hecho un registro del número total de pacientes con obesidad. ⁸

En su desarrollo y aparición se involucran factores de origen heterogéneo, que desembocan en un fenotipo obeso. Entre estos factores se incluyen hormonas como leptina y grelina. Otros elementos relacionados con el apetito y la saciedad, son diversos neurotransmisores como el neuropéptido Y, la serotonina (5HT), el factor liberador de la corticotropina (CRF) y la colecistokinina (CCK). La contribución de los elementos ambientales, estilo de vida sedentario y una inadecuada educación de una dieta sana. ⁹

La teoría del lipostato explica la relativa estabilidad del peso corporal. Estableció predicciones de señales periféricas de saciedad, con influencia en los centros cerebrales del control del apetito. En

1994 se descubrió la leptina con propiedades de activación de saciedad.¹⁰ La leptina es un péptido de 167 aminoácidos (aa) que incluye una secuencia de señalización de 21 aa. Es codificado por el gen OB que se encuentra localizado en el brazo largo del cromosoma 7, en la región 31.3 y contiene 3 exones (2 de ellos codificantes).¹¹ Es sintetizado y secretado por el adiposito, el cual provee una señal retroalimentadora del tejido adiposo a sus receptores en el hipotálamo. Los adipositos viscerales parecen producir menos leptina que su contraparte subcutánea. Este péptido es transportado en la sangre y atraviesa la barrera hematoencefálica inhibiendo el neuropéptido y, una sustancia con gran efecto estimulante sobre el apetito, también inhibe otros neuropéptidos orexígenos. Niveles altos de leptina son indicativos de exceso de masa adiposa. Concomitantemente el neuropéptido produce un aumento en la actividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal resultando en hipercortisolemia y además inhibición de la termogénesis. Estos efectos limitan aumento extra del peso. En la mayor parte de los humanos obesos la leptina se encuentra elevada, lo que sugiere más bien una resistencia a la leptina, que una deficiencia hormonal. Los niveles plasmáticos de leptina corresponden con la hiperinsulinemia independientemente del índice de masa corporal.^{1, 10}

La obesidad es un factor de riesgo para el desarrollo de hipertensión, diabetes, aterosclerosis, se asocian con elevados niveles de marcadores de daño oxidativo¹² debido a alteraciones metabólicas en la mitocondria. Durante la fosforilación oxidativa se forma una pequeña cantidad de especies reactivas de oxígeno (ERO) fisiológicamente bajo ciertas condiciones patológicas tales como la sobrecarga de O₂, falta de adenosin difosfato (ADP), elevados niveles

de ácidos grasos libres (AGL), la formación de ERO se incrementa en la cadena respiratoria mitocondrial, lo cual induce daño a biomoléculas tales como ADN, lípidos y proteínas. Los trastornos metabólicos prevalentes a la obesidad, como incremento de AGL y sus efectos sobre la mitocondria, su contribución a generar ERO y al incremento de estrés oxidativo.¹² El síndrome metabólico es un predictor global del riesgo de enfermedad cardiovascular.¹³

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

Hipertrófica: Propia del adulto, caracterizada por gran cantidad de grasa en los adipositos sin aumento en el número de células grasas. Estos individuos son delgados hasta los 30 o 40 años de edad, momento en el que empieza la ganancia de peso, esta se puede asociar con un desequilibrio entre la ingesta calórica y su utilización suelen tener una distribución central de grasa.^{1, 11}

Hiperplásica: Forma clínica de larga duración, el número de adipocitos y la cantidad de grasa que contienen es mayor. Estos individuos son obesos desde niños con una ganancia importante de peso durante la adolescencia. Después de esta edad, el número de adipositos se mantiene durante toda la vida. En esta forma de obesidad la distribución de la grasa es central y periférica.^{1, 11}

Mórbida: Califica a las personas con más del 100% de su peso ideal. Se llama así porque suele asociarse con situaciones peligrosas y serias para la vida como la hipertensión, la diabetes mellitus y la arteriosclerosis. Este tipo aumenta entre 6 a 12 veces el riesgo de muerte.^{3,11}

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

Ginecoide.- Se acumula preferentemente en las nalgas y los muslos, apariencia corporal de “pera”. El adipocito es resistente a los cambios de actividad del sistema nervioso autónomo (SNA – catecolaminas), muy sensible a la acción de la insulina; por lo tanto los depósitos de grasa tienen una dinámica lenta con movilización retardada de los lípidos. ^{1, 17}

Androide: Se localiza en el abdomen con apariencia corporal de “manzana”. Muy sensible a las catecolaminas y por ello son fácilmente removibles, liberando triglicéridos. Se acompaña frecuentemente de alteraciones metabólicas principalmente el hiperinsulinismo y el hiperandrogenismo, se asocia con diabetes mellitus y trastornos de las lipoproteínas circulantes, hipertensión arterial e hiperinsulinismo.^{2, 17}

De acuerdo con el índice de masa corporal (IMC Kg/m²) la Obesidad se clasifica en. ⁹

DIAGNÓSTICO	IMC
Delgadez	< 18.5
Normal	18.5 – 24.9
Sobrepeso	25 – 29.9
Obesidad	>30
Moderada	30 – 34.9
Severa	35 – 39.9
Mórbida	> 40

El diagnóstico de obesidad se establece con: el índice de masa corporal (IMC) que se obtiene al dividir el peso en Kg entre la estatura en metros al cuadrado.²⁰ Obesidad central: relación cintura- cadera de > 0.90 en hombres y de > 0.85 en mujeres y/o índice de masa corporal (IMC) > 30 kg/m².^{10, 11} Obesidad abdominal (circunferencia de la cintura): > 102 cm. en hombres, y > 88 cm. en mujeres.^{2, 20}

ANSIEDAD

La ansiedad es una vivencia universal. Surge en respuesta a exigencias o amenazas como señal para buscar la adaptación. Suele ser transitoria y percibida como nerviosismo y desasosiego, ocasionalmente como terror y pánico. Si se hace persistente, intensa, autónoma, desproporcionada a los estímulos que la causan genera conductas evitativas o retraimiento. Contraparte patológica del miedo normal y se manifiesta como alteraciones del ánimo, de los pensamientos, del comportamiento y de actividades fisiológicas.²⁵

Datos del Nacional Comorbidity Survey epidemiológicos de los trastornos de ansiedad según la OMS en pacientes de 14 países de atención primaria reporto una prevalencia de 7.9% de ansiedad generalizada. En España siguiendo los criterios del DSM-III-R ha encontrado unos resultados de una prevalencia de 13,8% para trastornos de ansiedad, las cifras de ansiedad generalizada de 7.3%.²⁶

En el Nacional Comorbidity Survey reporta que un 17.2% de la población ha padecido algún trastorno de ansiedad. La OMS de acuerdo a los criterios del CIE-10 en un estudio en centros de atención primaria de 14 países una prevalencia de 7.4%. Según el

DSM-III R en los pacientes que acuden a su médico de atención primaria una prevalencia de 13.8%.²⁷

Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.¹⁸

Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los 6 síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).¹⁸

1. Inquietud e impaciencia.
2. Fatigabilidad o impaciencia.
3. Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco.
4. Irritabilidad.
5. Tensión muscular.
6. Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación de sueño no reparador).

El centro de ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la

fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el trastorno por estrés postraumático.²¹

La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.²¹

Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo drogas o fármacos) o a una enfermedad médica (por ejemplo hipertirodismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.²¹

DEPRESIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud la depresión ocupa el cuarto lugar como causa de discapacidad en el mundo, se estima que la depresión llegara a ser la segunda causa de discapacidad alrededor del mundo (solo después de la enfermedad cardiaca isquémica) en el 2020, la depresión mayor afecta 1 de 20 personas durante alguna etapa de su vida y se ha establecido la asociación entre depresión y mayor mortalidad.²²

La depresión es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativas y otros componentes de tipo psicológico y social (alteraciones en la atención, concentración, memoria, estado de ánimo; dificultad en las relaciones interpersonales, así como adaptabilidad al medio laboral, familiar y social) también involucra un componente bioquímico cerebral (trastorno en la utilización de neurotransmisores) que mejora con un tratamiento adecuado, es uno de los trastornos mentales más frecuentes en la patología psiquiátrica y probablemente sea uno de los más importantes tanto por la incapacidad como por el dolor que causan al ser humano; por otra parte la depresión genera un alto riesgo de suicidio. Las personas con trastornos depresivos se deterioran notablemente desde el punto de vista mental, emocional y social; cuando la depresión se acompaña de otro padecimiento orgánico se ensombrece su diagnóstico y entorpece su evolución.²⁶

Básicamente, se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día.²⁷

Según la OMS se encontró que uno de cada cuatro adultos que acudían a la consulta general padecía un trastorno mental y solo 1% recibía atención especializada. Por otro lado, se estima que es posible tratar a cerca de 60-80% de las personas con trastorno depresivo con terapia breve y empleando antidepresivos; sin embargo se ha visto que solamente el 25% recibe tratamiento.²²

Existen pocos trabajos en la literatura médica con respecto a la depresión en pacientes obesos mexicanos. En un estudio se corroboró

una frecuencia de depresión de 39% en una muestra de 112 pacientes con obesidad en la ciudad de México; esta incidencia es considerablemente alta y, al parecer, la mayor parte de las veces no se diagnostica, como lo demuestra una investigación en la que se evaluó que la frecuencia de depresión en pacientes en general, que acudían a una unidad de primer nivel de atención era de 36%.²⁴

FRECUENCIA ENTRE OBESIDAD O SOBREPESO ANSIEDAD Y DEPRESIÓN

La teoría psicósomática formulada desde la publicación de Kaplan y Kaplan en 1957. Según esta teoría explica que la sobreingesta sería una conducta aprendida por el paciente con finalidades ansiolíticas o en busca de reducir la activación secundaria a estados emocionales internos. La teoría de que los obesos son personas que tienen problemas afectivos o de personalidad que intentan aliviar mediante la conducta de comer. Resulta imposible determinar si la obesidad provoca alteraciones específicas en la personalidad, o son estas las que desencadenan la obesidad. Un tema de gran debate entre médicos, psiquiatras y psicólogos.²⁷ Los trastornos de conducta alimentaria se caracterizan por un deterioro social y preocupación excesiva por el cuerpo, la figura y el peso.²⁵

La vasta literatura existente de obesidad abarca diversos aspectos, tales como su prevención, fisiopatología, tratamiento y patologías físicas asociadas; sin embargo no se ha puesto la misma importancia al componente psicológico, ya que la presencia de algún trastorno de este tipo podría influenciar el desarrollo de la obesidad

como influir negativamente en el abandono de los tratamientos destinados a la disminución de peso y a las patologías concomitantes. Ya que en la primera consulta por sobrepeso, muchos pacientes manifiestan espontáneamente expresiones en que aluden el término “ansiedad o depresión” como causa de ingestión excesiva de alimentos. ²⁰

La edad de inicio de la Obesidad se ha relacionado con la sensibilidad interpersonal, lo cual sugiere la idea de que la Obesidad de inicio en la infancia tiene más problemas psicológicos y psiquiátricos que la Obesidad que empieza posteriormente. La obesidad mórbida está asociada con un acortamiento de la esperanza de vida y malestar psicológico. ²¹

Existe una asociación positiva significativa entre los estados de obesidad con la presencia de síntomas de ansiedad o depresión, por lo que se busca evaluar cuantitativamente la presencia de síntomas de ansiedad o depresión en pacientes con obesidad. Las comorbilidades que incluyen el componente psiquiátrico, especialmente la ansiedad o depresión, no han sido investigadas en estos pacientes en forma exhaustiva. ²²

