



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 78
DELEGACION ORIENTE.**

**NIVEL DE ANSIEDAD Y OBESIDAD EN MUJERES DE 20 A 40 AÑOS
DE EDAD, DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA
DELEGACIÓN ORIENTE**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. ISABEL SERRANO SALDAÑA

2017

CIUDAD UNIVERSITARIA, CD.MX.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

**NIVEL DE ANSIEDAD Y OBESIDAD EN MUJERES DE 20 A 40 AÑOS DE
EDAD, DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA DELEGACIÓN
ORIENTE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DRA.ISABEL SERRANO SALDAÑA

AUTORIZACIONES

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DE DE LA SUBDIVISIÓN DE
MEDICINA FAMILIAR
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.


**NIVEL DE ANSIEDAD Y OBESIDAD EN MUJERES DE 20 A 40 AÑOS DE UNA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DE LA DELEGACIÓN ORIENTE**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DRA. ISABEL SERRANO SALDAÑA

AUTORIZACIONES


DRA. ANA LILIA GONZÁLEZ RAMÍREZ
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITO A:
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.78 NEZAHUALCOYOTL


DR MIGUEL MEDINA HERNANDEZ
ASESOR DE TEMA DE TESIS
MÉDICO FAMILIAR ADSCRITO UMF 83


DRA ANA LILIA GONZÁLEZ RAMÍREZ
ASESOR METODOLOGICO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
ADSCRITA A UMF NO.78 NEZAHUALCOYOTL


DR. PEDRO ALBERTO MUÑOZ REYNA
COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN MÉXICO ORIENTE
NIVEL DE ANSIEDAD Y OBESIDAD EN MUJERES DE 20 A 40 AÑOS DE UNA

AGRADECIMIENTOS

**Gracias Universo, Vida, Dios... como sea Tú nombre
Por permitir valorar cada segundo que me permites respirar.**

**Sebastián e Isabela, por quererme y apoyarme
incondicionalmente y ser el motor principal de mi esfuerzo diario.**

**Padre, Madre, Hermanos, gracias por el aliento y el estímulo para
Seguir avanzando, protegiéndome y empujando cuando me faltaron las fuerzas.**

**Gracias Unidad de Medicina Familiar No.83 IMSS por ser mi segunda casa
Y por la nobleza de sus derechohabientes.**

**Gracias Dra. Ana Llila y Dra. Margarita
Por la paciencia y sabiduría conmigo en el arduo trabajo de la enseñanza.**

INDICE

PORTADA
AGRADECIMIENTOS

Índice	
.Resumen Estructural	1
1.Antecedentes	2
2..Planteamiento del Problema	6
3..Justificación	7
4.Hipótesis	10
5.Sujetos,Material y Métodos	11
5.1Características del estudio	11
5.2 Diseño	11
6.Grupo de Estudio	11
6.1 Criterios de Inclusión	12
6.2 Criterios de Exclusión	12
6.3 Criterios de Eliminación	12
6.4Tamaño de la muestra	12
7. Definición de Variables	13
8. Descripción General del Estudio	14
8.1 Análisis de Datos	14
9.Factibilidad de Aspectos Éticos	15
10.Recursos Humanos, Físicos y Financieros	16
10.1Recursos Humanos	16
10.2 Recursos Físicos	16
10.3 Recursos Financieros	16
11.Resultados y Análisis	17
Tabla 1	18
Tabla 2	19
Tabla 3	20
Tabla 4	21
Tabla 5	22
Tabla 6	23
Tabla 7	24
Tabla 8	25
Tabla 9	26

12.Discusión	27
13.Conclusiones	29
14.Recomendaciones y Sugerencias	30
15.Referencias Bibliográficas	31
16.Anexos	32
Anexo 1	33
Anexo 2	35
Anexo 3	35
Anexo 4	36

RESUMEN ESTRUCTURAL

INTRODUCCIÓN: La Obesidad tiene una etiología multifactorial en la que los factores de mayor fuerza se relacionan con los estilos de vida y con los estados de ánimo. La atención de las alteraciones psicológicas es de fundamental importancia, de lo contrario la persona difícilmente será capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento y por consecuencia tendrá mayor dificultad para bajar de peso y mantenerlo. De todas las alteraciones psicológicas, la Ansiedad es quizá la más frecuente y, a su vez, es la que mayormente afecta al sexo femenino. La ansiedad es un conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro, ya sea externo, interno o inconsciente, de ahí lo complicado de la relación, puesto que es difícil determinar el inicio del ciclo patológico: Obesidad como generadora de Ansiedad o Ansiedad como creadora de Obesidad. **OBJETIVO:** Se determinó el Nivel de Ansiedad y Obesidad en mujeres de 20 a 40 de edad de edad de la Unidad de Medicina Familiar número 83. **MATERIAL Y METODOS:** Se presenta el siguiente estudio Transversal, Prospectivo y Correlacional teniendo como objetivo principal el de relacionar a la ansiedad y obesidad en una población femenina de 120 pacientes perteneciente a la Unidad de Medicina Familiar número 83 IMSS, Chicoloapan de Juárez, de 20 a 40 de edad años, y en base a la respuesta al cuestionario de la Escala de ansiedad de Hamilton, durante el periodo de tiempo comprendido de Julio a Noviembre de 2015. **RESULTADOS:** La Obesidad Grado II fue la más representativa (37.5. %) seguida de la Obesidad grado IV (24.2%). Se encontró una mayor incidencia de Ansiedad, en escalas de moderada a muy incapacitante, en mujeres con Obesidad Grado II, llamando la atención que el porcentaje de mujeres con obesidad grado IV no presentaron mayor nivel de Ansiedad comparadas con los otros grados de Obesidad. **ANÁLISIS.** En la Investigación se descartó la hipótesis de trabajo inicial, en la que suponía que a mayor grado de Obesidad encontraría mayor nivel de Ansiedad, la información obtenida reportó que el nivel predominante de Ansiedad se dio en las pacientes con obesidad grado II y fue un nivel de Ansiedad Moderada, lejano al de Muy incapacitante como lo suponía al inicio. **CONCLUSIONES;** Por todo lo anterior se vuelve indispensable que el Médico y Médica Familiar tenga adiestramiento en la detección de sintomatología ansiosa en todos y todas las y los pacientes atendidos de cualquier enfermedad, haciendo mayor énfasis en la enfermedad de la Obesidad ya que como lo demuestra la literatura, un mejor control emocional de la Ansiedad ayuda a disminuir el grado de Obesidad y lo más importante; ayuda a mantener el descenso de peso logrado

PALABRAS CLAVE: *Obesidad, Ansiedad, Índice de Masa Corporal*

I.-ANTECEDENTES

La Obesidad tiene una etiología multifactorial en la que los factores de mayor fuerza se relacionan con los estilos de vida. El incremento tan abrupto de la obesidad y su gran extensión obedecen principalmente a cambios importantes en la alimentación de la población, al patrón de actividad física y a otros factores de índole sociocultural, todo lo cual se ha manifestado en un proceso de transición nutricional, las tendencias de aumento y de las diferencias sociales en la obesidad hacen que las minorías y aquellos estratos de la población con menor nivel educativo y socioeconómico puedan ser las más afectadas.¹

El estado nutricional es definido como la disponibilidad y utilización de nutrientes y energía a nivel celular, así la situación nutricional es normal cuando la oferta de nutrientes a través de la alimentación se corresponde con las necesidades metabólicas normales y sus variaciones (anabolismo/catabolismo), inducidas por sobrecargas fisiológicas, ocupacionales y psicológicas, así pues, se puede definir a la obesidad como un exceso de grasas corporal acompañado por un aumento en la relación entre el peso y la estatura, en la frecuencia de algunas enfermedades y mortalidad de las personas que la padecen .

