



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

**ANSIEDAD EN PACIENTES CON OBESIDAD DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR NO. 22 ATOTONILCO EL ALTO JALISCO.**

Tesis

Que para obtener el título de

Médico Familiar

Presenta

JOSE ANTONIO MARTINEZ RAMIREZ

Asesores

Dr. Hermenegildo Bárcenas Cantorán

Dra. Ana Karina Arcos Rivera

Dra. Amparo Tapia Curiel



Ciudad Universitaria, CD. MX. 2018



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.

DICTAMEN

MÉXICO
GOBIERNO DE LA REPÚBLICA



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



Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **1306** con número de registro **13 CI 14 039 165** ante
COFEPRIS

H GRAL REGIONAL NUM 46, JALISCO

FECHA **25/01/2017**

DR. JOSE ANTONIO MARTINEZ RAMIREZ

P R E S E N T E

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

Ansiedad en pacientes con obesidad de la Unidad de Medicina Familiar No. 22 Atotonilco el Alto Jalisco

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-2017-1306-27

ATENTAMENTE

DR.(A). XAVIER CALDERON ALCARAZ

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1306

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

**"ANSIEDAD EN PACIENTES CON OBESIDAD DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No. 22 ATOTONILCO EL ALTO JALISCO"**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

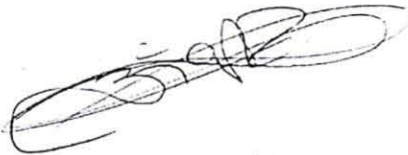
PRESENTA:

DR. JOSE ANTONIO MARTINEZ RAMIREZ

AUTORIZACIONES



DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.



FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR



"Año 2015. Centenario del escritor mexicano y Antisepsia Juan José Arceola"

Dra. Socorro del Rocío Harp Vázquez
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Familiar No 93, Tonalá, Jalisco

Dra. Mariana Montserrat Sánchez Ávila
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS
Unidad de Medicina Familiar No 93, Tonalá, Jalisco



DATOS DE INVESTIGACIÓN:

Investigador responsable y alumno:

Dr. José Antonio Martínez Ramírez

Categoría: Estudiante de Curso de especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS

Unidad de Medicina Familiar 22 "Atotonilco el Alto Jalisco."

Matrícula: 99145259

Correo electrónico: dr.antonio.m@gmail.com

Domicilio: Av. Plan de Ayala #3680 Fracc. Residencial Revolución.

Teléfono: 333 814 0566

Asesores:

Dr. Hermenegildo Bárcenas Cantorán

Médico Familiar.

Coordinador del curso de especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Medicina Familiar No. 93. Tonalá, Jalisco.

Matricula: 99207741

Correo Electrónico:hbarcenas@hotmail.com

Domicilio: Av. Tonalá, No. 121. Colônia Centro. C.P. 45400. Tonalá, Jalisco.

Tel: 01 (33) 36832189, 36832193, 36832195 y 36832966 Ext: 31797 Fax: 36832970.

Dra. Ana Karina Arcos Rivera.

Médico Familiar del Instituto Mexicano del Seguro Social. Unidad de Medicina Familiar No. 51, Guadalajara, Jalisco

Matricula: 991414636

Correo electrónico: mosaarcos@hotmail.com

Dirección Av. Magisterio No. 1425, Colonia Miraflores, Guadalajara, Jalisco

Tel: 33 38 24 96 70

Dra. Amparo Tapia Curiel.

Doctor en Ciencias de la Salud. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud del Adolescente. Coordinación de Investigación en Salud. Coordinación de Planeación y Enlace Institucional en Jalisco. Jefatura de Servicios de Prestaciones Médicas en Jalisco. Delegación Estatal en Jalisco. Instituto Mexicano del Seguro Social.

Unidad Médica Familiar 93

Matricula: 9818308

Correo Electrónico: amp_tap_cur@hotmail.com.

Av. Tonalá, No. 121. Colônia Centro. C.P. 45400. Tonalá, Jalisco.

Tel: 01 (33) 36832189, 36832193, 36832195 y 36832966 Ext: 31797 Fax: 36832970.

AGRADECIMIENTOS

Primero agradezco a dios por darme salud estos años, y por ayudarme a sanar en los momentos que lo necesite.

Agradezco infinitamente el apoyo de toda mi familia que si bien es pequeña están ahí cuando los necesito, en especial a mi madre que la amo con todo mi corazón, su apoyo infinito e incondicional.

Dedicado este trabajo en su totalidad a mi esposa, que siempre está ahí cuando la necesito, amor incondicional, gracias por no dejarme caer y perdonarme mis errores, pero al final todo mi esfuerzo fue por ti.