El médico familiar debe seguir una estrategia de carácter clínico, que incluya a los individuos y sus familias, bajo un enfoque integrador de las esferas biológicas y psicosociales a través del Estudio de Salud Familiar (ESF). ²⁹ Entre las circunstancias clínicas en las que se recomienda realizar un estudio de salud familiar se encuentran las siguientes: Problemas de salud mental como la Ansiedad o Depresión. ²⁴

Teniendo en cuenta que el médico de Atención Primaria dispone de un tiempo limitado en la consulta, que la prevalencia de estos trastornos es alta (entre un 20 y 25%) y además, que existen presentaciones atípicas tanto de los trastornos de ansiedad y depresión, se entiende que más del 50% de los casos quedan sin diagnosticar y sin tratamiento correcto. Por tanto se hace necesario conocer y disponer de escalas breves y de fácil aplicación y manejo, que permitan la detección, evaluación y seguimiento de estas patologías que son frecuentes y hacen que el paciente se mantenga aislado y en continuo sufrimiento.³¹

ESCALA DE HAMILTON DE ANSIEDAD

La utilización de escalas para medir variables psicosociales y somáticas ofrece ventajas para llevar a cabo procesos de investigación. La escala de evaluación de ansiedad, en función de su fiabilidad, especificidad y eficiencia, y que no exige un entrenamiento especial para su aplicación e interpretación es la: Escala de Hamilton para la Ansiedad (HDARS). Tradicionalmente, es el instrumento de evaluación más utilizado para evaluar este trastorno. La HARS fue diseñada para valorar la intensidad de la ansiedad.²⁸

La HARS es una escala de estado cuyo objetivo es valorar la intensidad de la ansiedad, consta de 14 ítems que evalúan los aspectos psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad. Proporciona una medida global de ansiedad, que se obtiene sumando la puntuación obtenida de cada uno de los ítems. Los puntos de corte

son: 0-5 no ansiedad, 6-14 ansiedad leve, \geq 15 ansiedad moderada/grave. ²⁸

Instrucciones para su aplicación

- Es una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista.
- La prueba consta de 14 ítems.
- Se pueden obtener dos puntuaciones que corresponden con ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) o con ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).
- Es sensible a las variaciones a través del tiempo o después de recibir tratamiento, por lo que podemos usarla en estudios de seguimiento.
- Deben puntuarse todos los ítems acordes a los siguientes criterios:
 - 0 Ausente.
 - 1 Intensidad ligera.
 - 2 Intensidad media.
 - 3 Intensidad elevada.
 - 4 Intensidad máxima (invalidante).
- Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación.
- Sume la totalidad de los 14 ítems.
- Las definiciones que siguen al enunciado de cada ítem son ejemplos que pueden servir de guía.
- El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 56

- Una puntuación mayor o igual a 15 corresponde a ansiedad moderada/grave.
- Una puntuación de 6 a 14 corresponde a ansiedad leve.
- Una puntuación de 0 a 5 corresponde a ausencia o remisión del trastorno.

ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESIÓN

➤ La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

➤ Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica elaborada por el NICE [6], guía con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación de "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18

Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Actualmente México ocupa el segundo lugar en obesidad o sobrepeso en el mundo y debido a que no se cuenta con información acerca de su componente psicológico, la obesidad tiene una frecuencia positiva con la presencia de síntomas de ansiedad y/o depresión; dado que la población de la UMF 28 Gabriel Mancera no es la excepción, ya que hay un gran porcentaje de pacientes con obesidad o sobrepeso y que presentan cierto grado de ansiedad y/o depresión; resulta de gran importancia identificar síntomas de ansiedad y/o depresión que podrían empeorar la salud del paciente con obesidad o sobrepeso, para realizar una detección oportuna y prevenir desde el punto de vista médico el agravamiento de la condición integral del paciente: por ello genera la pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de ansiedad y/o depresión en pacientes con obesidad o sobrepeso de la UMF 28 Gabriel Mancera?

1.2 JUSTIFICACIÓN:

La obesidad o sobrepeso se encuentra dentro de las primeras causas de enfermedad a escala mundial. Los últimos cálculos de la Organización Mundial de la Salud indican que en 2005 había en todo el mundo aproximadamente 1600 millones de adultos (mayores de 15 años) con sobrepeso y al menos 400 millones de adultos obesos. Además calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.⁴³

En México el sobrepeso y obesidad son problemas que afectan a cerca de 70% de la población en mujeres (71.9%), en hombres (66.7%) entre los 30 y 60 años en ambos sexos. Actualmente, con mediciones obtenidas por la Escuela Nacional de Salud y Nutrición 2006, se encontró que alrededor de (30%) de la población mayor de 20 años (34.5%) mujeres, (24.2%) hombres, tienen obesidad.⁴⁴

La obesidad es un factor de riesgo establecido para muchas condiciones prevalentes, potencialmente mortales y condiciones crónicas costosas tales como enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensión y algunos tipos de cáncer (mama en mujeres posmenopáusicas, endometrial y colon). Otras condiciones médicas relacionadas con el sobrepeso y obesidad incluyen enfermedades gastrointestinales, apnea del sueño y problemas respiratorios, osteoartritis, lumbalgia, síndrome metabólico, anormalidades hormonales reproductivas que corresponden a las primeras causas de morbimortalidad nacional.^{45,46}

Los obesos son personas que tienen problemas que intentan

aliviar mediante la conducta de comer. Los trastornos del estado de ánimo constituyen los problemas psiquiátricos que se observan con mayor frecuencia en asistencia primaria y una situación externa estresante.⁴⁷ A pesar de la contribución de los trastornos mentales a la carga global de salud mental sigue siendo un área ignorada de la atención de la salud.⁴⁸

Actualmente se acepta que la depresión como el resto de los trastornos psiquiátricos requiere de una compleja interacción entre 4 factores;⁴⁹ vulnerabilidad genética, personalidad y capacidad de afrontar las situaciones, el apoyo social y una situación externa estresante; como sería el caso de comer en cantidad exagerada. Existe una asociación positiva significativa entre los estados de obesidad o sobrepeso con la presencia de síntomas de ansiedad o depresión, por ello el fin de esta investigación es evaluar la frecuencia de ansiedad y/o depresión en pacientes con obesidad o sobrepeso. Es posible identificar síntomas de ansiedad y/o depresión (como un factor agregado no detectado y/o tratado, a una patología de base) y evitar su agravamiento con retraso en el restablecimiento de la salud, por lo que resultaría útil un esfuerzo de un equipo multidisciplinario; integrado por el médico familiar, psiquiatras, psicólogos, nutriólogos y trabajadoras sociales para una detección oportuna y preventiva.

1.3 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

1. Identificar la frecuencia de ansiedad y/o depresión en pacientes con obesidad o sobrepeso de la UMF No 28 Gabriel Mancera.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- 1.- Identificar de acuerdo a sexo el grado de obesidad o sobrepeso y ansiedad o depresión.
- 2.- Identificar la obesidad o sobrepeso de acuerdo a ocupación del paciente y presencia de ansiedad o depresión.
- 3.- Identificar el grado de obesidad o sobrepeso de acuerdo a la presencia de sedentarismo y ansiedad o depresión
- 4.- Identificar los antecedentes herdo-familiares de obesidad o sobrepeso y la presencia de ansiedad y/o depresión en pacientes con obesidad o sobrepeso.
- 5.- Identificar el grado de obesidad o sobrepeso de acuerdo al estado civil del paciente y presencia de ansiedad o depresión.
- 6.- Identificar la frecuencia de obesidad o sobrepeso de acuerdo a edad del paciente y presencia de ansiedad o depresión.

2. MATERIALES Y MÉTODOS:

2.1 TIPO DE ESTUDIO:

Observacional, descriptivo, transversal y prospectivo.

- De acuerdo a la inferencia del investigador en el fenómeno que analiza: **OBSERVACIONAL**
- Porque según el control de las variables o el análisis y el alcance de los resultados se estudia a un solo grupo: **DESCRIPTIVO**
- Según el número de mediciones en el tiempo de las variables: **TRANSVERSAL**
- Según la captación de la información: **PROSPECTIVO**

2.2 POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO:

Se estudiaron pacientes con diagnóstico de obesidad o sobrepeso con un índice de masa corporal de 25 a 40 kg/m²., hombres y mujeres entre las edades de 18 a 60 años, que acudan a consulta a la Unidad de Medicina Familiar No 28, del periodo de Julio a Septiembre del 2010.

2.3 TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA:

Se tomará una muestra no probabilística o por conveniencia de pacientes entre los 18 y 60 años de edad, para lo cual la selección se realizara de manera aleatoria en consultorios del turno matutino de la UMF No. 28.

2.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN:

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Pacientes adultos con obesidad o sobrepeso (IMC 25 o más).
- Pacientes que no tengan diagnóstico de enfermedades psiquiátricas.
- Pacientes que contesten correctamente los cuestionarios.
- Pacientes que acepten participar y firmen la carta de consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes que tengan cualquier otra patología psiquiátrica (Esquizofrenia, Trastorno Bipolar, Trastorno Obsesivo Compulsivo, etc.).
- Pacientes con enfermedad endocrina concomitante (Enfermedad tiroidea, Síndrome de Cushing, alteraciones hipofisiarias, suprarrenales, etc.).
- Pacientes en tratamiento con depresores del Sistema Nerviosa Central.
- Pacientes que en el momento del estudio se encuentren desempleados.

- Pacientes que en el momento del estudio se encuentren en proceso de divorcio o viudez.
- Paciente que en el momento del estudio haya sufrido la pérdida de una liga de apego.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

- Pacientes que no llenen correctamente el cuestionario.

2.5 VARIABLES

Variable independiente: Obesidad o Sobrepeso.

Variable dependiente: Ansiedad y Depresión.

2.6 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES:

1.- Variable independiente:

a) Obesidad o Sobrepeso:

- Definición conceptual: La presencia de

obesidad o sobrepeso según la OMS se define como un IMC igual o superior a 30 kg/m².¹ Enfermedad crónica caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, lo que generalmente se acompaña de alteraciones metabólicas asociadas a patologías endocrinas y cardiovasculares.²

➤ Será determinado el índice de masa corporal con el peso (kg) entre la talla al cuadrado (T²) (IMC=kg/T²)

2.- Variable dependiente:

a) Ansiedad:

➤ Definición conceptual: La ansiedad es una vivencia universal. Surge en respuesta a exigencias o amenazas como señal para buscar la adaptación. Suele ser transitoria y percibida como nerviosismo y desasosiego, ocasionalmente como terror y pánico. Si se hace persistente, intensa, autónoma, desproporcionada a los estímulos que la causan y genera conductas evitativas o retraimiento. Contraparte patológica del miedo normal y que se manifiesta como alteraciones del ánimo, de los pensamientos, del comportamiento y de actividades fisiológicas.