Operativamente puede considerarse a la obesidad como la condición en la cual el Índice de Masa corporal es mayor de 30 Kilogramos por metro cuadrado de superficie corporal. La obesidad se asocia a un exceso en el número de adipocitos, a un desproporcionado tamaño de los mismos, o a ambos procesos.¹

Estudios en el mundo muestran una tendencia creciente en las prevalencias de obesidad y sobrepeso, el aumento progresivo y acelerado, es observado tanto en países o regiones desarrollados como en desarrollo, en ambos sexos y en todos los grupos de edad¹

La obesidad ha alcanzado proporciones de una epidemia global, las tasas de obesidad como mínimo se han triplicado desde 1980, en algunas partes de América del Norte, Europa del Este, Oriente Medio, las Islas del Pacífico, Australia y China. La región Latinoamericana no está ajena a esta tendencia y el aumento de las cifras de obesidad se ha hecho más evidente a medida que los países mejoran su ingreso económico.¹

El aumento acelerado de las cifras de obesidad ha resultado en un consenso internacional que coloca la enfermedad como un importante problema de salud pública cuyo estudio se justifica por las siguientes razones:

-La ganancia de peso corporal está asociada a un aumento de la morbilidad y mortalidad. La obesidad es un factor de riesgo de varias Enfermedades Crónicas No Transmisibles asociadas a Nutrición (ECNT), algunas de las cuales son causa importante de muerte en adultos y adultas, por ejemplo, la Enfermedad Isquémica del Corazón, la Diabetes Mellitus Tipo 2, la Hipertensión Arterial Sistémica, algunos tipos de Cáncer, la Osteoartritis y la Osteoporosis, además de otras enfermedades crónicas como Colecistitis, Enfermedades Osteomusculares, Respiratorias y Psicológicas.

-Resulta muy difícil mantener la pérdida de peso en personas con sobrepeso

-Las medidas para prevenir la obesidad, especialmente las que tienden a mejorar la calidad de la alimentación e incrementar la actividad física sistemática, coinciden en gran parte con las medidas para prevenir otras ECNT.

-La obesidad es un indicador útil para la vigilancia pues es fácil detectarla mediante las mediciones antropométricas tradicionales. ²

La importancia de los cuidados en el estado nutricional es tan crucial que constituye una de las tres causas básicas de los problemas nutricionales. El término cuidados se refiere a la capacidad de la familia y de la comunidad para dedicar tiempo, atención, ayuda y conocimientos prácticos para cubrir las necesidades físicas, mentales y sociales de las personas nutricionalmente vulnerables ³. Algunos estudios han mostrado que la existencia de un buen soporte social de la madre, o cuidador cuidadora principal, tienen un efecto protector en relación a la obesidad en la infancia³.

La definición y profundización en el estudio de los factores biológicos psicológicos y sociales relacionados con la problemática de la obesidad cobran gran importancia, cabe resaltar la trascendencia y determinación que tienen los aspectos psicológicos en la producción y mantenimiento de la obesidad⁴, estos factores precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos, por lo que deben contemplarse si se pretende tener un peso adecuado. La atención de las características psicológicas es de fundamental importancia, de lo contrario la persona difícilmente será capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento y por consecuencia tendrá mayor dificultad para bajar de peso y mantenerlo.⁴

Debido a que la mayoría de padecimientos resultan de un estilo de vida poco saludable y son no infecciosos, el interés desde una perspectiva conductual cobra gran relevancia, donde la intervención psicológica cobra un papel preponderante, pues el padecer enfermedades cronicodegenerativas implica presencia/ausencia de diversas variables psicológicas comportamentales y actitudinales que dan lugar a valoraciones específicas en la calidad de vida de los individuos que la padecen, por otro lado, es importante señalar, que las enfermedades crónico degenerativas afectan a todos los grupos socioeconómicos de la sociedad e imponen dos tipos de carga: por una parte afectan la productividad de los individuos y su capacidad de generar ingresos, y por otra, originan un mayor consumo de servicios sociales y de salud generalmente de alto costo, por tanto, la enfermedad crónico degenerativa puede ser definida como aquel trastorno orgánico que obliga a una modificación en el modo de vida del paciente y es probable que persista largo tiempo.⁴

Entre las consecuencias más negativas de la obesidad se encuentran las psicosociales. A partir de 1960 se han publicado estudios que demuestran que niños y niñas de pequeña edad rechazan a los niños y niñas obesos, prefiriendo a los delgados y delgadas. Los niños y niña de entre 10 y 11 años prefieren la amistad de los niños y niñas discapacitados a la de los niños y niñas con sobrepeso. Los niños y niñas entre 6 y 10 años asocian a la obesidad con características negativas como la pereza, el desaliño, el descuido, los estudiantes de bachillerato de Estados Unidos de Norteamérica prefieren como pareja a una cocainómana o ciega que a una obesa, curiosamente los sujetos con obesidad tienen el mismo tipo de prejuicios. En Chile en una muestra de 372 adolescentes, se encontraron palabras como grasa, depresión, ansiedad, chatarra, sedentarismo entre otros, relacionados con la palabra obesidad.

En México, algunos estudios han demostrado que los niños, niñas, los adolescentes y las adolescentes mexicanas prefieren la amistad de un niño o niña con peso normal y seleccionan al niño o niña con sobrepeso en último lugar.⁵

En dos investigaciones realizadas en México, en escolares, se encontró que las niñas desde muy corta edad adoptan una conducta lipo fóbica (que han asimilado de su entorno social) y que comparten con las jóvenes de mayor edad no solo el deseo de una imagen corporal delgada, sino que también se encuentran insatisfechas con su imagen corporal.⁵

La persona obesa sufre constantemente la humillación y la discriminación de una sociedad que no está adaptada para ellos, él y la obesa se siente excluido al vestirse, viajar en transporte público o concurrir a lugares o eventos públicos. De manera general se refleja una realidad producto de un ecosistema sociocultural invadido de ideas, valores, creencias actitudes y de estilos de vida consecuentes en pro del culto a la delgadez.⁶

En las evaluaciones psicológicas que valoran ansiedad y emocionalidad, se reportan puntajes más altos en los individuos obesos (niños, adolescentes y adultos) que en la gente con peso normal, también muestran niveles elevados de tensión, impulsividad y agresividad.⁶

Un factor que se ha estudiado por su importancia en el aspecto de la obesidad es la imagen corporal, ya que juega un papel determinante en el desarrollo de las características psicológicas de los y las pacientes obesos. La imagen corporal fue descrita por Schilder en 1935 como "la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo; es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta".⁶

La imagen corporal es una configuración global o conjunto de representaciones, percepciones, sentimientos y actitudes que el individuo elabora con respecto a su cuerpo durante su existencia y a través de diversas experiencias debidas a cambios psicológicos, sociales y culturales, Cash (2004), señala que la imagen corporal es una representación subjetiva que puede llegar a ser diferente en extremo de la apariencia real.⁷