Gracias a todos mis compañeros que cada quien a su manera contribuyeron en este proyecto.

A mis profesores y asesores por su paciencia y sabiduría. Agradezco a la Dra. Mariana por su carácter en realizar las cosas. Especial mención a la Dra. Coco, una de las personas más responsables, trabajadoras y realmente preocupada por el bienestar de sus estudiantes, gracias coco por todo.

Dedico esta tesis a mi abuelita amada, te extrañare siempre.

ÍNDICE

Índice.....	8
Resumen.....	9
Introducción	11
Marco teórico.....	12
Justificación.....	15
Planteamiento del problema.....	17
Objetivo General y específico	18
Hipótesis.....	19
Material y métodos	20
Criterios de selección.....	21
Procedimiento	22
Variables	23
Operacionalización de las variables	24
Flujograma	26
Aspectos éticos.....	27
Recursos financiamiento y factibilidad	28
Resultados	30
Conclusiones	32
Discusión	33
Fortalezas y debilidades	34
Propuestas	35
Cronograma de actividades.....	36
Bibliografía.....	37
Anexos.....	40

RESUMEN

Título: Ansiedad y obesidad en pacientes de la unidad de medicina familiar No 22 Atotonilco el Alto Jalisco.

Antecedentes: La obesidad se ha vuelto un tema de interés y preocupación mundial, México encabeza las cifras de obesidad, y el incremento progresivo ha alertado a instituciones nacionales e internacionales para intensificar los estudios y la creación de estrategias que pongan en marcha sistemas de alimentación inclusivos, los cuales garanticen una adecuada nutrición de la población mexicana. Visto desde una perspectiva integral, la sociedad globalizada en la que la apariencia juega un papel importante por los estándares impuestos por la misma, influye en la conducta del paciente y condiciona su participación en el tratamiento para que mejore su salud, bienestar y calidad de vida. En algunos casos, es un factor de riesgo que compromete el vínculo psicosocial del paciente. Entre los factores psicológicos que aparecen como variables importantes en el proceso de la constitución de la obesidad y obesidad mórbida, se describen los estados ansiosos y depresivos que propician el comer en exceso, así como una baja autoestima y pesimismo asociado a lo relevante de la dimensión corporal en la construcción de la identidad individual y social, lo que se vincula además con un autoconcepto negativo, así como una pobre y menor interacción social. Igualmente, se ha observado que la obesidad genera un efecto negativo en las personas, con una enorme carga psicológica dado por las consecuencias psicosociales que esta enfermedad conlleva.

Objetivo: Determinar si existe ansiedad en pacientes con obesidad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 22 Atotonilco el Alto, Jalisco.

Material y métodos: Se trata de un estudio transversal descriptivo, dirigido a determinar si existe ansiedad en pacientes con obesidad. Se desarrollará en la Unidad de Medicina Familiar No. 22 de Atotonilco el Alto Jalisco. Con un tamaño muestral de 162 pacientes. La información se obtuvo directamente del derechohabiente mediante el test de Hamilton para ansiedad, y una hoja para la recolección de datos sociodemográficos. Posteriormente se realizó el vaciado de datos y el análisis estadístico mediante el programa SPSS versión 19.

Recursos e infraestructura: El estudio se llevó a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No. 22 del IMSS, la cual está compuesta por 4 consultorios de turno matutino y 4 de turno vespertino. No se requirió de financiamiento externo.

Experiencia del grupo: El presente protocolo fue apoyado por la participación de médicos familiares con formación en investigación, así como un doctor en ciencias y un alumno del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS con desarrollo en el campo de la consulta externa. No se requirió de modificaciones en las instalaciones o políticas de salud de la institución.

Resultados: Se realizó un estudio transversal descriptivo en la Unidad de Medicina Familiar No 22 del IMSS, con una muestra de 160 pacientes, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y no se excluyeron o eliminaron pacientes. En cuanto a la relación de ansiedad y obesidad se encontró al momento del estudio con ansiedad mayor un 56.9% que presentaban obesidad grado uno , seguido de 28.1% obesidad grado 2.

Conclusiones: Así mismo es importante ampliar estudios sobre obesidad y ansiedad en regiones más allá de esta unidad, con el fin de tener un enfoque más real acerca del grado de obesidad y ansiedad a nivel más real.

Se considera además que este estudio puede ser un punto de partida para un nuevo enfoque y evitar complicaciones propias de la ansiedad y la obesidad.