Será determinada por los síntomas de ansiedad generalizada con la escala de Hamilton de ansiedad que

arroja una puntuación de la intensidad de la misma:

- (1) 0-4 puntos no ansiedad,
- (2) 6-14 puntos ansiedad leve,
- (3) > o = 15 puntos ansiedad moderada - grave.

b) Depresión:

➤ Definición conceptual. La depresión es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativas y otros componentes de tipo psicológico y social (alteraciones en la atención, concentración, memoria, estado de ánimo; dificultad en las relaciones interpersonales, así como adaptabilidad al medio laboral, familiar y social). Básicamente, se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LA VARIABLE

NOMBRE DE VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR DE MEDICIÓN
TALLA	Altura, medida de una persona desde los pies a la cabeza	Cifra indicada por el estadímetro al colocarse el paciente sobre la plataforma de la báscula	Cuantitativa	1) Valor en metros y fracciones en centímetros
PESO	Medida de la fuerza gravitatoria ejercida sobre un objeto	Cifra indicada por la báscula al colocarse el paciente sobre la plataforma	Cuantitativa	1) Valor en kilos y fracciones de kilo
OBESIDAD O SOBREPESO	Acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud	Acumulación anormal o excesiva de grasa y se mide por el IMC Kg/m ²	Cuantitativa	1) Normal 2) Sobrepeso 3) Grado I 30-34.9 kg/m ² 4) Grado II 35 - 39.9 kg/m ² 5) Grado III > 40 kg/m ²
SEXO	Conjunto de caracteres que diferencian al macho de la hembra en los individuos heterogaméticos	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer	Cualitativa	1) Hombre 2) Mujer
EDAD	Tiempo que una persona ha vivido, a contar desde el momento de su nacimiento hasta el momento actual	Años de vida del paciente al momento del estudio	Cuantitativa	1) 18-31 Años 2) 32-45 Años 3) 46-56 años
SEDENTARISMO	Ausencia de actividad física necesaria para que el organismo se mantenga sano.	Hábito de no realizar actividad física	Cualitativa	1) Si 2) No
OCUPACIÓN	Actividad a la que una persona se dedica en un	Acción o efecto de ocuparse en un trabajo, oficio,	Cualitativa	1) Hogar 2) Obrero 3) Oficinista 4) Profesionista

	determinado tiempo:	empleo u actividad		5) Desempleado 6) Comerciante
ESTADO CIVIL	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia	Actividad que desempeña el paciente en el momento del estudio	Cualitativa	1) Soltero/a 2) Casado/a 3) Divorciado/a 4) Viudo/a 5) Unión libre 6) Madre soltera.
ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES	Conjunto de hechos o vicisitudes de la vida del enfermo producidas desde su nacimiento hasta el momento actual del estudio y de sus familiares.	Investigación de los familiares en la línea directa y en los principales colaterales enfermedades como obesidad o sobrepeso.	Cualitativa	1) Si 2) No

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LA VARIABLE

NOMBRE DE VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
INTENSIDAD DE LA ANSIEDAD	Es una vivencia universal, suele ser transitoria y percibida como nerviosismo y desasosiego o terror y pánico.	La utilización de la escala de Hamilton para la Ansiedad.	Cualitativa	1) 0-5 Puntos Sin Ansiedad 2) 6-14 Puntos Ansiedad Leve. 3) > 0 = 15 Puntos Ansiedad Moderada - Grave.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LA VARIABLE

NOMBRE DE VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LA VARIABLE
INTENSIDAD DE LA DEPRESIÓN	Es una enfermedad orgánica con alteraciones en la atención, concentración, memoria y estado de ánimo.	La utilización de la escala de Hamilton de Depresión	Cualitativa	1) 07 Sin depresión 2) 8-13 Depresión Ligera/Menor 3) 14-18 Depresión Moderada. 4) 19-22 Depresión severa. 5) >23 Depresión muy severa.

2.7 DISEÑO ESTADÍSTICO:

El análisis estadístico se llevara a cabo a través del programa SPSS 12 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizarón medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza.

2.8 PROCEDIMIENTO DE CAPTURA DE LA INFORMACIÓN:

Se diseño un formato de presentación con los datos de identificación personalizada, como son numero de folio, turno del paciente, nombre del paciente, edad, estado civil, ocupación, además que se agregaron las variables; obesidad o sobrepeso, ansiedad y/o depresión y el instrumento de escala de Hamilton para la ansiedad (HARS) (anexo 3), escala de Hamilton para la depresión (HDRS), (anexo 4).

1. Se realizo una entrevista individual a los pacientes que asistieron a consulta de forma ordinaria en la unidad de medicina familiar que participaron en el estudio, correspondiente al turno matutino de los consultorios 1 a 32 y en aquellos pacientes que asistieron a pláticas de nutrición. Se dio un tiempo de 25 a 30 minutos para la aplicación de la entrevista (anexo 2) y de la escala de

Hamilton de ansiedad y Hamilton de depresión. En la primera visita del paciente se le determino su IMC (mayor de 30 kg/m²) si es mayor de 30, se les dio a conocer a los que desearon participar en el estudio se les otorgo la carta de consentimiento informado (anexo 1), y en ese mismo momento se les aplico el test.

Se aplico el instrumento y la escala de Hamilton de ansiedad y escala de Hamilton de Depresión en forma individual. Se aplico a personas mayores de 18 años y menores de 60 años, sin distinción de sexo. La prueba se realizo en forma individual en un periodo de 25 a 30 minutos, es importante recordar que las respuestas fueron individualizadas y personales, (que no requieren ayuda de otras personas). El aplicador de la prueba le comento al entrevistado que: si alguna palabra no queda clara cuando no esté seguro, puede preguntar y se explicara hasta que no quede duda. Si el sujeto pregunta el significado de alguna palabra, deberá darse la definición de la misma y de ser posible ejemplificar con vivencias cotidianas del entrevistado.

2.10 CONSIDERACIONES ÉTICAS:

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, expedida por la Secretaría de Salud en el año de 1987, en su Título 2º; Capítulo 1; Artículo 17.

Categoría 1; se considera INVESTIGACIÓN SIN RIESGO, ya que es un estudio que empleó técnicas y métodos de investigación documental retrospectivo y observacional en el que no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio.

En el transcurso de la realización de este estudio, no se pone en riesgo la integridad física y moral de los participantes.

La participación de los pacientes en este trabajo de investigación, será de manera voluntaria, cumpliendo con los criterios de inclusión.

El proyecto respeta los códigos de ética en la investigación con seres humanos, de la Secretaría de Salud y de nuestra institución.

La declaración de Helsinki, propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos.

La declaración de Ginebra, vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud del paciente”.

Código de ética: “El médico debe actuar solo en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente”. La investigación biomédica en seres humanos debe ser realizada solamente por personas científicamente calificadas.

El propósito de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos, y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades.

La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Principios fundamentales:

1. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la integridad y la dignidad del ser humano.
2. 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 experimentos correctamente realizados.

3. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental, éste debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas.
4. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente.
5. Los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.
6. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su dignidad.
7. Cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento.
8. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados.

2.11 RESULTADOS:

Se estudiaron 200 pacientes, 134 mujeres y 66 hombre, con edad de 18 a 59 años, con un promedio de edad de: 46.4%, una moda de 52.5, con distribución por sexo de: 66 masculinos (33%) y 134 (67%) femeninos.

Los hallazgos en relación sexo y obesidad 44 pacientes (22%) tienen sobrepeso y pertenecen al sexo masculino, 21 (10.5%) presentaron obesidad grado II del sexo femenino. Gráfica No. 1

De la relación obesidad, depresión y ansiedad de los pacientes, 38 (18%) tienen sobrepeso y no presentan ansiedad ni depresión. De los pacientes que presentaron depresión menor y sin ansiedad con obesidad grado I fueron 32 (16%). Gráfica No. 2 y Cuadro No. 1

De la relación ansiedad, sexo y depresión de pacientes 29 (14.5%) no tienen ansiedad ni depresión y pertenecen al sexo masculino, 34 (17%) pacientes presentaron ansiedad moderada/grave y depresión moderada del sexo femenino. Gráfica No.3 y Cuadro No. 2

De la relación de depresión y obesidad de los pacientes, 86 (43%) con sobrepeso y no están deprimidos. Mientras que 13 (6.5%) presentaron obesidad grado II y depresión moderada. En la obesidad grado III 6 (3%) presentaron algún grado de depresión. Gráfica No. 4 y cuadro No. 3

De la relación obesidad y edad, se encontró que 61 (30.5%) pacientes tienen sobrepeso y pertenecen al grupo de edad entre 46 a 59 años. Se encontró que 24 (12%) pacientes presentaron obesidad grado I en el grupo de edad de 32 a 45 años. Gráfica No.5 y Cuadro No.4

De la relación ansiedad y sexo de los pacientes, 29 (14.5%) no tienen ansiedad y pertenecen al sexo masculino, 76 (38%) pacientes presentaron ansiedad moderada/grave del sexo femenino. Gráfica 6. Cuadro 5

De la relación obesidad y sedentarismo 73 (36.5%) pacientes tienen sobrepeso y son sedentarios, 9 (4.5%) presentaron obesidad grado I no sedentarios. Gráfica No 7. Cuadro No 6

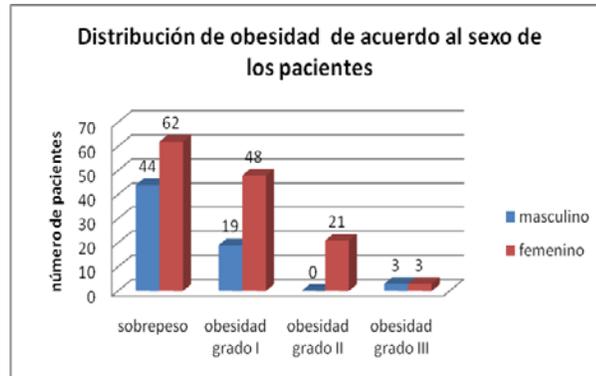
De la relación obesidad y ocupación 34 (17%) pacientes tienen sobrepeso y su ocupación es oficinista, 17 (8.5%) presentaron obesidad grado I con ocupación el hogar. Gráfica No 8. Cuadro No.7

De la relación obesidad y estado civil 67 (33.5%) pacientes casados con sobrepeso, 39 (20%) casados con obesidad grado I y 22 (11%) obesidad Grado II, solteros 12 (6%) presentaron obesidad Grado I, 12 (6%) obesidad Grado II. Gráfica No. 9. Cuadro No. 8

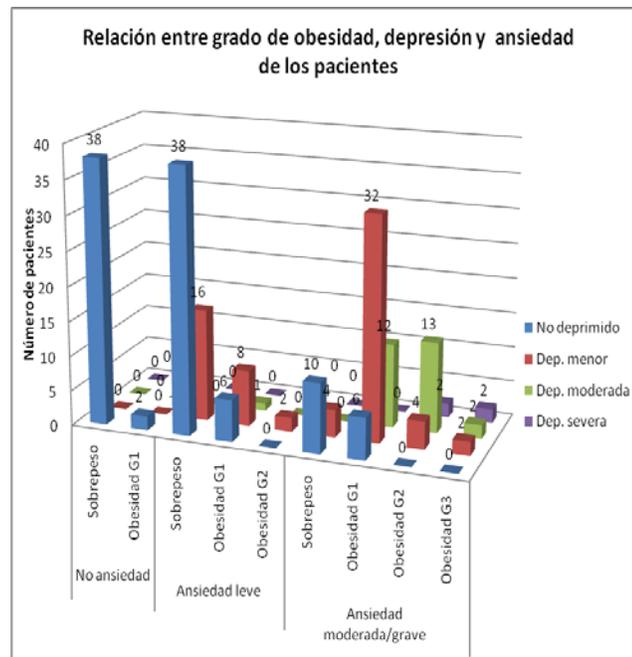
De la relación obesidad y antecedentes heredo familiares 77 (38.5%) tienen sobrepeso, 53 (26.5%) obesidad Grado I, 14 (7%) obesidad Grado II con antecedentes heredo familiares, 29 (14.5) sobrepeso y 14 (7%) obesidad grado I sin antecedentes familiares. Gráfica No 10. Cuadro No 9