La insatisfacción corporal ha sido relacionada con baja autoestima, depresión y con el impulso inicial en el comportamiento de trastornos de la conducta alimentaria como anorexia o bulimia. En México se ha observado que en mujeres que se encuentran en tratamiento para controlar su peso, el 5% presenta problemas de distorsión de la imagen corporal, vinculado a las prácticas alimentarias, los estilos de alimentación y los sentimientos asociados a la obesidad. Hay datos que señalan que la obesidad es más frecuente en las amas de casa que entre las profesionistas, entre las amas de casa hay más obesidad entre las clases bajas que en las altas.⁷

La obesidad ha sido considerada como trastorno psicossomático por diversos autores, quienes han sugerido que la dinámica familiar juega un papel trascendental en la génesis de ella.⁷

De acuerdo con la OMS (1990) el sistema familiar de obesos, anoréxicos y bulímicos se caracteriza por ser más conflictivo y desorganizado crítico y amurallado. A su vez, Minuchin (1988) señaló que la alta incidencia de inmadurez, pasividad, y conflictos interpersonales es algo que siempre existe en una familia con miembros obesos.⁷

Debido a que se propone que la obesidad no es el resultado de una cadena lineal causa-efecto, sino que es la interacción entre factores y componentes de un sistema, la familia debe considerarse parte de la problemática. Si bien no se ha demostrado que exista un trastorno específico en la personalidad del obeso, se sabe que estos sufren con gran frecuencia diversos trastornos psicológicos respecto a sujetos no obesos. Hilde Bruch (1973) en su obra *Eating Disorders* señala la dificultad que tienen las personas obesas para identificar sus propias sensaciones no pudiendo distinguir hambre de saciedad, ni hambre de otras emociones que vive cotidianamente, la consecuencia de esto es comer como respuesta a las emociones⁷. En cuanto a las alteraciones de personalidad de los individuos con obesidad mórbida se ha encontrado que los trastornos más comunes que presenta son: agorafobia, depresión mayor, fobia simple, bulimia, dependencia al tabaco, así mismo se han demostrado trastornos de personalidad relacionados con conductas excéntricas, dramáticas de elevada ansiedad, de evasión y agresión⁸

La obesidad es en sí misma un estado patológico investido de estigmas sociales que no tiene que ver exclusivamente con un problema estético corporal, sino que atenta incluso con las cualidades emocionales de carácter o personalidad afectando a cualquier tipo de población de cualquier edad

Aunque el origen del trastorno de personalidad del paciente resulta imposible de determinar. Es complicado ubicar si la obesidad provoca alteraciones específicas en la personalidad o son estas las que desencadenan la obesidad. En la quinta versión del DSM se considera que algunas formas de obesidad tienen una motivación excesiva hacia la comida por lo que deben ser incluidas en él como una forma de adicción hacia los alimentos, ya que se ha observado un componente de tolerancia, pues la persona tiene que incrementar de forma paulatina las cantidades de alimento para lograr la saciedad, presentando distres y disforia ante la realización de dietas (proceso similar al que viven los adictos a drogas durante el periodo de abstinencia). La revisión en el DSM-V se observa como una oportunidad para reconocer por lo menos un componente de la obesidad como un trastorno mental: adicción a los alimentos, esperando que esto facilite el tratamiento, considerando no solo los trastornos metabólicos sino también el trastorno mental⁹

Por su parte, la Ansiedad consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro, la respuesta de ansiedad se encuentra en pacientes desde el nacimiento, siendo un mecanismo natural con el que nacemos, la ansiedad no solo aparece por peligros externos y objetivos sino por otros de carácter interno y subjetivo e incluso por mecanismos inconscientes. Si la reacción de ansiedad es muy intensa ya sea porque la amenaza es realmente enorme o porque los mecanismos de respuesta ante los peligros este desajustado, la reacción física y psicología lejos de ayudar a hacer frente a las amenazas, se transformara en un peligro agregado.⁹

La alarma interna que supone la ansiedad no debe alcanzar niveles excesivamente elevados, si así lo hiciera hay que reducirlo. El comer, o exactamente más, el masticar, al suponer un gasto de energía y al implicar una forma de desgarrar y triturar se ha transformado en una forma rápida de reducir la ansiedad de manera instantánea y pasajera pero al alcance del paciente. Si el comer como refugio anti ansiedad se transforma en algo habitual con el tiempo se engordara, 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 se alivia comiendo. Las causas que más frecuentemente despiertan una ansiedad crónica son miedo: a ser abandonado, a no controlar los propios impulsos agresivos, sexuales, a perder la estabilidad laboral y económica o a la despersonalización, a perder el control de la propia vida, a no alcanzar metas personales o estándares sociales, a la repetición de acontecimientos traumáticos⁹

La ansiedad puede adoptar diversas formas, pero la 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 elevado consigue un porcentaje de reducción importante con el acto de comer. Al ser constante su presencia y su reducción con el comer provocan un aumento de peso.⁹

En un estudio realizado en 200 mil pacientes en Estados Unidos de Norteamérica en el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades buscando asociación entre obesidad y ansiedad, se encontró presente independientemente de los factores relacionados con el estilo de vida⁹

En México se han realizado varios estudios sobre obesidad y depresión en hombres y mujeres, en los cuales se ha demostrado que las mujeres al tener un Índice de Masa Corporal mayor, viven más síntomas depresivos y de ansiedad, en comparación con los hombres. Se ha encontrado que las personas con obesidad tienen una mayor ansiedad y menor orientación a logros así como heridas emocionales, agresión, emocionalidad y apetito sexual, tienden a ser desempleadas, con propensión a fumar, a tener una vida sedentaria con menor nivel educativo, poco apoyo emocional, con un autoconcepto pobre con respecto a su salud y con un escaso locus de control interno, cabe resaltar que la poca sensación de influir sobre la imagen es una de las fuentes principales de estrés, frustración y compulsión de comer y por ende aumento de peso.¹⁰

En un estudio en México realizado por el Grupo Ángeles en 2008, se encontró que los pacientes obesos presentan niveles de ansiedad leves y de depresión de acuerdo a los instrumentos aplicados, sin embargo en la exploración clínica se percibió que los rasgos de ansiedad y de depresión tienden a ser de moderados a severos, lo cual implica una actitud defensiva y negadora ante la exposición a su problema de obesidad¹⁰

La ansiedad, por lo tanto es un factor importante a considerar para el tratamiento adecuado de pacientes con sobrepeso y obesidad ¹¹.

Existen varios instrumentos para valorar el nivel de ansiedad presente en los individuos; por su sencillez de aplicación y su valor metodológico, se eligió a la Escala de Ansiedad de Hamilton.

La escala de Ansiedad de Hamilton fue diseñada en 1959, su objetivo es valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y no debe emplearse cuando coexisten otros trastornos mentales. se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referente a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista, no debe durar más de 30 minutos, cada ítem se valora de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 puntos es principalmente un punto de referencia y que raramente debe alcanzarse en pacientes no hospitalizados. solo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado de ánimo en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas, se recomienda administrarla siempre a la misma hora debido a las fluctuaciones del estado de ánimo del paciente proponiendo entre las 8 y 9 horas am. Se trata del instrumento más utilizado para evaluar la ansiedad. El investigador puntúa de 0 a 4 cada ítem, valorando tanto la ansiedad como la frecuencia del mismo, la puntuación total es la suma de cada uno de los ítems. el rango va de 0 a 56 puntos.¹²

Se pueden obtener además dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1,2,3,4,5,6,7 y 14) y de ansiedad somática (ítems 7,8,9,10,11,12,y 13),se recomienda que sea la misma persona quien lo aplique.¹²

La escala de Hamilton valora:

Ansiedad Generalizada

0-5 no ansiedad

6-14 ansiedad leve

15 ansiedad moderada

15 o más ansiedad severa

Tiene una fiabilidad y una consistencia interna alfa de Cronbach 0.79 a 0.86, conserva excelentes valores test-retest tras un día y una semana y aceptable estabilidad después de un año, posee una validez alta ya que la puntuación total distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos.¹²

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Obesidad se ha convertido en una pandemia presente en todos los niveles socioeconómicos, en ambos y sexos y en todos los grupos de edad, es el factor de riesgo más importante del desarrollo de enfermedades crónico degenerativas.