Introducción:

En los últimos cuatro años, publicaciones fundamentadas por estudios realizados a cargo de instituciones como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, por sus siglas en inglés), colocan a México en primer lugar de una lista de 40 países con mayor índice de obesidad; la inadecuada alimentación causada por el consumo de alimentos procesados con alto contenido calórico, el sedentarismo y la baja participación en programas preventivos para la detección y tratamiento de problemas vinculados con la nutrición, han contribuido a un incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas volviéndose una preocupación de políticas de salud ya que esto afecta a todos los niveles y sectores de la población en el país.¹

Hay en las personas obesas una mayor propensión a sufrir enfermedades como los trastornos cardiovasculares, la diabetes, elevados niveles de ansiedad, depresión y baja autoestima afirma: “La obesidad protege las personas de un mundo que parece amenazante por la baja autoestima y la expectativa de fracaso; protege de los riesgos de afrontar una vida laboral, social y afectiva, pero a un elevado costo emocional”.³

Se considera la persona obesa dependiendo de su forma en el manejo de las emociones que genera un gran impacto social y emocional en la persona que la padece, además se dé un círculo vicioso el cual la persona ingiere más alimentos en algunos casos por estar deprimido y se deprime más al ver su aumento de peso por lo cual genera como se mencionó una rutina.

Marco teórico:

En los últimos cuatro años, publicaciones fundamentadas por estudios realizados a cargo de instituciones como la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO, por sus siglas en inglés), colocan a México en primer lugar de una lista de 40 países con mayor índice de obesidad; la inadecuada alimentación causada por el consumo de alimentos procesados con alto contenido calórico, el sedentarismo y la baja participación en programas preventivos para la detección y tratamiento de problemas vinculados con la nutrición, han contribuido a un incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas volviéndose una preocupación de políticas de salud ya que esto afecta a todos los niveles y sectores de la población en el país.¹

En la última publicación de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición en el 2012, estudios realizados en el estado de Jalisco, en la cual se realizaron encuestas comparativas de seis años anteriores, se observó que en la población de Jalisco, en materia de salud y nutrición, el sobrepeso y la obesidad, significaron un problema de salud pública con cifras similares a las reportadas en el ámbito nacional y afectaron de igual forma a hombres y mujeres, y enfatizaron sobre la importancia de intervenir sobre los factores de riesgo que provocan la obesidad y que requiere de planes de acción y políticas para su prevención y control. Resultados de esta misma encuesta revelan que, particularmente en Jalisco, los problemas de peso se manifiestan en una alta proporción de la población, registrando que el 36.5 % de la población adulta tiene sobrepeso y otro 36.7 % tiene una condición peor ya que se le considera obesa; lo que al sumarlas indican que el 73.2 % de los adultos que viven en Jalisco tienen un peso mayor al recomendado. Estas cifras indican la magnitud del problema, y por sus múltiples consecuencias negativas en lo económico, social y en la salud tanto en el mediano como el largo plazo; sin lugar a dudas el sobrepeso y la obesidad son uno de los problemas principales a los que se enfrenta la población del estado.

Cabello y Zúñiga (2007) encontraron que la génesis de la obesidad se relaciona con los eventos de vida estresantes, por lo que se emplea la comida como refugio para compensar frustraciones, depresión, necesidades y temores. Aún más, los hábitos alimenticios familiares son un fuerte detonador de la obesidad. Según Bresh (2006), muchas personas refieren que

comen cuando están angustiadas, deprimidas, cansadas o se sienten solas, de manera que una razón posible de la frecuencia de comer en respuesta a la tensión, la angustia y la depresión es que, desde hace mucho tiempo, se ha creído que la ingesta de alimentos reduce ansiedades, depresiones, etc.⁴

Investigaciones similares al presente documento, buscan la existencia de la relación entre los factores que alteran la masa corporal provocando obesidad y aquellos asociados a psicopatologías como la ansiedad. Diversos Institutos de Salud han demostrado que la obesidad genera un efecto desfavorable en relación a la enorme carga psicológica, en términos de sufrimiento, dado por las consecuencias “estigmas” psicosociales que conlleva⁵.

Pocos trastornos son tan visibles a los demás como la obesidad y generan tanta ridiculización de estas personas y condena de parte de las demás. Los obesos típicamente responden con vergüenza, pena y culpa. Muchos de ellos –en particular los pacientes de nivel socioeconómico medio y alto– experimentan repetidos fracasos para controlar su peso.⁶ La carga puede no desembocar en una depresión clínica, pero reduce la autoestima del paciente en algunas áreas de funcionamiento y afecta la calidad de vida general del individuo. La presencia de complicaciones como la diabetes puede intensificar los mencionados sentimientos. La frustración y la vergüenza se intensifican cuando los pacientes, luego de una pérdida de peso, vuelven a subirlo, lo que a veces se ve exacerbado por los mismos profesionales, que sugieren que “[dichas personas] no tendrían muchas ganas de bajar, pues de lo contrario habrían hecho más esfuerzos para bajar de peso” (Seijas y Feuchtman, 2007).⁷