De la relación depresión y sexo de los pacientes 48 (24%) no tienen depresión y pertenecen al sexo masculino y 27 (13.5%) presentaron depresión moderada y fueron de sexo femenino. Gráfica No. 11 y Cuadro No. 10

Gráfica No. 1. **Distribución de obesidad de acuerdo a sexo.**



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

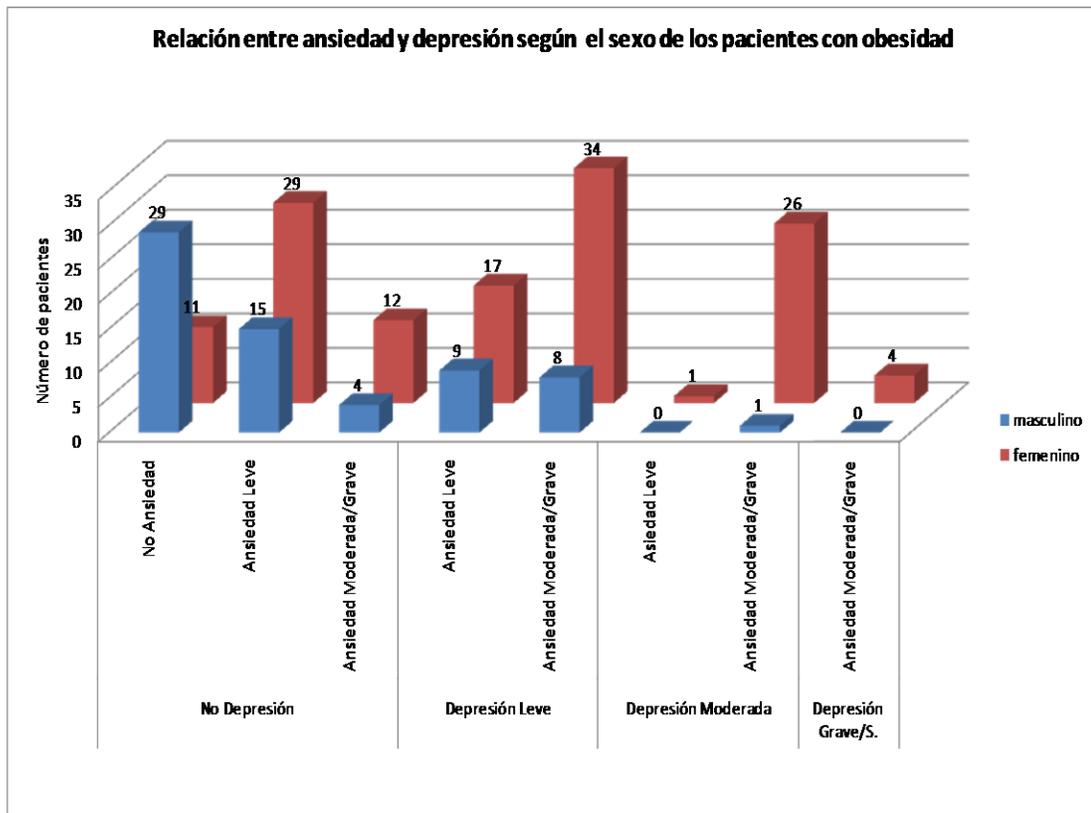


RELACIÓN ENTRE OBESIDAD, DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD

Cuadro No.1

ANSIEDAD	OBESIDAD	DEPRESIÓN				TOTAL	%
		SIN DEPRESIÓN	DEPRESIÓN MENOR	DEPRESIÓN MODERADA	DEPRESIÓN SEVERA		
SIN ANSIEDAD	SOBREPESO	38				38	19
	GRADO I	2				2	1
	TOTAL	40				40	20
ANSIEDAD LEVE	SOBREPESO	38	16	0		54	27
	GRADO I	6	8	1		15	7.5
	GRADO II	0	2	0		2	1
	TOTAL	44	26	1		71	35.5
ANSIEDAD MODERADA/GRAVE	SOBREPESO	10	4	0	0	14	7
	GRADO I	6	32	12	0	50	25
	GRADO II	0	4	13	2	19	9.5
	GRADO III	0	2	2	2	6	3
	TOTAL	16	42	27	4	89	44.5

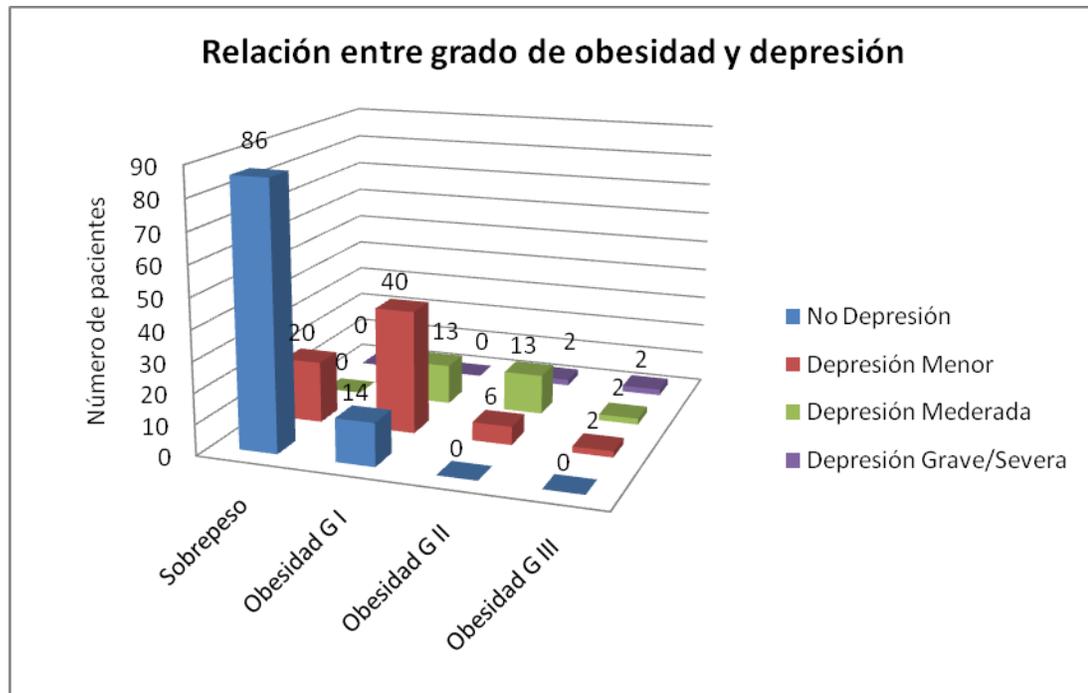
Gráfica No.3. **Relación entre ansiedad y depresión según el sexo de pacientes con obesidad.**



RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y/O ANSIEDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES

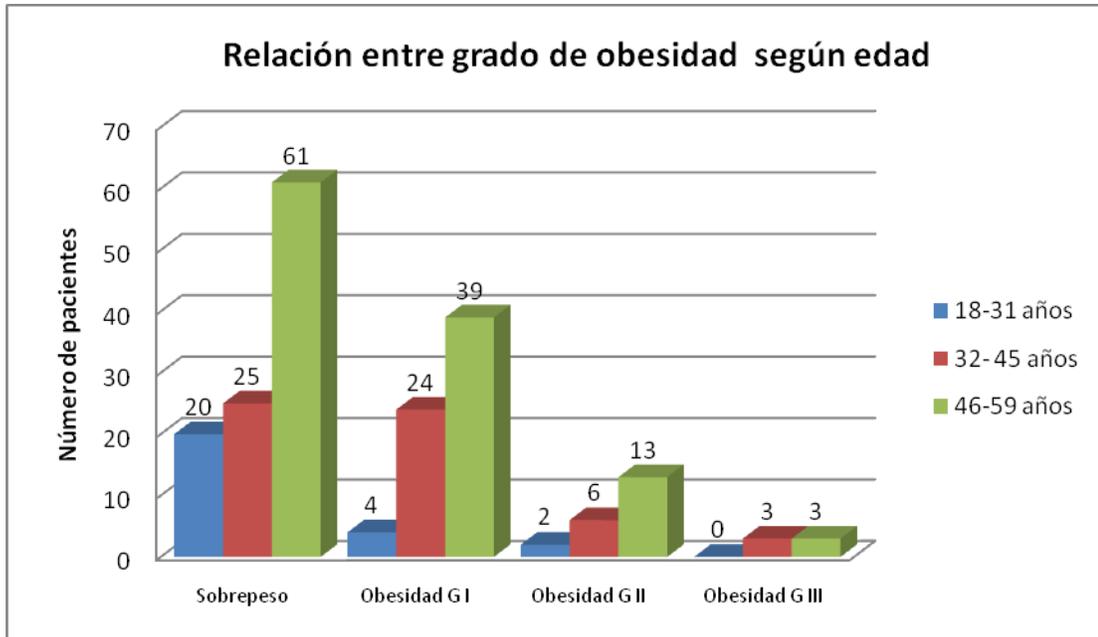
Cuadro No. 2

DEPRESIÓN	ANSIEDAD	SEXO		TOTAL	%
		MASCULINO	FEMENINO		
No DEPRESIÓN	NO ANSIEDAD	29	11	40	20
	ANSIEDAD LEVE	15	29	44	22
	ANSIEDAD MODERADA/GRAVE	4	12	16	8
	TOTAL	48	52	100	50
DEPRESIÓN MENOR	ANSIEDAD LEVE	9	17	26	13
	ANSIEDAD MODERADA/GRAVE	8	34	42	21
	TOTAL	17	51	68	34
DEPRESIÓN MEDERADA	ANSIEDAD LEVE	0	1	1	0.5
	ANSIEDAD MODERADA/GRAVE	1	26	27	13.5
	TOTAL	1	27	28	14
DEPRESIÓN SEVERA	ANSIEDAD MODERADA/GRAVE		4	4	2
	TOTAL		4	4	2

Gráfica No. 4. **Relación entre el grado de obesidad y depresión.****RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y OBESIDAD DE LOS PACIENTES**

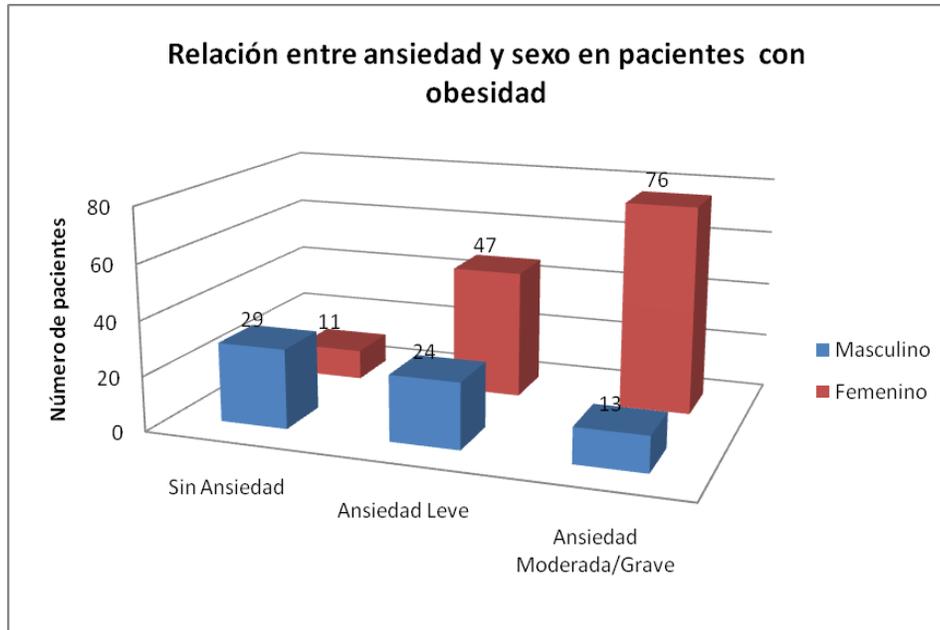
Cuadro No. 3

DEPRESION	OBESIDAD				TOTAL	%
	SOBREPESO	GRADO I	GRADO II	GRADO III		
SIN DEPRESIÓN	86	14	0	0	100	50
DEPRESIÓN MENOR	20	40	6	2	68	34
DEPRESIÓN MODERADA	0	13	13	2	28	14
DEPRESIÓN SEVERA	0	0	2	2	4	2
TOTAL	106	67	21	6	200	100