La literatura maneja que su tratamiento, debido a la complejidad que la conforma, tiene que ser multidisciplinario, sin embargo también la bibliografía da prueba de lo difícil que es el bajar de peso y lo más complicado; el mantener la reducción lograda.

Se ha documentado la relación existente entre niveles de ansiedad y obesidad en varios estudios realizados en el mundo y en nuestro país, sin embargo, en la consulta otorgada al paciente, en el primer nivel de atención médica, él factor emocional es uno de los menos tocados; en su manejo damos prioridad a las complicaciones o enfermedades adyacentes que ya tiene y omitimos el dolor emocional.

En base a lo anterior surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es el Nivel de Ansiedad y Obesidad en mujeres de 20 a 40 de edad de edad de la Unidad de Medicina Familiar número 83?

3. JUSTIFICACIÓN

La obesidad ha alcanzado proporciones epidémicas. A nivel mundial cada año mueren 2.6 millones de personas a causa de la obesidad o de alguna de sus complicaciones. Dentro de este grupo más de 200 millones de hombres y 300 millones de mujeres eran obesos. México ocupa el primer lugar mundial en obesidad, en niños y en adultos ¹³

Para el año 2012, 26 millones de adultos mexicanos presentaban sobrepeso y 22 millones obesidad, el incremento de prevalencia de la obesidad en México se encuentra entre los más rápidos documentados a nivel mundial pues de cada 10 adultos, 7 presenta sobrepeso u obesidad¹⁴

En el estado de México se contabiliza una de las prevalencias más altas del país en casos de obesidad, con un porcentaje del 70 al 80 por ciento¹⁴

Por otra parte, los trastornos mentales tienen un impacto sobre la vida de los individuos la familia y la sociedad, se calcula que más del 20% de la población mundial padecerá un trastorno afectivo que requerirá tratamiento médico en algún momento de su vida¹⁵. En México las enfermedades mentales afectan a una de cada 4 familias, según datos de la OMS, y según la Encuesta Nacional de Epidemiología y Psiquiatría realizada en 2003, la prevalencia de ansiedad es del 14.3% en alguna vez de la vida del paciente entrevistado¹⁵

La población adscrita a la Unidad de Medicina familiar número 83 hasta febrero del 2014 era de un total de cien mil cien pacientes, no encontrándose en sus archivos documentación de estudios hechos con anterioridad que relacionen obesidad y ansiedad.

Mi intención de desarrollar esta tesis, es establecer el nivel de ansiedad que tiene una paciente con obesidad, y una vez determinada, que los resultados sirvan para dejar el precedente y en un futuro lograr que en la unidad de medicina familiar a la par que se canaliza al paciente obeso a nutrición o a los grupos de apoyo YO PUEDO también sea canalizado a terapia psicológica conductual como parte del protocolo del manejo de su enfermedad, y que se retome el papel de asesoría emocional e intervención familiar que debe cumplir el Médico Familiar (establecido en su perfil de estudios) en el trato a su paciente con obesidad.

4. HIPOTESIS

Si la paciente tiene mayor grado de obesidad entonces tendrá mayor grado de ansiedad.

5. SUJETOS MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 CARACTERÍSTICAS DONDE SE LLEVÓ EL ESTUDIO

El estudio se realizó en la Unidad de medicina Familiar número 83 del Instituto Mexicano del Seguro Social, perteneciente a la delegación I5 Oriente del Estado de México, localizada en la calle Plan de Ayala sin número, esquina con Anenecuilco, Colonia Emiliano Zapata, Chicoloapan de Juárez. Perteneciente al primer nivel de atención medica la cual tiene los servicios de Consulta Externa, Trabajo Social, Medicina Preventiva y servicio de Farmacia.

Los pacientes que acuden a solicitar atención médica son los afiliados a la clínica en base a su colonia y área de procedencia, siendo atendidos por cita previa, con cita vía telefónica o presencial.

5.2 DISEÑO

Estudio transversal dado que las escalas fueron aplicadas en una sola ocasión.

Analítico y Correlacional debido a que se correlacionó las variables de ansiedad y obesidad.

Prospectivo los datos fueron recabados de Julio a Noviembre del 2015.

6. GRUPO DE ESTUDIO

6.1 CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes del género femenino.

Índice de masa corporal igual o mayor a 30 kg

Edad de 20 a 40 años

Adscritas a la unidad de medicina familiar número 83

Que aceptaron participar bajo consentimiento informado.

6.2 CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes con enfermedad mental de otro tipo (ansiedad, depresión, esquizofrenia ya diagnosticadas)

6.3 CRITERIOS DE ELIMINACION

Pacientes con cuestionarios incompletos.

6.4 TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se realizó con un muestreo no probabilístico por conveniencia y consecutivo continuo.

Siendo el tamaño de la muestra de 120 pacientes del género femenino con obesidad

7. DEFINICION DE VARIABLES

La obesidad es una constante del grupo de estudio ¹⁶

TABLA OPERACIONAL DE LAS VARIABLES:

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA	UNIDAD DE MEDICION
OBESIDAD	Enfermedad Crónica de origen multifactorial caracterizada por la acumulación excesiva de tejido adiposo creando un balance positivo	Se considerará obesa cuando su IMC sea mayor de 30 kg/m ²	Cualitativa ordinal	Kg/m ² sc (Peso/talla 2) Grado I Grado II Grado III Grado IV
ANSIEDAD	Respuesta emocional o conjunto de respuestas que engloba aspectos subjetivos o cognitivos de carácter displacentero.	Conjunto de respuestas somáticas y psíquicas ante un evento emocional adverso	Cualitativa ordinal	Leve Moderada Grave Muy Incapacitante
INDICE DE MASA CORPORAL	Indicador simple de la relación entre peso y talla, se calcula dividiendo el peso en kilogramos por el cuadrado de su talla en metros	Determina el nivel de sobrepeso y obesidad que tiene un individuo	Cuantitativa ordinal	Kg,m ² sc (peso/talla ²)
ESTADO CIVIL	Es la situación que cada persona mayor de 12 años tiene de acuerdo a las leyes o costumbres conyugales o matrimoniales del país	Es la situación conyugal que cada persona tiene al momento de la encuesta	Cualitativa nominal	Soltero Casado Divorciado Unión libre Viudo
ESCOLARIDAD	El último curso educativo formal aprobado por la persona de seis años y más.	Nivel de estudios al momento de la encuesta	Cualitativa ordinal	Primaria Secundaria Medio superior Superior Posgrado
ESCALA DE HAMILTON	Escala heteroadministrada por un clínico quien tras una entrevista al entrevistado puntúa de 0 a 4 puntos cada escala valorando la ansiedad y frecuencia de la misma.	es la escala que recolectara los datos del nivel de ansiedad que maneja el paciente	Cualitativa ordinal	0-5 no ansiedad 6-14 ansiedad Leve 15 ansiedad Moderada Más de 15 ansiedad Severa

8. DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

El estudio se realizó integrando al turno vespertino y matutino de la unidad de medicina Familiar no 83, IMSS, ubicada en el municipio de Chicoloapan de Juárez, Delegación 15 Oriente.