Las consecuencias de la obesidad pueden ser físicas o psicológicas. Damesceno (2006) señala que la obesidad se asocia a condiciones tales como dislipidemia, diabetes e hipertensión arterial; a pesar de ser el factor más significativo en el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, el exceso de peso merece también atención por su fuerte relación con el aumento de la presión arterial y resistencia a la insulina.⁸

Se ha sugerido que la obesidad debe tratarse de forma similar a otras enfermedades incurables como el alcoholismo y el tabaquismo, donde la eliminación total del alcohol y del tabaco es un aspecto fundamental del tratamiento. El manejo de la obesidad es más complejo debido a que no es posible eliminar los alimentos del entorno de la persona obesa.

La obesidad se desarrolla con el tiempo y una vez instalada es irreversible y difícil de tratar. Además, las consecuencias de la enfermedad se deben al estrés metabólico y físico ocasionado por el exceso de peso crónico. Las consecuencias de la obesidad, como las

cardiopatías, la resistencia a la insulina, la diabetes mellitus tipo 2, entre otras, pueden no ser reversibles en algunos pacientes, incluso a pesar de la pérdida de peso. ⁹

Los problemas psicopatológicos y trastornos psiquiátricos que acompañan a la obesidad se pueden considerar factores causales, complicaciones o enfermedades intercurrentes, así como un componente inevitable de su tratamiento. La obesidad, por sí misma, no es un trastorno psiquiátrico; sin embargo, la alta prevalencia de psicopatología en los pacientes obesos y la mayor tasa de padecimientos psiquiátricos entre los mismos, que buscan la ayuda médica, en comparación con la población general, permite visualizarla como un problema psiquiátrico, el cual debe identificarse y atenderse de forma simultánea con los programas de control de peso. ¹⁰

Friedman considera que la imagen corporal es un potencial mediador de la relación entre obesidad y angustia psicológica, lo cual demostraron con una investigación realizada con hombres y mujeres obesos que completaron el cuestionario multidimensional de la relación del propio cuerpo, el inventario Beck de depresión, la escala de autoestima Rosenberg, y la escala de atracón, que mostraron la satisfacción con la imagen corporal media y parcialmente la relación entre el grado de sobrepeso, depresión y baja autoestima.

El antecedente que utilizaron para esta investigación es que individuos obesos que estaban buscando reducir peso demostraban una alta prevalencia de angustia en comparación con individuos obesos sin este interés de reducir peso. ¹¹

No se pueden hacer conjeturas concretas de la posible contribución de factores entre obesidad y disfunción psicológica, pero ha sido establecida claramente, la relación que entre ellas hay, como lo demostraron en su estudio Roberts et al.

También se ha observado aumento de la prevalencia de depresión, a mayor grado de obesidad, sobre todo en las personas consideradas con obesidad severa (IMC ≥ 40). ¹²

Se encontró que 30% de los pacientes (en su gran mayoría mujeres) con desorden del atracón están deprimidos y presentan autoestima baja y mayor insatisfacción corporal, en comparación con los controles no obesos sin atracones. ¹³

Justificación:

La alta prevalencia de la obesidad es una realidad en los países industrializados y en los que están en vías de desarrollo. La información disponible indica un aumento acelerado del problema que de no contenerse, puede tener repercusiones importantes en los indicadores de salud de muchos países incluyendo México. Es preocupante que, a pesar de la gran cantidad de investigaciones e intervenciones

realizadas en otros países para prevenir y combatir la obesidad, particularmente en la infancia, aún no se cuenta con una estrategia idónea, aplicable a cualquier contexto. La importancia de la prevención de la obesidad radica en su naturaleza de enfermedad incurable y en los riesgos que implica.

El alto costo en la esfera económica y social de la obesidad y del síndrome metabólico, es la limitante más importante para lograr atención integral a nivel nacional. En otras palabras, si se previene la obesidad, se abatirán los costos de atención de pacientes con enfermedad cardiovascular o con diabetes que hoy día representan las primeras causas de morbilidad y mortalidad en adultos. De aquí yace la importancia de concentrar los recursos humanos y materiales en actividades de prevención y promoción de la salud.

La transición epidemiológica y el desarrollo socioeconómico en México ha propiciado que las enfermedades infectocontagiosas cedan su lugar al crónico degenerativas, en este caso la obesidad que se presentan como consecuencia del incremento de la expectativa de vida. Así mismo se ha transformado la cantidad y calidad de los alimentos que se consumen y que sobretodo en la población más pobre, ocasionan obesidad aunada a desnutrición lo que ha dado lugar a una transición nutricia.