Gráfica No.5. **Relación entre grado de obesidad y edad.****RELACIÓN ENTRE OBESIDAD SEGÚN LA EDAD DE LOS PACIENTES**

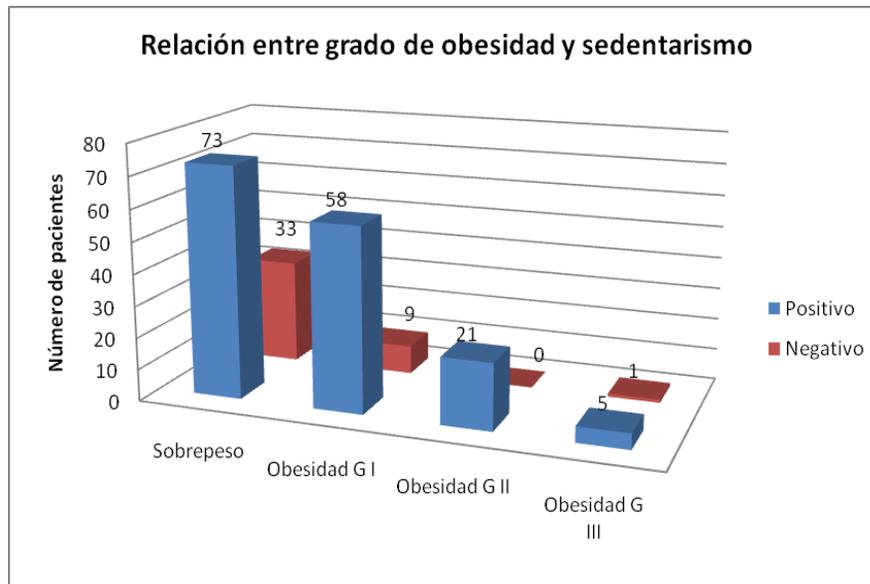
Cuadro No.4

OBESIDAD	EDAD			TOTAL	%
	18-31 AÑOS	32-45 AÑOS	46-59 AÑOS		
SOBREPESO	20	25	61	106	53
OBESIDAD GRADO I	4	24	39	67	33.5
OBESIDAD GRADO II	2	6	13	21	10.5
OBESIDAD GRADO III	0	3	3	6	3
TOTAL	26	58	116	200	100

Gráfica No. 6. **Relación entre ansiedad y sexo en pacientes con obesidad.****RELACIÓN DE ANSIEDAD SEGÚN EL SEXO**

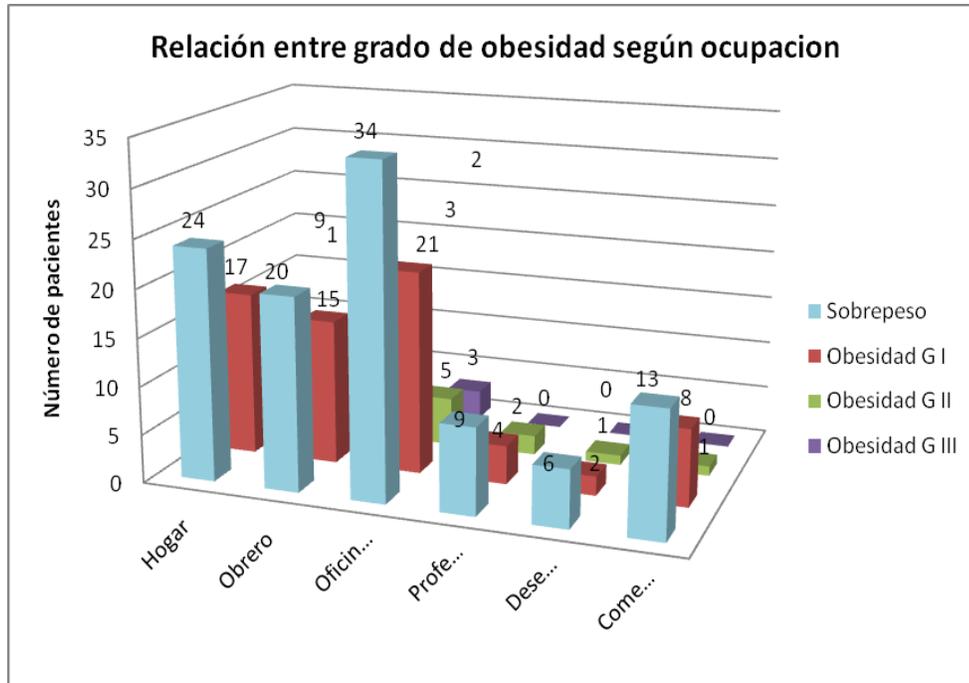
Cuadro No. 5

ANSIEDAD	SEXO		TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
SIN ANSIEDAD	29	11	40	20
ANSIEDAD LEVE	24	47	71	35.5
ANSIEDAD MODERADA/GRAVE	13	76	89	44.5
TOTAL	66	134	200	100

Gráfica No. 7 **Relación entre grado de obesidad y sedentarismo.****RELACIÓN ENTRE OBESIDAD Y SEDENTARISMO DE LOS PACIENTES**

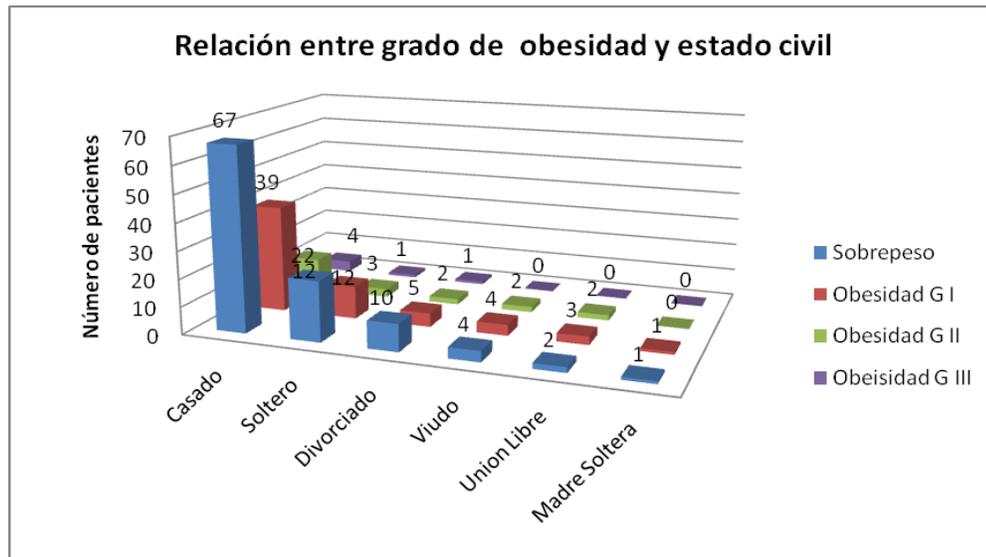
Cuadro No 6.

OBESIDAD	SEDENTARISMO		TOTAL	%
	POSITIVO	NEGATIVO		
SOBREPESO	73	33	106	53
OBESIDAD GI	58	9	67	33.5
OBESIDAD GII	21	0	21	10.5
OBESIDAD GIII	5	1	6	3
TOTAL	157	43	200	100

Gráfica No. 8 **Relación entre el grado de obesidad según ocupación.****RELACION ENTRE OBESIDAD Y OCUPACION DE LOS PACIENTES**

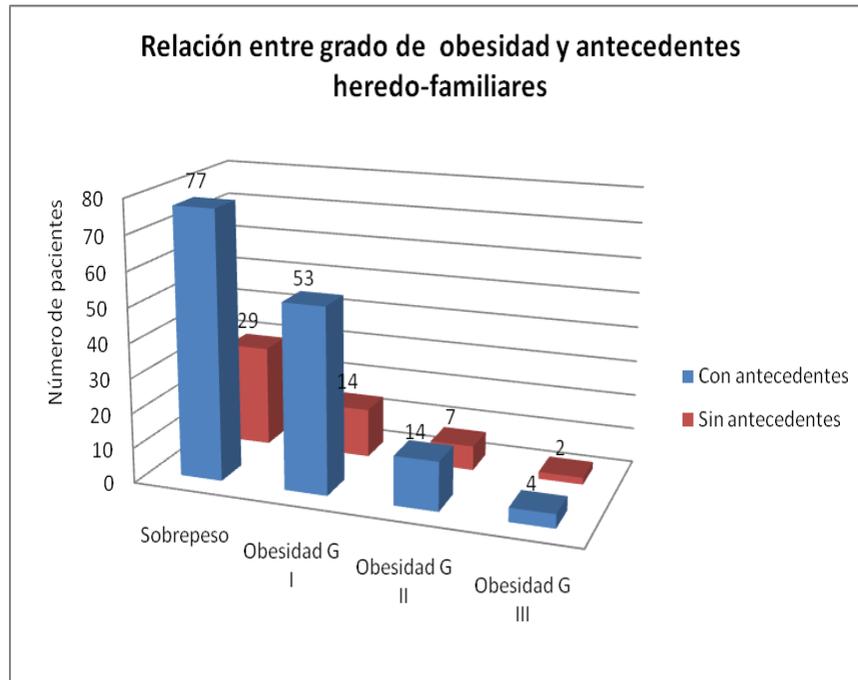
Cuadro No.7

OBESIDAD	OCUPACIÓN						TOTAL	%
	HOGAR	OBrero	OFICINISTA	PROFECIONISTA	DESEMPLEADO	COMERCIANTE		
SOBREPESO	24	20	34	9	6	13	106	53
OBESIDAD GI	17	15	21	4	2	8	67	33.5
OBESIDAD GII	9	3	5	2	1	1	21	10.5
OBESIDAD GIII	1	2	3	0	0	0	6	3
TOTAL	51	40	63	15	9	22	200	100

Gráfica No. 9 **Relación entre grado de obesidad y estado civil.****RELACION ENTRE OBESIDAD Y ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES****Cuadro No 8**

OBESIDAD	ESTADOCIVIL						Total	%
	CASADO	SOLTERO	DIVORCIADO	VIUDO	UNION LIBRE	MADRE SOLTERA		
SOBREPESO	67	22	10	4	2	1	106	53
OBEISDAD GI	39	15	5	4	3	1	64	33.5
OBESIDAD GII	12	3	2	2	2	0	21	10.5
OBESIDADI GIII	4	1	1	0	0	0	6	3
TOTAL	122	41	18	10	7	2	200	100

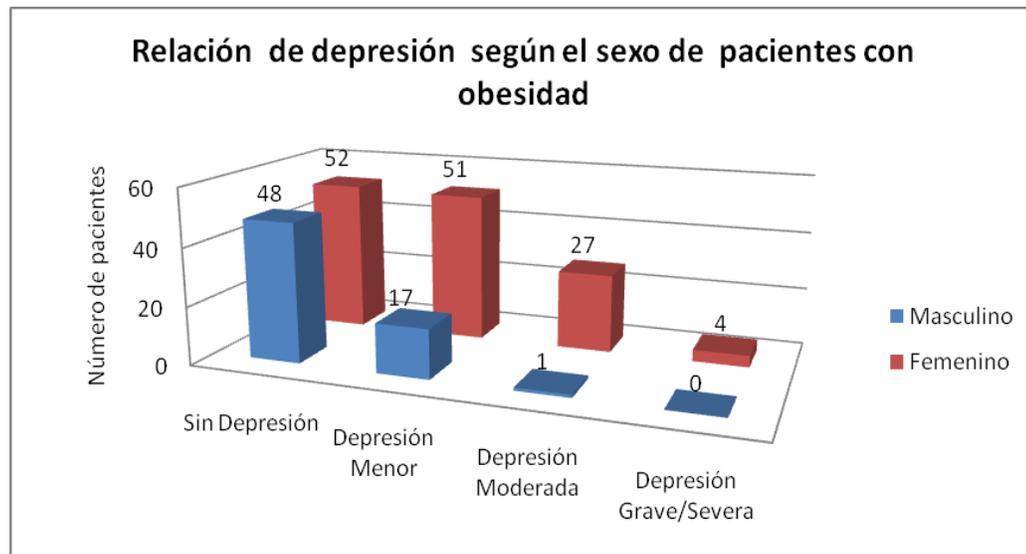
Gráfica No. 10 **Relación entre grado de obesidad y antecedentes heredo-familiares de obesidad.**



RELACION ENTRE OBESIDAD Y ANTECEDENTES HREDO-FAMILIARES DE LOS PACIDENTES.