Se eligieron pacientes del género femenino, se excluyeron a aquellas con un trastorno mental previo diagnosticado, su rango de edad fue de 20 a 40 años, se les explicó previamente las características del estudio haciendo énfasis en que no habría daño a su integridad física, emocional y familiar quedando todo asentado en la carta de consentimiento informado, la duración del estudio fue de Julio a Noviembre del 2015, y el instrumento de aplicación para valorar la ansiedad fue la escala de Hamilton.

8.1 ANALISIS DE LOS DATOS

El análisis estadístico tuvo dos momentos, uno de estadística descriptiva, en el cual se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, las cuales se presentan en tablas, las variables de tipo cualitativo son resumidas con razones y proporciones. Cuando se realizó estadística inferencial se utilizó correlación lineal de Pearson para la obesidad y grados de ansiedad, tendiendo como valor significativo un valor de P de < 0.05 .

9. FACTIBILIDAD DE ASPECTOS ÉTICOS

Se encuentra dentro de lo legislado en la constitución política de los Estados Unidos mexicanos, artículo 4to, en la ley general de salud, en el código de Núremberg, no se viola ningún derecho humano. Se informará a los participantes los objetivos y métodos de trabajo para que puedan elegir participar o no, sin implicación alguna en sus estudios.

De acuerdo con lo estipulado en la ley General de Salud ¹⁷ en materia de investigación para la Salud (título II, capítulo, Art 17, sección 1) corresponde a investigación menor al mínimo riesgo

No se contrapone a lo establecido en el capítulo I, Art 3ro de la Ley General de Población ¹⁸, ni a lo especificado en el capítulo VI, Art 67 de la Ley General de Salud. Ni a lo establecido en la sección sexta, Art. 71 y 72 del reglamento de los servicios médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En el presente estudio los participantes serán informados verbalmente. En el presente estudio los participantes serán informados sobre los objetivos del estudio y se les solicitará su autorización por escrito a través del consentimiento informado, basándose en la ley General de Salud y la declaración de Helsinki ¹⁹.

10. RECURSOS HUMANOS, FISICOS, FINANCIEROS.

10.1 RECURSOS HUMANOS:

- Investigador
- Asistente médica
- Paciente participante del proyecto
- Tutor

10.2 RECURSOS FISICOS

- Consultorio de la UMF
- Test impreso
- Plumas
- Lápices
- Tinta para impresora
- Sistemas Word y Excel
- Programa SPSS

10.3 RECURSOS FINANCIEROS

- Todos los recursos serán financiados por el Instituto Mexicano del Seguro Social

11. RESULTADOS Y ANÁLISIS

En el grupo de mujeres de 20 a 40 años de edad de la UMF 83; se encuentra que la Obesidad grado II se ubica en el primer nivel de frecuencia (37.5%) seguida de las pacientes con Obesidad Grado IV (24.2%) con una mediana de 2.0 y una desviación estándar de .501. Tabla 1.

Tabla 1: Frecuencia simple de nivel de Obesidad en Mujeres de 20 a 40 años de ambos turnos
En la UMF Número 83.IMSS Delegación Oriente

Obesidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
I	20	16.7	16.7	16.7
II	45	37.5	37.5	54.2
III	26	21.7	21.7	75.8
IV	29	24.2	24.2	100.0
Total	120	100	100	

FUENTE: Base de Recolección de Datos UMF83 Julio a Noviembre del 2015

En el grupo de Mujeres de 20 a 40 años se encontró que el mayor nivel de escolaridad fue el de Secundaria (52.5%) seguido del Nivel Preparatoria (36.7%) llamando la atención un porcentaje representativo para el nivel de Licenciatura (8.3) con una media de 1.51 y desviación estándar de .686. Tabla 2

Tabla 2: Frecuencia simple de Nivel de Escolaridad en Mujeres de 20 a 40 años ambos turnos, en la UMF Número 83. IMSS Delegación Oriente

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Primaria	3	2.5	2.5	2.5
Secundaria	63	52.5	52.5	55.0
Preparatoria	44	36.7	36.7	91.7
Licenciatura	10	8.3	8.3	100.0
Total	120	100	100	

FUENTE: Base de Recolección de Datos UMF 83 Julio a Noviembre del 2015

En el grupo de Mujeres de 20 a 40 años se encontró al estado de Viudez como el más representativo (46.7%), seguido del Casado (25%) y un 2.5% para el estado de Soltero, con una media de 2.03 y una desviación estándar de .916. Tabla 3

Tabla 3: Frecuencia Simple del Estado Civil en Mujeres de 20 a 40 años, ambos turnos de la UMF número 83, IMSS Delegación Oriente

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Soltero	3	2.5	2.5	2.5
Casado	30	25.0	25.0	27.5
Viudo	56	46.7	46.7	74.2
Divorciado	22	18.3	18.3	92.5
Unión Libre	9	7.5	7.5	100.0
Total	120	100	100	

FUENTE: Base de Recolección de Datos UMF 83 Julio a Noviembre del 2015

En el grupo de Mujeres de 20 a 40 años, la fase de Dispersión ocupó el primer lugar con un 44.2% de ocurrencia, siendo el último en repetición, la fase de Matrimonio con un 5.8%, con una media de 1.80 y una desviación estándar de .836. Tabla 4

Tabla 4: Frecuencia Simple del Ciclo Vital Familiar en Mujeres de 20 a 40 años, ambos turnos de la UMF número 83, IMSS Delegación Oriente

Ciclo Vital	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
Matrimonio	7	5.8	5.8	5.8
Expansión	35	29.2	29.2	35.0
Dispersión	53	44.2	44.2	79.2
Independencia	25	20.8	20.8	100.0
Total	120	100	100	

FUENTE: Base de Recolección de Datos UMF 83 Julio a Noviembre del 2015

Se encontró en las mujeres de 20 a 40 años con Obesidad Grado II niveles más frecuentes de Ansiedad, con 45 casos en total distribuidos de esta forma: 12 procesos para el nivel Leve (10%), 16 para el nivel Moderada (13.3%) ,12 mujeres en el nivel Grave (10%) y 5 situaciones para el nivel Muy Incapacitante (4,1%).El segundo lugar de aparición de niveles elevados de Ansiedad lo ocuparon las mujeres con Obesidad grado IV con un total de 29 casos agrupados así: 3 mujeres con nivel Leve (2,5%),12 para el nivel de Moderada (10%),9 para el nivel de Grave (7,5) y 5 mujeres en el nivel de Muy Incapacitante (4,1%).Importante mencionar que el nivel predominante de Ansiedad fue para el nivel moderado con un total de 51 mujeres de todo el estudio (41%), Esta tabla cruzada refleja una Chi cuadrada de Pearson de 12.7 con una correlación de Spearman de .22 Tabla 5

Tabla 5: Relación entre el Nivel de Obesidad y la Escala de Ansiedad de Hamilton en Mujeres de 20 a 40 años, ambos turnos de la UMF número 83, IMSS Delegación Oriente

Obesidad	Hamilton				Total
	Leve	Moderada	Grave	Muy Incapacitante	
I	5	10	4	1	20
II	12	16	12	5	45
III	0	13	10	3	26
IV	3	12	9	5	29
Total	20	51	35	14	120