Los pacientes obesos presentan niveles de ansiedad y depresión significativos, expresan insatisfacción con su peso y en su ambiente laboral. Así mismo, se ha encontrado que a mayor depresión, menor bienestar físico e insatisfacción con la imagen corporal y que al tener mayor insatisfacción con el peso, hay mayor insatisfacción en áreas relacionadas con «sí mismo» y el ambiente.

Es necesario identificar y tratar a los pacientes con sobrepeso y ansiedad para informar acerca de su padecimiento y su afectación en el entorno familiar y contribuir así a una mejora física y psíquica. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) (INEGI, 2007) revelan que, particularmente en Jalisco, los problemas de peso se manifiestan

en una alta proporción de la población, registrando que el 36.5 por ciento de la población adulta tiene sobrepeso y otro 36.7 por ciento tiene una condición peor ya que se le considera obesa; lo que al sumarlas indican que el 73.2 por ciento de los adultos que viven en Jalisco tienen un peso mayor al recomendado.

Estas cifras indican la magnitud del problema, y por sus múltiples consecuencias negativas en lo económico, social y en la salud tanto en el mediano como el largo plazo; sin lugar a dudas el sobrepeso y la obesidad son uno de los problemas principales a los que se enfrenta la población del estado.

Planteamiento del problema:

Actualmente la obesidad juega un papel fundamental en el estado emocional de quien la padece; puede predisponer al paciente a desarrollar alteraciones orgánicas, en este caso, la ansiedad, que en un inicio se puede considerar como una afección psicosomática, sin embargo se ha llegado a demostrar que la misma, en relación con la obesidad, representa una entidad diagnosticada en los pacientes que la padecen, por lo cual, es importante detectar los síntomas generados en el estado emocional de manera oportuna para que sea manejado de forma integral.

Por lo cual, es de suma importancia conocer los factores que se pueden asociar al desarrollo de la ansiedad en los pacientes con obesidad, a fin de identificar a estos pacientes y promocionar el autocuidado en el control de peso, concientizar y enfatizar en las ventajas que conlleva el adecuado control de peso, que finalmente se verá reflejado en el bienestar de la salud integral de nuestra población.

Por lo anteriormente expuesto, surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Existe ansiedad en pacientes con obesidad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 22 de Atotonilco el Alto, Jalisco?

Objetivos generales y específicos:

Objetivo General:

- Determinar si existe ansiedad en pacientes con obesidad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 22 Atotonilco el Alto, Jalisco.

Objetivos Específicos

- Identificar en grado de obesidad de los pacientes.
- Identificar el grado de ansiedad de los pacientes obesos.
- Identificar algunas variables sociodemográficas de los pacientes con obesidad.

Hipótesis:

Debido al diseño del trabajo de investigación, al tratarse de un estudio de tipo transversal descriptivo no requirió del planteamiento de una hipótesis de trabajo.

Material y métodos:

Alcance de la investigación

Con el presente trabajo de investigación se obtuvieron conocimientos relacionados al desarrollo de diagnóstico de ansiedad en pacientes con obesidad, a fin de realizar una intervención oportuna para su abordaje integral. psicológico.

Diseño de la investigación

Tipo de estudio: Transversal Descriptivo.

Universo de estudio: Pacientes con diagnóstico de obesidad grado I, II y III adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 22 del IMSS, Atotonilco el Alto, Jalisco.

Selección de la muestra: El tamaño de la muestra se calculó con base al universo de derechohabientes de pacientes con diagnóstico de obesidad, con un margen de error del 10%, un nivel de confianza del 99% mediante una calculadora de tamaños de muestra adecuada a este tipo de estudios.

Marco muestral: 8,168 pacientes con obesidad. Unidad de observación: 162 pacientes. Unidad de análisis: obesidad y ansiedad.

Recolección de datos

Para la recolección de los datos necesarios de esta investigación, se acudió a los consultorios de la Unidad de Medicina Familiar No. 22 Atotonilco el Alto, Jalisco en donde se realizó la búsqueda intencionada de aquellos derechohabientes que acudieron a control en el último año y que cumplieran los criterios de inclusión.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- Pacientes que aceptaron participar en el estudio previa firma del consentimiento informado.
- Pacientes de género femenino y masculino en un rango de edad entre 18 y 59 años.
- Pacientes con obesidad grado I, II y III adscritos a la U.M.F. No. 22.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con diagnóstico previo de ansiedad o algún otro trastorno afectivo.
- Pacientes bajo tratamiento a base de anticomisiales.
- Pacientes que se encuentren bajo algún tipo de régimen alimenticio.

Criterios de eliminación:

- Encuestas mal llenadas o incompletas.
- Pacientes que retiren su consentimiento para participar en el estudio.