Cuadro No. 9

OBESIDAD	ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES		TOTAL	%
	POSITIVO	NEGATIVO		
SOBREPESO	77	29	106	53
OBESIDAD GRADO I	53	14	67	33.5
OBESIDAD GRADO II	14	7	21	10.5
OBESIDAD GRADO III	4	2	6	3
TOTAL	148	52	200	100

Gráfica No. 11 **Relación de depresión según el sexo de pacientes con obesidad.****RELACION ENTRE DEPRESION Y SEXO DE LOS PACIENTES**

Cuadro No 10

DEPRESIÓN	SEXO		TOTAL	%
	MASCULINO	FEMENINO		
SIN DEPRESIÓN	48	52	100	50
DEPRESIÓN MENOR	17	51	68	34
DEPRESIÓN MODERADA	1	27	28	14
DEPRESIÓN SEVERA	0	4	4	2
TOTAL	66	134	200	100

2.12 DISCUSIÓN:

El propósito de este estudio fue identificar la relación de ansiedad y/o depresión en pacientes con obesidad o sobrepeso de la UMF N° 28 Gabriel Mancera. En este estudio se encontró que la obesidad predomina en el sexo femenino 67 %, masculinos el 33%, este estudio es consistente con lo ya mencionado en la literatura. Ya que de acuerdo con los resultados de la Escuela Nacional de Salud y Nutrición (Ensanut) 2006, donde se menciona que la proporción es mayor entre las mujeres que los hombres, ya que muestran, sobrepeso y obesidad, 71% en las mujeres y el 66.7% de los hombres que lo padecen en el país ⁵⁰.

Si bien, en los diferentes estudios mencionan la presencia de depresión y ansiedad en la población general refieren que se presenta dos veces más en mujeres que en los hombres⁵¹; este estudio corrobora lo antes mencionado, ya que se encontró una relación de ansiedad, sexo y depresión en 14% de los pacientes, 17% presentaron ansiedad moderada/grave y depresión moderada y son del sexo femenino, como se menciona en la literatura, hay una relación entre el grado de obesidad y el nivel de ansiedad y/o depresión, siendo mayor en personas con obesidad extrema⁵², y por lo regular vinculándose al sexo femenino ⁵³.

Seguidos en frecuencia los pacientes con diagnóstico de obesidad Grado I quienes presentaron depresión leve y ansiedad moderada/grave. Se contemplan rasgos comunes en la mayoría de

personas que presentan obesidad, observándose baja autoestima, insatisfacción corporal y pobre autoimagen global. Se aprecia relación de la autoestima con el peso, a mayor grado de obesidad menor nivel de autoestima ^{52, 55,56}, que mejora con la disminución de peso. ^{54,57} Así como lo referido en un estudio que demuestra que el 71,5% de personas con obesidad manifiestan síntomas de ansiedad, sintomatología causada por el sentimiento de culpabilidad que presentan, en especial, provocado por la discriminación social. ^{56,58}

En el estudio se puede observar que los pacientes que desarrollan ansiedad y depresión son aquellos que presentaron obesidad GI y GII (6.5%). Mientras que con sobrepeso no se ve esta afección.

Los pacientes con mayor afección de ansiedad y depresión (ansiedad moderada/grave y depresión severa) son los que presentaron obesidad GIII. Se encontró una diferencia proporcional con respecto al grado de obesidad y a la gravedad de los síntomas depresivos, lo que nos revela que existen más factores que inciden en la presencia de los síntomas. Revisando la literatura Las personas con obesidad son menos felices consigo mismas, un 40% de ellas no se autoaceptan y no se consideran autónomas ni integradas en la sociedad. A esta percepción de sí mismos afecta negativamente el grado de obesidad, la existencia de síntomas depresivos y la asistencia a determinados eventos sociales. ^{28.52}

Se observó también una tendencia a incrementar el sobrepeso en pacientes con edad avanzada (46-59 años) 30.5% en comparación a los pacientes más jóvenes (18-31 años) solo 10% de ellos, ambos grupos de edad no presentan obesidad grado III. Se estima que la

prevalencia de obesidad en la población española adulta en promedio es de 15.5%. Sin embargo, este porcentaje varía ampliamente en las distintas etapas de la edad adulta, siendo de un 5.9% entre los 25-34 años y va decreciendo con la edad hasta alcanzar un 2.5% entre los 55-64 años, de acuerdo a los resultados del estudio DORICA.⁶⁰

En cuanto a la relación de presentar obesidad o sobrepeso y el sedentarismo, 36.5% de los pacientes que desarrolla sobrepeso no realiza actividad alguna, lo que implica que la falta de actividad física condiciona incremento en el peso, en comparación con el 4.5% en los no sedentarios. El aumento del sedentarismo en la sociedad actual está contribuyendo de manera significativa a la epidemia de la obesidad en la edad adulta. La creciente urbanización y la necesidad de desplazamientos más largos ha incrementado el uso del automóvil y otros transportes motorizados. En este sentido, se ha descrito un incremento del 6% en el riesgo de desarrollar obesidad.⁶¹ Se han incrementado las horas de ocio que se dedican a estar sentado viendo la televisión, y en actividades lúdicas a través del ordenador. En este sentido, estudios epidemiológicos han demostrado que en adultos el grado de obesidad se encuentra directamente relacionado con las horas que el individuo permanece sentado.^{59, 66}

En cuanto a las diferentes áreas de ocupación podemos observar que el oficinista es el grupo más afectado para desarrollar sobrepeso (17%) y algún grado de obesidad, mientras que el desempleado es el menos afectado (3%). La actividad física ocupacional se ha visto considerablemente reducida debido al incremento de puestos de trabajo en el sector servicios con respecto al industrial, lo que ha llevado a aumentar el número de horas que

pasamos sentados en el trabajo. Además, la introducción de nuevas maquinarias ha disminuido considerablemente el porcentaje de trabajos manuales que requieren una actividad física intensa. También el trabajo doméstico se ha visto beneficiado por el desarrollo de nuevas tecnologías, que han conducido a la reducción de la energía calórica requerida para estas tareas cotidianas.⁵¹

En relación al estado civil se encontró que el grupo de los casados es el más propenso a desarrollar sobrepeso con 67 pacientes y 39 con obesidad grado I, los otros estados civiles tienen menor frecuencia para desarrollarla. Un estudio mostró que el 41,0% de los casados presentaban peso excesivo y el 15.0% eran obesos. Sobre los solteros, el 31.4% presentaban peso excesivo y el 14.4% eran obesos. En la literatura se describió la influencia del estado marital en el peso de los individuos, resaltándose que los casados presentan primacía de exceso de peso y mayor obesidad que las personas solteras.⁷⁶

El antecedente heredo-familiar de obesidad predominó en los pacientes como factor para desarrollar sobrepeso en un 38%, obesidad GI el 26.5% y cualquier otro grado de obesidad. Revisiones sistemáticas de la literatura científica ponen en evidencia la agrupación de los principales factores obesogénicos de riesgo en tres categorías: genéticos, como la obesidad o adiposidad parental; fisiológicos, como el peso bajo o muy alto del recién nacido, la velocidad elevada de ganancia de peso en los primeros cuatro meses, el rebote adiposo temprano antes de los 5 años, o el inicio de la obesidad en la adolescencia, y ambientales y conductuales que se refieren básicamente a la conducta de los padres hacia el niño o a aquellos hábitos alimentarios propios de éste. El hombre o la mujer

tiene mayor probabilidad de convertirse en obeso/a si tiene un familiar que ya lo es. ⁵⁷

En el presente estudio apreciamos que los pacientes sin depresión se encuentran con poca diferencia entre el sexo femenino 52 (26%) comparado al masculino con 48 (24%), en el caso de la depresión menor si se observa gran diferencia entre sexos, en el femenino 51 pacientes (25.5%) y en el masculino 17 (8.5%), podemos seguir observando este mismo predominio en el sexo femenino para presentar depresión moderada con 27 pacientes (13.5%) y 1 (0.5%) del sexo masculino; así mismo la depresión grave/severa afectó a 4 pacientes (2%) del sexo femenino, y ninguno del sexo masculino. Se han realizado varios estudios sobre la obesidad y depresión en hombres y mujeres, donde se han encontrado que las mujeres al tener un aumento de peso, presentan mayores síntomas depresivos en comparación con los hombres. ^{77, 78, 79}

2.13 CONCLUSIONES.

En el presente estudio existe una relación significativa entre la obesidad y la depresión y/o ansiedad, aunque aún no se logra determinar si estas últimas son factores de riesgo para padecer obesidad o por el contrario son consecuencia de ésta. Por lo que valdría la pena realizar una investigación al respecto, puesto que de esta manera podríamos actuar de manera preventiva en pacientes que presenten ansiedad y/o depresión pero aún no presentan obesidad.

Se encontró que la obesidad o sobrepeso acompaña a la ansiedad y/o depresión y se presentó más en pacientes del sexo femenino, con estado civil casado, ocupación oficinista, que no realizan alguna actividad física y en el grupo de edad de los 46-59 años fue el más afectado; ya que la población en la que se llevó a cabo el estudio pertenece al adulto mayor en un 80%; esto se debe a que la población estudiada pertenece a una comunidad donde predomina dicho rango de edad.

2.13 RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.

La importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y el tratamiento de la obesidad es evidente, por lo que el personal de salud a cargo del paciente obeso deben brindar apoyo, información y educación, fortaleciendo y facilitando la catarsis y expresión de los conflictos por parte del paciente, principalmente porque en el paciente obeso se manifiestan comúnmente problemas en las área afectiva y cognitiva, como una baja autoestima y pobre autoimagen, especialmente en lo referente al propio esquema corporal (representación psíquica consciente e inconsciente del propio cuerpo), observándose una deteriorada imagen de sí mismo y de su cuerpo y una baja expectativa respecto de la autoeficacia y el logro.