FUENTE: Base de Recolección de Datos UMF 83 Julio a Noviembre del 2015

Se encontró que el Nivel predominante de Ansiedad presente en las mujeres estudiadas fue el nivel Moderada, con un total de 51 casos (42.5%) y se dio más en las mujeres con un nivel de escolaridad de Secundaria con 63 situaciones (52.5%), llamando la atención que los niveles más bajos de Ansiedad se presentaron en mujeres con un nivel de escolaridad de Primaria con un total de 3, 2 mujeres en nivel Leve y una en muy Incapacitante. Ésta tabla cruzada represento una Chi cuadrado de Pearson de 9.5 y una correlación de Spearman de .55. Tabla 6

Tabla 6: Relación entre el Nivel de Escolaridad y la Escala de Ansiedad de Hamilton en Mujeres de 20 a 40 años, ambos turnos de la UMF número 83, IMSS Delegación Oriente

Hamilton					
Escolaridad	Leve	Moderada	Grave	Muy Incapacitante	Total
Primaria	2	0	0	1	3
Secundaria	10	28	19	6	63
Preparatoria	6	19	14	5	44
Licenciatura	2	4	2	2	10
Total	20	51	35	14	120

FUENTE: Base de Recolección de Datos UMF 83 Julio a Noviembre del 2015

Del total de mujeres analizadas ,el primer lugar de aparición con 56 casos (46.6%) fue hacia el estado de Viudez, ocupando también éste estado civil el primer lugar de frecuencia del total de mujeres con Obesidad; con la siguiente distribución: 11 casos(9,1 %) contienen Obesidad Grado 1, 20 mujeres (16.6%) para Obesidad Grado II, 9.1% (11 mujeres) para Obesidad Grado III y 14 mujeres del estudio (11,6%)con Obesidad Grado IV.Esta tabla cruzada reporta una Chi cuadrada de Pearson del 8.5 y una correlación de Spearman de -.101.Tabla 7

Tabla 7: Relación entre el Estado Civil y el Grado de Obesidad en Mujeres de 20 a 40 años, ambos turnos de la UMF número 83, IMSS Delegación Oriente

Estado Civil	Obesidad				Total
	I	II	III	IV	
Soltero	1	1	0	1	3
Casado	2	12	8	8	30
Viudo	11	20	11	14	56
Divorciado	4	7	7	4	22
Unión Libre	2	5	0	2	9
Total	20	45	26	29	120

FUENTE: Base de Recolección de Datos UMF 83 Julio a Noviembre del 2015

Del grupo de mujeres de 20 a 40 años analizadas se encontró a la Fase de Dispersión como la fase vital más abundante, con un total de 53 mujeres (44.1%) y la menos frecuente a la Fase de Matrimonio con 7 casos (5.8%), siendo el nivel de Ansiedad predominante el Moderado con una distribución de 4 casos en la fase Matrimonio (3.3%) ,13 mujeres en la fase de Expansión (10,8%) 22 mujeres en la de Dispersión (18.3%) y 12 mujeres en la fase de Independencia(10%),Esta tabla cruzada reporta una Chi cuadrado de Pearson de 10.5 y una correlación de Spearman de .206. Tabla 8.

Tabla 8: Relación entre el Ciclo Vital Familiar y el Nivel de Ansiedad de Hamilton en Mujeres de 20 a 40 años, ambos turnos de la UMF número 83, IMSS Delegación Oriente

Hamilton	Ciclo Vital				Total
	Matrimonio	Expansión	Dispersión	Independencia	
Leve	1	10	9	0	20
Moderada	4	13	22	12	51
Grave	1	10	15	9	35
Muy Incapacitante	1	2	7	4	14
Total	7	35	53	25	120

FUENTE: Base de Recolección de Datos UMF 83 Julio a Noviembre del 2015

En el grupo de mujeres de 20 a 40 años analizadas se encontró que el Estado Civil predominante fue el de Viudez, con 56 mujeres (46.6%) quienes también presentaron el nivel más frecuente de Ansiedad distribuido de la siguiente manera: 10 mujeres (8.3%) para Ansiedad Leve, 22 mujeres con Ansiedad Moderada (18.3%) ,16 Mujeres con Ansiedad Grave (13,3%) y 8 mujeres para Muy Incapacitante, siendo las mujeres solteras las que reportaron los niveles más bajos de incidencia de Ansiedad con un total de 3 casos (2.5%).Esta tabla cruzada reportó una Chi cuadrado de Pearson de 11.5, Tabla 9

Tabla 9: Relación entre el Estado Civil y el Nivel de Ansiedad de Hamilton en Mujeres de 20 a 40 años, ambos turnos de la UMF número 83, IMSS Delegación Oriente

Hamilton					
Estado Civil	Leve	Moderada	Grave	Muy Incapacitante	Total
Soltero	1	1	1	0	3
Casado	2	13	10	5	30
Viudo	10	22	16	8	56
Divorciado	4	13	4	1	22
Unión Libre	3	2	4	0	9
Total	20	51	35	14	120

FUENTE: Base de Recolección de Datos UMF 83 Julio a Noviembre del 2015

12. DISCUSIÓN

La obesidad ha sido y sigue siendo un tema de relevancia y de estudio a nivel mundial por todo lo que ya se es conocido y los aspectos nuevos que se siguen investigando, es destacado y ya referido la implicación importante que tiene en la génesis de enfermedades crónicas, degenerativas y potencialmente mortales y su papel fundamental en el incremento del riesgo cardiometabólico cuando ya la patología esta instaurada. En las últimas dos décadas también ha sido importante la relación que se le está dando en la aparición o empeoramiento de enfermedades mentales del tipo Depresión y Ansiedad.

En estudios realizados en Taiwán se encontró que la Obesidad Severa resulta en una alteración significativa de la calidad de vida ²⁰.

En los Países Bajos se evaluó el efecto combinado de Obesidad, Depresión Mayor y Ansiedad y Calidad de Vida relacionada con la Salud, en donde se encontró que el trastorno depresivo mayor y la Ansiedad actúan de forma sinérgica en la calidad de vida física y mental y; que al mejorar estos trastornos más la disminución de peso podrían mejorar la calidad de Vida Relacionada con la Salud ²¹

De igual manera, investigaciones realizadas en Estados Unidos de América han concluido que los y las pacientes Ansiedad son más propensos a desarrollar Obesidad ²²

En estudios realizados en México se ha documentado que los y las pacientes con Obesidad presentan peor calidad de vida en dominios como el dolor corporal, rol emocional, salud mental, así, mismo como escala mental en general, predominando las mujeres con un 72.24% del universo estudiado ²³ En otra investigación realizada en la Ciudad de México se encontró que las Mujeres tienen mayor predisposición genética a ser ansiosas en la etapa reproductiva al poseer una mayor cantidad de estrógenos ²⁴

Se ha documentado también en nuestro país que las Mujeres con Obesidad perciben una calidad de vida más baja y que significativamente No presentan una relación directa con la Ansiedad ²¹, sin embargo se contradice al culminar la investigación con la conclusión de que la Obesidad y la Sintomatología Ansiosa tienen un efecto sinérgico sobre la calidad de vida ²⁵.