Procedimiento:

De acuerdo a los criterios de inclusión, se invitó a participar en este estudio a los pacientes adscritos a la Unidad De Medicina Familiar No. 22, se solicitó firmar la carta de consentimiento informado, además se les entregó una encuesta para identificar trastorno de ansiedad, Test de Hamilton, el cual es auto administrado; así como el llenado de la encuesta para vaciamiento de datos sociodemográficos.

Variables

Variable dependiente:

- Ansiedad.

Variable independiente:

- Obesidad.

Variables Intervinientes:

- Edad, sexo, peso, talla, estado civil, escolaridad, ocupación.

Definición de variables:

Obesidad: Se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud. Una forma simple de medir la obesidad es el índice de masa corporal (IMC), esto es el peso de una persona en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros.

Ansiedad: anticipación de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia (desagradable) y/o de síntomas somáticos de tensión. El objetivo del daño anticipado puede ser interno o externo. Es una señal de alerta que advierte sobre un peligro inminente y permite a la persona que adopte las medidas necesarias para enfrentarse a una amenaza.

Sexo: Conjunto de características biológicas que definen a los humanos como masculino o femenino.

Edad: Tiempo que ha vivido la persona según su fecha de nacimiento hasta el momento del estudio.

Escolaridad: Grado máximo de estudios concluidos.

Estado civil: Situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo con ella una institución familiar.

Ocupación: Hace referencia a lo que la persona se dedica; a su trabajo, empleo, actividad o profesión, lo que le demanda cierto tiempo.

Talla: designa la altura de un individuo.

Peso: Medida de esta propiedad de los cuerpos.

Índice de masa Corporal: Se obtiene dividiendo el peso entre la talla en metros al cuadrado.

Operacionalización de las variables:

VARIABLE	TIPO	ESCALA NATURALIZA	ESTADISTICO	INDICADOR
Obesidad	Independiente	Cualitativa Ordinal	Medias y desviación estándar	IMC Grado I Grado II Grado II
Ansiedad	Dependiente	Cualitativa Ordinal	Medianas Frecuencias	Ausente Leve Moderada Severa Muy severa
Edad	Interviniente	Cuantitativa Discreta	Promedio, moda y desviación estándar.	Número de años cumplidos
Sexo	Interviniente	Cualitativa Nominal	Frecuencia simple y porcentaje	Femenino Masculino
Escolaridad	Interviniente	Cualitativa nominal	Frecuencia simple y porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Bachillerato Universidad
Estado civil	Interviniente	Cualitativa nominal	Frecuencia simple y porcentaje	<ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Divorciado • Unión libre Madre soltera
Peso	Interviniente	Cuantitativa	Porcentajes	Kilogramos
Talla	Interviniente	Cuantitativa	Porcentajes	Centímetros

Tabla 1 clasificación de sobrepeso y obesidad.

Clasificación	IMC (Kg/m ²)	Riesgo
Normal	18.5 - 24.9	Promedio
Sobrepeso	25 - 29.9	Aumentado
Obesidad grado I	30 - 34.9	Moderado
Obesidad grado II	35 - 39.9	Severo
Obesidad grado III	Más de 40	Muy Severo

Fuente: OMS (Organización Mundial de la Salud)

Flujograma:



Aspectos éticos

Se garantiza por medio del consentimiento informado, la participación libre e informada de los pacientes involucrados en el estudio, explicándole el investigador los principios de beneficio, respeto y justicia. Declarando no existir conflicto de intereses en el estudio con el acceso a la información obtenida

El presente proyecto de investigación se clasifica como estudio clase I, de riesgo mínimo, el cual se encuentra bajo las normas establecidas por el reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud, la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial (con última modificación en Brasil 2013), así como los códigos nacionales e internacionales vigentes para la buena práctica de la investigación clínica, previamente aprobado por el comité de ética, cumpliendo con lo establecido en los artículos 41 Bis, 98, 100 de la Ley General de Salud de México, y en base a los lineamientos de dicha clasificación se consideraran las siguientes:

Confidencialidad: Los datos de identificación de cada uno de los participantes se utilizaran única y exclusivamente para fines de investigación del presente estudio, así mismo los resultados derivados de la presente investigación se reportaran y se publicaran en forma anónima respetando la confidencialidad de los participantes.

Derecho a la no participación subsiguiente: El presente proyecto se realizará, con previa autorización por escrito (consentimiento bajo información) sin embargo cada uno de los participantes podrá abandonar el estudio en el momento que lo desee libremente por causas inherentes o no al mismo, lo anterior sin tener algún tipo de repercusión con respecto a la formación académica del curso de especialización en medicina familiar que realizan en el IMSS o sobre su trabajo en el IMSS como médicos generales.