Por lo anterior, un tratamiento integral del paciente obeso debe facilitarle no sólo herramientas que le hagan posible un cambio de hábitos alimentarios y de estilo de vida, sino también los elementos básicos para que logre un fortalecimiento interno que le ayude a obtener resultados óptimos (en este caso, la reducción de peso) y también algunos “bastones” que, al igual que cualquier paciente adicto, le otorguen la seguridad y confianza necesarias para enfrentar posibles recaídas. Dentro de este último punto se pueden mencionar, por ejemplo, el uso de técnicas de discriminación de emociones y estados internos y técnicas para el manejo de ansiedad.

El tratamiento de los trastornos afectivos en los pacientes obesos es de fundamental importancia, pues de lo contrario no será capaz de

comprometerse adecuadamente con el tratamiento y, en general, tendrán considerable dificultad para bajar de peso.

Por ende, como médico familiar sugiero trabajar con estos pacientes de manera multidisciplinaria y no sólo enfocándose en el control de su peso corporal; de esta manera, se puede manejar en la intervención psicológica aspectos tales como la ansiedad y/o depresión que se ven afectados debido a una autoimagen disminuida.

A partir de esta investigación, y dados los resultados hallados, en investigaciones futuras es posible investigar la obesidad en menores de 18 años de una mejor manera; como ya se ha dicho antes, en México este trastorno es un problema creciente, ocupando actualmente el primer lugar en el mundo.

Otro tema es la prevención de la obesidad, ya que se pueden implementar estrategias que favorezcan la creación de una conciencia preventiva que evite los problemas que tal condición trae aparejados.

REFERENCIAS

- 1.- Obesidad y sobrepeso <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html> pantallas 1, 15 abril del 2007.
- 2.- Landeros, Olvera Erick Alberto. Capacidades de autocuidado y percepción del estado de salud en adultos con y sin obesidad. Revista Mexicana Enfermería de Cardiología. 2005; 12 (13): 20 – 24.
- 3.- Norma oficial mexicana NOM-174-SSA1-1998, para el manejo integral de la obesidad.
- 4.- Revista de obesidad y metabolismo. http://encolombia.com/adipovol4no1_salon4.htm pantalla 1, 15 de mayo del 2007.
- 5.- Pierre, D. Jean. Obesity-Preventing and managing the global epidemic -Report of a Who Consultation on obesity. Global prevalence and secular trends in obesity. Nature publishing group 2006; (444): 881-887.
- 6.- Sánchez, Reyes Leticia. Incidencia de obesidad en una población mexicana. Revista endocrinológica y nutrición 2001; (9): 60-66.
- 7.- Rodríguez, Sonia. Patrones dietéticos y su riesgo con sobrepeso y obesidad en mujeres del área rural del sur de México. Salud Pública de México, Edición especial, XII congreso de investigación en salud pública 2005; (44): 99-111.
- 8.- Datos obtenidos del SIAIS Sistema de información de atención integral de la salud de la UMF 28 Gabriel Mancera. 2009.
- 9.- Tapia Alexis. Ansiedad, un importante factor a considerar para al adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad. Revista chilena de nutrición 2006; 33 (supl 2): 352-357.
- 10.- Villaseñor, Alfonso. El papel de la leptina en el desarrollo de la obesidad. Revista de endocrinología y nutrición 2002; (10): 135-139.
- 11.- Chiprut, Roberto. La obesidad en el siglo XXI. Avances en la etiopatogenia y tratamiento. Gaceta Médica de México 2001; (4): 323-334.

- 12.- Martínez, Abundis Eduardo. Participación de la mitocondria en el desarrollo del estrés oxidativo en la obesidad. Departamento de bioquímica, Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez" 2005; (30): 82-89.
- 13.- Pierre, Després Jean. Abdominal obesity and metabolic syndrome. Nature Publishing Group 2006; (444): 881-887.
- 14.- Torres, Tamayo Margarita. ¿Cuáles son los factores de riesgo a que conlleva la obesidad? Revista de Endocrinología y Nutrición 2004; (12): 114 – 116.
- 15.- Zarate, Arturo. La obesidad: conceptos actuales sobre fisiopatología y tratamiento. Revista Facultad de Medicina UNAM 2001; (44): 66-70.
- 16.- Chávez, Tapia Norberto Carlos. Síndrome metabólico. Aspectos fisiopatológicos e importancia epidemiológica 2004; (11): 160-167.
- 17.- García, García Eduardo. ¿En qué consiste el tratamiento multidisciplinario de la obesidad? Revista de endocrinología y nutrición 2004; (12): 148-151.
- 18.- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4° edition Text Revised (DSM-IV TR Ansiedad Generalizada). American Psychiatric Association, 2000.
- 19.- Cohen, Md Ricardo Vitor. Laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass for the treatment of morbid obesity. Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, A.C. 2002; (3): 62-65.
- 20.- Obesity-Preventing and managing the global epidemic-Report of a Who Consultation on obesity. Global prevalence and secular trends in obesity, Geneva 1998; World Health Organization, Geneva 1998.
- 21.- Rosembaus J, Pollack M. Pacientes con ansiedad. En cassem N, ed. Manual de Psiquiatría en Hospitales Generales. Harcourt Brace de España 1998; 179-220.
- 22.- Horwerth E. Weissman. Epidemiology of depression and anxiety disorders. 1995 ediciones textbook in psychiatric epidemiology.
- 23.- Dr. Antonio Cano Vindel. Epidemiología de los trastornos de ansiedad <http://www.ucm.es/info/seas/ta/epidemi/> pantalla 1, 15

de abril del 2007.

24.- Vázquez, Velásquez Verónica. ¿Cuáles son los problemas Psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso? 2004; (12): 136-142.

25.- Arias, Horcajeadas F. Diferencias clínicas entre pacientes obesos mórbidos con y sin atracones. Actas Esp Psiquiatr 2006; (34): 362-370.

26.- J.C. Baeza Villarroel. Depresión (TD): Criterios Diagnósticos según las Clasificaciones Internacionales. <http://www.clinicadeansiedad.com/> pantalla 3, 10 abril 2007.

27.- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4° edition (DSM-IV TR Depresión). American Psychiatric Association. American Psychiatric Press, 2000.

28.- Bobes, J t al. Propiedades psicométricas de la versión española de la Escala de Detección del Trastorno de Ansiedad Generalizada según DSM-IV de Carroll y Davidson. Actas Esp Psiquiatr 2006; (34): 83-93.

29.- Conceptos básicos para el estudio de las familias 2005; (supl 1). 7: 15-19.

30.- Lobo, A Chamorro L. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depresión Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. Med Clin (Barc) 2002; (118): 493-499.

31.- SANCHEZ, Pérez, J.A. Escalas diagnósticas y de evaluación que se utilizan en atención primaria para depresión y ansiedad. Salud global 2005; (3):1-8.

32.- Bobes García J. Banco de Instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica. Psiquiatría editores. Barcelona España 2002. p. 44

33.- Dractu L. Depression assessment in Brazil. The first application of the Montgomery-Asberg Depression Rating Scale. Br. J Psychiatry. 1987; 150: 797-800.

- 34.- Lobo A. et al. Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg 39.-39. -Depresión Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y la ansiedad. Med Clin. 2002; 118: 493-499.
- 35.- Hamilton, M., A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry 1960(23): p. 56-62.
- 36.- Hamilton, M., Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc, Clin Psychol 1967(6): p. 278-296.
- 37.- Ramos-Brieva, J.C, A, Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión. Actas Luso-Esp Neurol Psiquiatr 1986(14): p.324-334.
- 38.- Ramos-Brieva, J.C., A A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. J Psychiatr Res 1988(22): p. 21-28.
- 39.- Bobes, J.B., A; Luque, A; et al., Evaluación psicométrica comparativa de las versiones en español de 6, 17 y 21 ítems de la Escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión. Med Clin, 2003. 120(18): p. 693-700.
- 40.- Depression: management of depression in primary and secondary care- NICE guidance. 2004.
- 41.- Shelton, R., Management of major depressive disorders following failure of antidepressant treatment. Primary Psychiatry, 2006. 12(4): p. 73-82.
- 42.- Zimmerman, M.P., MA; Chelminski, I, Is the cutoff to define remission on the Hamilton Rating Scale for Depression too high? J Nerv Ment Dis, 2005. 193(3): p. 170-5.
- 43.- Organización Mundial de la salud. Obesidad y sobrepeso, nota descriptiva 311 septiembre 2006.
- 44.- Olaiz-Fernández G, Rivera-Dommarco J, Shamah-Levy T, Rojas R, Villalpando-Hernández S, Hernández-Avila M, Sepulveda-Amor J, Escuela Nacional de Salud y Nutrición 2006, Cuernavaca, México Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.

- 45.- Fiel AE, Caokley EH, Must A, et al., (2001). Impact of overweight on the risk of developing common chronic diseases during a 10- year period. *Arch intern Med.* 161(13):1581-6.
- 46.- Mokdad AH, Ford E, Bohealth B, et al., (2003). Prevalence of obesity and obesity-related health risk factors. *JAMA.* 289(1): 76-9.
- 47.- Belló M, Puentes Rosas E, Medina-Mora ME, Lozano R, Prevalence and diagnosis of depression en México. *Salud Pública Mex* 2005; 47 suppl 1:S4-S11.
- 48.- Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud, 43°. Consejo directivo. 53ª sesión del comité regional. Salud mental en las Américas. CD43/15 4.11 Washington DC, EUA, 24 al 28 de septiembre 2001: 3-13.
- 49.- Robert E Hales, Stuart C, Yudofsky, John A. Talbott. The American Psychiatric Pres. DMS IV Tratado de Psiquiatría. Tomo I. 3ª edición. Editorial Masson, España 2000.
- 50.- Instituto Nacional de Salud. Implicaciones de salud de la obesidad, NIH Consensus Development Conference Statement Online 1985 Feb 11-13, 5(9):1-7, enero 2011, www.ncbi.nlm.nih.gov/book/NBK15155.
- 51.- James WP. The epidemiology of obesity: the size of the problem. *J Intern Med* 2008;263:336-52.
- 52.- Abilés V, Rodríguez-Ruiz S, Abilés J, Mellado C, García A, Pérez de la Cruz A et al. Psychological characteristics of morbidly obese candidates for bariatric surgery. *Obese Surg* 2010; 20 (2): 161- 167.
- 53.- Nederkoorn C, Smulders FT, Havermans RC, Roefs A and Jansen A. Impulsivity in obese women. *Appetite* 2006; 47 (2): 253-256.
- 54.- Kinzl JF, Schrattenecker M, Traweger C, Aigner F, Fiala M, Biebl W, Quality of life in morbidly obese patients after surgical weight loss. *Obes Surg* 2007; 17 (2): 229-235.
- 55.- Wadden TA, Butryn ML, Sarwer DB, Fabricatore AN, Crerand CE, Lipschutz PE et al. Comparison of Psychosocial Status in Treatment-seeking Women with Class III vs. Class I-II Obesity. *Obesity* 2006; 14: 90S- 98S.