Otra investigación realizada dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social reporta varios datos interesantes; del total de la muestra estudiada la escolaridad predominante fue la de Secundaria, el estado civil con más frecuencia fue el de Casada y el ciclo Vital dominante fue el de Dispersión, concluyendo dicho estudio que hay más Ansiedad y Depresión en Mujeres con Obesidad que sin ella ²⁶

En un estudio de conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al Índice de Masa Corporal en Mujeres adultas de la Ciudad de México se reportó que a un mayor IMC mayor realización de conductas compensatorias y de comer compulsivamente ²⁷

Así mismo, se ha mencionado en varios artículos que las psicopatologías más frecuentes en pacientes con Obesidad son las alteraciones afectivas y la Ansiedad ²⁸

Realizando una comparación entre lo encontrado y los resultados obtenidos en la presente investigación, hay aspectos que coinciden y otros que son relevantes.

Si bien es cierto que la investigación posee sesgo al considerar solo a las mujeres de 20 a 40 años de la unidad, comparte los resultados mundiales de que la Mujer es la que sufre mayores niveles de Ansiedad ya sea por patrones educativos, culturales, morales, hormonales o de índole económico.

En la Investigación se descartó la hipótesis de trabajo inicial, en la que suponía que a mayor grado de Obesidad encontraría mayor nivel de Ansiedad, la información obtenida reportó que el nivel predominante de Ansiedad se dio en las pacientes con obesidad grado II y fue un nivel de Ansiedad Moderada, lejano al de Muy incapacitante como lo suponía al inicio.

Llaman la atención varios aspectos de esta investigación: el Estado Civil predominante fue el de Viudez y el ciclo vital familiar dominante fue el de Dispersión. Esta información nos abre un nuevo panorama de estudio ya que las mujeres encuestadas son jóvenes y en edad reproductiva, sin embargo la mayor parte de ellas se encuentra sola y con una familia Dispersa, o bien ya en fase de Independencia tal vez esto debido al lugar geográfico en donde se encuentran viviendo ya que por condiciones culturales y de pobreza, la mujer tiende a tener un nivel educativo bajo, se casa joven y se encuentra sumergida en uno de los municipios más peligrosos del Estado de México, en donde los niveles elevados de homicidios y asaltos pudieran favorecer el estado de Viudez precoz, considero importante esta información para estudios posteriores.

Esta investigación también demostró que existe cada vez más frecuentemente la presencia de la Obesidad Grado IV en las mujeres analizadas, lo cual coincide con las estadísticas nacionales en donde nuestro país ocupa el segundo lugar en Obesidad siendo esta patología la base de la pirámide para todas las enfermedades crónicas y mortales que pueden agotar los recursos de cualquier sistema de salud, siendo el nuestro muy vulnerable y, que contrario a lo esperado no presentan niveles de ansiedad tan severos.

Ahora, relacionado a la escolaridad llama la atención que las mujeres que menor nivel de Ansiedad presentan son aquellas que solo estudiaron la Primaria, siendo las de nivel Secundaria y Preparatoria las que presentaron un nivel más elevado, también es importante comentar que pese a tener un nivel educativo más superior, las mujeres con Licenciatura presentaron niveles significativos de Ansiedad y Obesidad, lo cual nos lleva a suponer que no tiene que ver el nivel educativo y la información sobre la enfermedad y grupos de autoayuda sobre el control de estas patologías, campo que abre también el panorama a investigaciones a futuro.

13. CONCLUSIONES:

Los resultados de esta investigación demuestran que la Obesidad es un problema grave de salud Pública, siendo la población del género femenino estudiada la más vulnerable a presentar algún nivel de Ansiedad, desde el más leve que le permita continuar con sus actividades cotidianas, hasta el más severo que impida desarrollarse en los aspectos personales, familiares y laborales.

El diagnóstico de Obesidad esta subregistrado en todos nuestros reportes al CIE 10, sin embargo es demasiado frecuente a diario ,en la consulta, mujeres con obesidad que se quejan de sintomatología descrita perfectamente en la Escala de Hamilton de Ansiedad y que por desconocimiento o por descuido pasamos por alto y nos dedicamos a dar tratamiento farmacológico descuidando el aspecto humano, emocional de dolor del alma que aqueja a nuestra paciente ,dejándola ir con varios medicamentos en su bolsa pero sin intentar siquiera canalizarla a donde pueda ser ayudada si nosotros no lo hacemos.

La mujer en la mayor parte de situaciones analizadas en este estudio es la base económica, moral y educativa de la familia, sin embargo lo hace sola, ya sea por viudez, por divorcio o porque decidió estar soltera; y si a estas condiciones le agregamos cualquier grado de Obesidad y la clasificamos en cualquier nivel de Ansiedad, tenemos un círculo vicioso en el que la mujer desarrollara enfermedades crónicas y potencialmente mortales o alteraciones psicológicas incapacitantes que tarde o temprano pondrán en riesgo su vida, su psique y su estabilidad familiar.

Por todo lo anterior se vuelve indispensable que el Médico y Médica Familiar tenga adiestramiento en la detección de sintomatología ansiosa en todos y todas las y los pacientes atendidos de cualquier enfermedad, haciendo mayor énfasis en la enfermedad de la Obesidad ya que como lo demuestra la literatura, un mejor control emocional de la Ansiedad ayuda a disminuir el grado de Obesidad y lo más importante; ayuda a mantener el descenso de peso logrado.

14. RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS:

*Que El y La Médica Familiar consideren a la Obesidad no solo como una enfermedad física sino como una patología que trae agregada psicopatología Ansiosa y Depresiva.

*Que se registre oportunamente en el CIE 10 los Diagnósticos de Obesidad y Ansiedad para que impacten en las estadísticas reales del país.

*Que se consiga una adecuada Relación Médico/Médica-Paciente para que se logre identificar oportunamente la sintomatología ansiosa y a través de la empatía lograr en la o él paciente, una participación activa en su enfermedad, educando, promoviendo cambios de conducta e involucrando a la familia en todo el proceso de cambio de estilo de vida, y finalmente canalizando en tiempo y forma a tratamiento especializado cuando no haya resultados afectivos.

*Que el Instituto Mexicano del Seguro Social integre como parte fundamental de la plantilla laboral de todas las unidades de Medicina Familiar, la participación activa de un o una Psicóloga.

15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.-Arreolas Vivas. Gómez Candelas. Eficacia de un Programa para el Tratamiento de Sobrepeso y Obesidad No Mórbida en Atención Primaria y su Influencia en la Modificación de Estilos de Vida; Nutr.Hosp 2013; 28 (1):137-41.
- 2.-Encuesta Nacional de Salud y Nutrición: ENSANUT. México 2012
- 3.-Rivers Phil.Excersice in Weight Management Of Obesity; Cardiol.Clin 2010; 19 (3):459-70
- 4.-Meaney A, Ceballos Reyes. Cardiovascular Risk Factors in a Mexican Middle-Class Urban Population; The Lindavista Study; Archivos de Cardiología de México; 83(04):Octubre-Diciembre 2013.
- 5.-Jones Lorey, Wilson CL. Lifestyle Modification in the Treatment of Obesity: An Educacional Challenge and Oportunity; Clin Pharmacol 2007; 81(85): 776-79.
- 6.-Hainer V.Toplak H.Treatment Modalities of Obesity: What fits Whom?; Diabetes Care 2008; 31(2):5269-77
- 7.-Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Obesidad en el Adulto; IMSS 2008:5-63
- 8.-LR, Pérez T. La Obesidad en México, Instituto Nacional de Salud Pública 2012: 1-10.
- 9.-Norma Oficial Mexicana 047 ssa 2-2015 Para el Tratamiento Integral del Sobrepeso y la Obesidad.
- 10.-Informe Mensual de Estadística, ARIMAC consultorio 7 Turno Vespertino, Unidad de Medicina Familiar Numero 83, IMSS Delegación Oriente; 2014.
- 11.-Figueroa Pedraza. Obesidad y Pobreza: Marco Conceptual para su Análisis en Latinoamérica; Saude, Sao Paulo 2014 18 (1):103-17.
- 12.-Hamilton M, The Assesment of Anxiety States by Rating; Brit.J Med Psychol 1959; 32:50-5
- 13.-Pobreza y Género en México: Hacia un Sistema de Indicadores. Consejo Nacional de la Política de Desarrollo Social 2013.
- 14.-Barquera Cervera. Obesidad en México: Epidemiología y Políticas de Salud para su Control y Prevención; Gaceta Médica de México 2012; 46:397-407.
- 15.- Gerhard Henze .Guías Clínicas Para la Atención de Trastornos Mentales: Guía para el manejo de la Ansiedad, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz 2014:7-37.