Consentimiento Bajo Información: Se realizará la carta de consentimiento bajo información de acuerdo a los lineamientos del Instituto Mexicano de Seguro Social, el documento contiene los siguientes datos: nombre completo con que fue registrado el proyecto en el comité local de investigación, número de registro, efectos adversos que pudieran presentarse, beneficios y obligaciones de los participantes, así como nombre completo y teléfonos del investigador principal, nombre completo del participante, así como de dos testigos.

Anonimato: se respetará el anonimato de cada uno de los participantes en el presente proyecto de investigación no revelando los datos de identificación a ninguna otra persona ajena al proyecto.

Recursos, financiamiento y factibilidad

1.- Recursos humanos.

- Pacientes con obesidad que acudieron a control a la Unidad de Medicina Familiar #22 Atotonilco el Alto Jalisco.
- Dr. José Antonio Martínez Ramírez Médico Residente del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS, sede Unidad de Medicina Familiar #93 Tonalá, Jalisco.
- Dr. Hermenegildo Bárcenas Cantorán. Especialista en Medicina Familiar. Profesor Ayudante del Curso de Especialización en Medicina Familiar para Médicos Generales del IMSS. Unidad de Medicina Familiar No. 93.
- Dra. Ana Karina Arcos Rivera. Especialista en Medicina Familiar. Tutor en línea del Diplomado en Gestión Directiva. Centro de Investigación y Educación en Formación Docente.

2.- Recursos físicos:

- Instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar #22 del IMSS. Atotonilco el Alto Jalisco.

3.- Materiales

- Hojas de papel color blanco, tamaño carta.
- Fotocopias con hojas de recolección de datos, Test de Hamilton y consentimientos informador.
- Lápices o plumas.

4.- Equipos electrónicos y de cómputo:

- Laptop propia y equipo de cómputo de la Unidad de Medicina Familiar.
- Impresora del equipo de cómputo de la Unidad de Medicina Familiar.
- Copiadora proporcionada por la Unidad de Medicina Familiar.

5.-Equipos de comunicación:

- Teléfono celular y teléfono de la oficina de enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar No. 93.

6.- Material de papelería:

- Hojas, lápices, plumas, borradores, sacapuntas, cartucho de tinta, agenda.

Costos:

Concepto	Monto en pesos mexicanos
Material de papelería: Lápices, plumas, borradores, hojas, sacapuntas, cartucho de tinta, impresora.	\$900
Total:	\$900

Financiamiento:

El material e insumos requeridos para la realización de esta investigación fueron costeados por el medico residente.

Factibilidad:

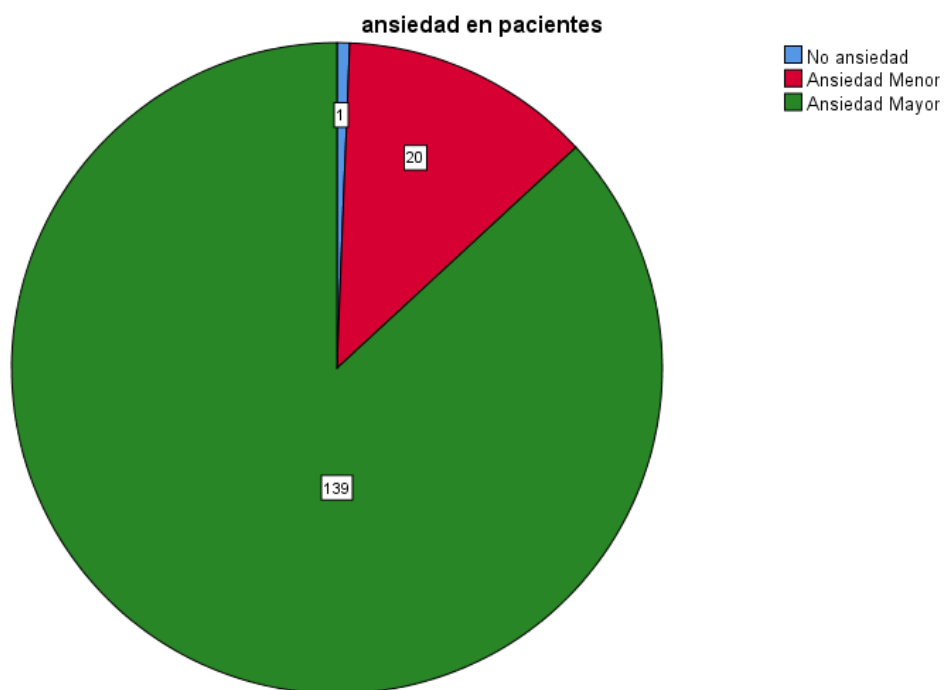
Se considera un estudio factible ya que se cuenta con un área de consulta externa, recursos necesarios y atención médica continua en medicina de primer nivel.