- 56.- Lykouras L. Psychological profile of obese patients. *Dig Dis* 2008; 26 (1): 36-39.
- 57.- Stuerz K, Piza H, Niermann K and Kinzl JF. Psychosocial impact of abdominoplasty. *Obes Surg* 2008: 18 (1); 34-38.
- 58.- Hayden MJ, Dixon ME, Dixon JB, Playfair J and O'Brien PE. Perceived discrimination and stigmatization against severely obese women: age and weight loss make a difference. *Obes Fact* 2010; 3 (1): 7-14.
- 59.- Wegener I, De Beer K, Schilling G, Conrad R, Imbierowicz K, Geiser F et al. Patients with obesity show reduced memory for others' body shape. *Appetite* 2008; 50 (2-3): 359-266.
- 60.- Aranceta J, Pérez-Rodrigo C, Serra-Majem L, Bellido D, de la Torre ML, Formiguera X, et al. Prevention of overweight and obesity: a Spanish approach. *Public Health Nutr* 2007; 10(10A):1187-93.
- 61.- Fox KR, Hillsdon M. Physical activity and obesity. *Obesity Rev* 2007;8(s1):115-21.
- 62.- Fabricatore AN, Wadden TA, Sarwer DB, Crerand CE, Kuehnel RH, Lipschutz PE et al. Self-reported Eating Behaviors of Extremely Obese Persons Seeking Bariatric Surgery: A Factor Analytic Approach. *Obesity* 2006; 14: 83S-89S.
- 63.- Stuerz K, Piza H, Niermann K and Kinzl JF. Psychosocial impact of abdominoplasty. *Obes Surg* 2008: 18 (1); 34-38.
- 64.- Pedersen JO, Zimmermann E, Stallknecht BM, Bruun JM, Kroustrup JP, Larsen JF et al. Lifestyle intervention in the treatment of severe obesity. *Ugeskr Laeger* 2006; 168 (2): 167-172.
- 65.- Christakis NA, Fowler JH. The Spread of Obesity in a Large Social Network over 32 years. *N Engl J Med* 2007;357:370-9.
- 66.- Martínez-González MA, Martínez JA, Hu FB, Gibney MJ, Kearney J. Physical inactivity, sedentary lifestyle and obesity in the European Union. *Int J Obes Relat Metab Disord* 1999;23:1192-201.
- 67.- Castellini G, Lapi F, Ravaldi C, Vannacci A, Rotella CM, Faravelli C et al. Eating disorder psychopathology does not predict the

overweight severity in subjects seeking weight loss treatment. *Compr Psychiatry* 2008; 49 (4); 359-363.

68.- Seijas B., D. y Feuchtman S., Ch. (2007). Obesidad: factores psiquiátricos y psicológicos. Boletín de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 26(1). Disponible en línea: <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/obesidad/ObesidadFactores.html>.

69.- Alvarado, A., Guzmán, E. y González, M. (2005). Obesidad: ¿baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 10(2), 417- 428.

70.- Bresh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 35(4), 537-546

71.- Cabello G., M. y Zúñiga Z., J. (2007). Aspectos intrapersonales y familiares asociados a la obesidad: un análisis fenomenológico. *Ciencia UANL*, 10(2), 183-188.

72.- Damasceno M., M.C. (2006). Obesidad y exceso de peso: identificación de casos entre los trabajadores del área de salud. *Revista de Enfermería Integral*, 12(23), 17-21.

73.- Díaz, M. (2007). Presente y futuro del tratamiento farmacológico de la obesidad. *Revista de Hipertensión Arterial*, 14(4), 12-23.

74.- Gutiérrez F., J. (2005). Obesidad y nivel socioeconómico. *Revista de Medicina Preventiva y Salud*, 12(21), 87-98.

75.- Iruarrizaga, I., Romero, N., Camuñas, N., Rubio, M.A. y Cabrerizo, L. (2001). Entrenamiento en control emocional en obesidad mórbida. *Psicología.com*. Disponible en línea: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psicologiacom/interactivo>.

76.- AL-SHAMMARI, S.A.; KHOJA, T.; GAD, A. Community-based study of obesity among children and adults in Ryadh, Saude Arabia. *Food Nutr Bull*; 22: 178-83, 2001.

77.- Papakostas G, Petersen T, Iosifescu D, Burns A et al. Obesity among outpatients with major depressive disorder. *Int J Neuropsychopharmacol* 2005; 8: 59-63.

78.- Carpenter KH, Hasin DS, Allison DB, Faith MS. Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *Am J Public Health* 2000; 90: 251-257.

79.- Onyike C, Crum R, Lee H, Lyketsos C et al. Is obesity associated with major depression? Results from the third national health and nutrition examination survey. *Am J Epidemiol* 2003; 152: 163-170.

ANEXO 1**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

A quien corresponda:

Yo: _____

Declaro libre y voluntariamente que acepto participar en el estudio “FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN EN PACIENTES OBESOS O SOBREPESO DE LA UMF 28” del Instituto Mexicano del Seguro Social. Cuyos objetivos consisten en evaluar la frecuencia de la ansiedad y/o depresión en pacientes con obesidad así como identificar de acuerdo a grado de obesidad la presencia de ansiedad y/o depresión.

Estoy consciente de que el procedimiento para lograr los objetivos mencionados consisten en contestar dos cuestionarios: uno la escala de Hamilton para la Ansiedad y otra, la escala de Hamilton para la Depresión mismas que no implican intervención alguna que ponga en riesgo mi salud.

Entiendo que del presente estudio se derivarán los siguientes beneficios:

Identificar de acuerdo a grado de obesidad la presencia de ansiedad y/o depresión que estos pacientes tienen, con el fin de identificar en que rubro se puede incidir de mejor manera en el área educativa de los pacientes con este diagnóstico.

Es de mi conocimiento que seré libre de retirarme de la presente investigación en el momento que yo así lo desee. También que puedo solicitar información adicional acerca de los riesgos y beneficios de mi participación en este estudio. En caso de que decidiera retirarme, la atención que como paciente recibo en esta institución no se verá afectada.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha _____

Testigo: _____

Testigo: _____

ANEXO 2

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
 DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
 UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 28
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Para la participación en el proyecto:

RELACIÓN DE ANSIEDAD Y/O DEPRESION EN PACIENTES
 OBESOS O SOBREPESO EN LA UMF No 28 GABRIEL MANCERA.

NÚMERO DE FOLIO: _____.

TURNO DEL PACIENTE: 1 () MATUTINO 2 () VESPERTINO

NÚMERO DE AFILIACION: _____.

NOMBRE DEL PACIENTE: _____.

EDAD: _____ AÑOS.

SEXO: 1 () FEMENINO 2 () MASCULINO

OCUPACION: _____.

ESTADO CIVIL: 1 () SOLTERO 2 () CASADO 3 () VIUDO 4 ()

DIVORCIADO 5 () OTROS

ESPECIFICAR: _____.

AÑOS DE PORTAR LA OBESIDAD: _____ AÑOS.

ANTECEDENTE FAMILIAR DE OBESIDAD: 1 () SI 2 () NO

ESPECIFICAR QUIEN: _____.

SEDENTARISMO: 1 () SI 2 () NO

TX ACTUAL: _____.

TALLA: _____ . PESO: _____ IMC: _____

ANEXO 3**ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Para La Ansiedad**

Se trata de una escala administrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. 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). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad.

VARIABLES DEL TEST**PUNTOS DE CORTE:**

- 1.- 0-5 PUNTOS NO ANSIEDAD.
- 2.- 6.14 PUNTOS ANSIEDAD LEVE.
- 3.- > 0 =15 PUNTOS ANSIEDAD MODERADA/GRAVE.

PUNTAJE:_____.

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

- 0: AUSENTE
 1: INTENSIDAD LEVE.
 2: INTENSIDAD MODERADA.
 3: INTENSIDAD GRAVE.
 4: TOTALMENTE INCAPACITANTE.

DEFINICION OPERATIVA DE LOS ITEMS	PUNTOS
1. Estado ansioso (inquiétude, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0 1 2 3 4
2. Tensión (sensación de tensión, fatigabilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0 1 2 3 4
3. Miedos (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes)	0 1 2 3 4

4. Insomnio (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0 1 2 3 4
5. Funciones intelectuales (dificultad de concentración, mala memoria)	0 1 2 3 4
6. Humor deprimido (falta de interés, no disfruta de los pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo de la vida)	0 1 2 3 4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) (dolores molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar los dientes, voz poco firme o insegura)	0 1 2 3 4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0 1 2 3 4
9. Síntomas cardiovasculares (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0 1 2 3 4
10. Síntomas respiratorios (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea)	0 1 2 3 4
11. Síntomas gastrointestinales (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, borborigmos, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, , diarrea, estreñimiento)	0 1 2 3 4
12. Síntomas genitourinarios (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0 1 2 3 4
13. Síntomas del sistema nervioso autónomo (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0 1 2 3 4
14. Conducta durante la entrevista: <ul style="list-style-type: none"> - El sujeto se muestra tenso, incomodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura, cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, fascies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial. - Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp/min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmia, mioclonias palpebrales. 	0 1 2 3 4

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depresión

La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo. La Guía de Práctica Clínica con una alta calidad global en su elaboración y una puntuación "muy recomendada" según el instrumento AGREE, recomienda emplear los siguientes puntos de corte:

VARIABLES DEL TEST

PUNTOS DE CORTE:

- 1.- NO DEPRESIÓN: 0-7
- 2.- DEPRESIÓN LIJERA/MENOR: 8-13
- 3.- DEPRESIÓN MODERADA: 14-18.
- 4.- DEPRESIÓN SEVERA: 19-22.
- 5.- DEPRESIÓN MUY SEVERA

PUNTAJE:_____.

Instrucciones para el profesional

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

- 0: AUSENTE
 1: LIJERA
 2: MODERADA
 3: SEVERA
 4: INCAPACITANTE

1.Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	0
Ausente	0
Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	1
Estas sensaciones las relata espontáneamente	2
Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	3

Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea a	4
2.Sentimiento de Culpa	
Ausente	0
Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
3.Suicidio	
Ausente	0
Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	1
Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse	2
Ideas de suicidio	3
Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	4
4.Insomnio Precoz	
No tiene dificultad	0
Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo más de media hora para conciliar el sueño	1
Dificultad para dormir cada noche	2
5.Insomnio Intermedio	
No hay dificultad	0
Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
6.Insomnio Tardío	
No hay dificultad	0
Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
7.Trabajo y Actividades	
No hay dificultad	0
Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
Pérdidas de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se	4

compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda	
8. Inhibición Psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
Palabra y pensamiento normales	0
Ligero retraso en el habla	1
Evidente retraso en el habla	2
Dificultad para expresarse	3
Incapacidad para expresarse	4
9. Agitación Psicomotora	
Ninguna	0
Juega con sus dedos	1
Juega con sus manos, cabello, etc.	2
No puede quedarse quieto, ni permanecer sentado	3
Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4
10. Ansiedad Psíquica	
No hay dificultad	0
Tensión subjetiva por pequeñas cosas	1
Preocupación por pequeñas cosas	2
Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
Expresa sus temores sin que le pregunten	4
11. Ansiedad Somática (signos físicos de ansiedad tales: gastrointestinales: sequedad de la boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros, frecuencia de micción incrementada, transpiración)	
Ausente	0
Ligera	1
Moderada	2
Severa	3
Incapacitante	4
12. Síntomas Somáticos Gastrointestinales	
Ninguno	0
Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen	1
Sensación de pesadez en el abdomen	2
Dificultad en comer si no se le insiste	3
Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	4
13. Síntomas Somáticos Generales	

Ninguno	0
Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefaleas, algias musculares	1
Pérdida de la energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	2
14.Síntomas Genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
Ausente	0
Débil	1
Grave	2
15.Hipocondría	
Ausente	0
Preocupado de sí mismo (corporalmente)	1
Preocupado por su salud	2
Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
16.Pérdida de Peso	
Pérdida de peso inferior a 500gr. En una semana	0
Pérdida de más de 500gr. En una semana	1
Pérdida de más de 1Kg. En una semana	2
17.Introspección (Insight)	
Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, necesidad de descanso	1
No se da cuenta de que está enfermo	2