- 16.-Concenso SEEDO 2007 Para la Evaluación del Sobrepeso y Obesidad y el Establecimiento de Criterios de Intervención Terapéutica. Med Clin; 2007; 128(5):184-196.
- 17.-Ley General De Salud Estados Unidos Mexicanos, Título II Artículo 17 Sección 1 y Artículo 67.
- 18.-Ley General de Población Capitulo 1 Artículo 3 y Ley del Instituto Mexicano del Seguro Social artículo 71 y 72.
- 19.-Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: Principios Éticos para las Investigaciones en Seres Humanos, 59ª Asamblea General, Seúl Corea; Octubre 2008:2-5.
- 20.-Yu PJ.Tsou JJ .Lee WJ.Lee KT y Cols.Impairment of Gastrointestinal Quality of Life in severely Obese Patients.Wourld Journal of Gastroenterology; 2014 Jun; 20 (22): 70-27-33.
- 21.-Nigatu YT, Reijveneld SA.The Combined Effects of Obesity, Abdominal Obesity and major Depression/Anxiety on Heald-Related Quality of Life: The Life Lines Cohort Study Plus One; 2016:11(2).
- 22.- Robert RE, Duoung HT.Anxiety Disorders Play a Role in Adolescent.Obesity Annals of Behabioral Medicine; 2016, Mar 9.
- 23.-Sarabia Aldana. Asociación de Ansiedad y Depresión en Trastornos Funcionales Gastrointestinales en Pacientes con Obesidad. Hospital General de México; 2015:6-15.
- 24.-Ramírez García. Nivel de Ansiedad Rasgo y Ansiedad Estado en Hombres y Mujeres del Instituto Insurgentes, Ciudad de México; 2012:20-1.
- 25.-Alfredo Ruiz. Obesidad y Calidad de Vida Relacionada con la Salud: El Rol de la Ansiedad y Depresión, Ciudad de México; 2015:6-10.
- 26.-Lemus Rodriguez.Relación de Ansiedad, Depresión y Disfunción Familiar con Obesidad en Mujeres Adultas Derechohabientes de la UMF 20 del IMSS;2010 8-82
- 27.-CC Saucedo. 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;2016;29 (3):60-7.
- 28.-Ríos Mb, Rangel RG Álvarez CR et al. Ansiedad, Depresión y calidad de Vida en el paciente Obeso. Acta Médica Grupo Ángeles; 2008; 6 (4):147-53.

MEXICO

Dirección de Prestaciones Médicas
Unidad de Educación, Investigación y Políticas de Salud
Coordinación de Investigación en Salud



"2014, Año de Octavio Paz"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1401
H. GRAL REGIONAL 196 FIDEL VELA, MEXICO ORIENTE, ESTADO DE

FECHA 20/10/2014

DR. ISABEL SERRANO SALDAÑA

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

Nivel de Ansiedad y Obesidad en mujeres de 20 a 40 de edad de edad de una Unidad de Medicina Familiar de la delegación oriente.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro
R-2014-1401-45

ATENTAMENTE

DR.(A). MARÍA DE LA LUZ GODÍNEZ FLORES

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1401

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD FEDERAL

ANEXO 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN:

Nombre del estudio: Nivel de Ansiedad y obesidad en mujeres de 20 a 40 años en la unidad de Medicina Familiar No. 83 Chicoloapan de Juárez

Patrocinador externo (si aplica) no hay patrocinador externo

Lugar y fecha: Chicoloapan de Juárez, Julio a Noviembre 2015

Número de registro: 2014-1401-45

Justificación y objetivo del estudio: Relacionar el Nivel de Ansiedad en Mujeres con Obesidad de la Unidad de Medicina Familiar no. 83

Procedimientos. : Se elegirán por muestreo no probabilístico por conveniente y consecutivo continuo, sé les pesara, tomará talla y Posteriormente se les aplicará la Escala de Hamilton para Ansiedad

Posibles riesgos y molestias: En base al artículo 17 de la Ley General de Salud conlleva un riesgo mínimo

Posibles beneficios que recibirá Al participar en el estudio: Dejar precedente para ser canalizada a terapia conductiva y a mayor grado de atención por parte del médico familiar

Información sobre resultados y Alternativas de tratamiento: ninguna

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad: serán confidenciales todos los datos
En caso de colección de material biológico (si aplica):

SI
NO

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabiente No aplica

Beneficios al término del estudio: envió a segundo nivel para manejo psicológico a los casos positivos de ansiedad mayor

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Isabel Serrano Saldaña matrícula 99157097 teléfono 5528966141, correo electrónico sabelse@yahoo.com.mx

Investigador responsable: Dra Isabel Serrano Saldaña

Colaboradores: Ninguno

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4to. Piso Bloque B de la Unidad de Congresos, Col. Doctores. México, D: F., CP 06720 teléfono: (55) 56 27 69 00 extensión 21230, correo electrónico: conise@cis.gob.mx.

ANEXO 3

Hoja de recolección de información		N folio
NSS: _____		Turno: 1. Matutino 2. Vespertino
Escolaridad: 0. Primaria 1. Secundaria 2. Preparatoria 3. Licenciatura	Estado civil: 0. Soltero 1. Casado 2. Viuda 3. Divorciado 4. Unión libre	Talla: _____ cm Peso: _____ Kg IMC: _____
Escala de Hamilton: 0. Ausente 1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Muy incapacitante		Obesidad: 0. Obesidad GI 1. Obesidad GII 2. Obesidad GIII 3. Obesidad GIV
Ciclo vital 0. Matrimonio 1. Expansión 2. Dispersión 3. Independencia 4. Retiro		

ANEXO 4

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 83 IMC _____

EDAD _____ ESCOLARIDAD _____ ESTADO CIVIL _____ PESO _____ TALLA _____

Escala de Ansiedad de Hamilton					
Definición operativa de los ítems	Puntos				
1.-Humor ansioso (inquietud, espera de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad)	0	1	2	3	4
2.-Tensión (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en su 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, etc.	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 con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día).	0	1	2	3	4
7.- Síntomas somáticos generales (musculares) (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8.- síntomas somáticos generales (sensoriales) (dolores musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	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, falta de aire)	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, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborigmos, 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 de sistema nervioso autónomo (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento durante la entrevista <ul style="list-style-type: none"> • General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, con agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento de 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, exoftalmía, mioclonias palpebrales 	0	1	2	3	4

Consta de 14 ítems que valora los aspectos físicos y conductuales de la ansiedad, Se calcula sumando los puntos obtenidos en cada ítem.

Ausente = 0 leve= 1 moderada = 2 grave = 3 muy Incapacitante=4