Aspectos de bioseguridad:

No requeridos

Resultados:

Dentro del grado de ansiedad con los resultados del Test de Hamilton se encontraba que el 86.9% de los pacientes con ansiedad mayor (n=139), 12.5% con ansiedad menor (n=20) y .6% (n=1) no mostro ansiedad, se muestra en el siguiente gráfico.

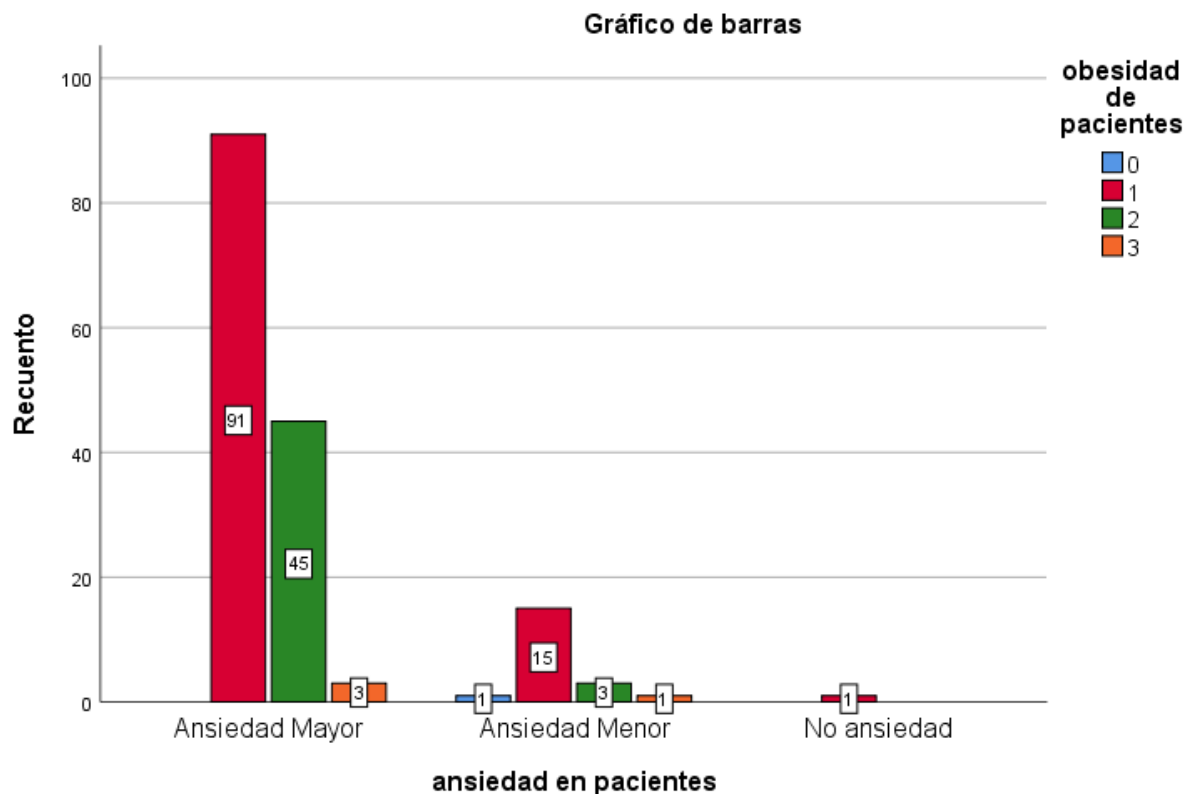


En cuanto a los pacientes con ansiedad en relación con su escolaridad la ansiedad mayor se presentaba con mayor porcentaje en preparatoria 30.6% (n=49), seguido de secundaria 22.5% (n=36). Y Presentaba ansiedad menor con relación a su escolaridad en mayor porcentaje en preparatoria 6.9% (n=11), seguido de secundaria 4.4% (n=7).

En cuanto a la ansiedad relacionada con estado civil el porcentaje más alto con ansiedad mayor fue del 46.9 % (n=75) las personas casadas, y en segundo lugar las personas solteras 15% (n=24).

Los resultados de Ansiedad en relación con el género se presentaron de la siguiente manera, Ansiedad mayor 45.6% (n=73) masculino, 41.3% (n=66) femenino, ansiedad menor 8.8% (n=14) femenino, 3.8% (n=6) masculino y no ansiedad 0.6% (n=1).

En cuanto a la ansiedad cruzada con la obesidad se encontró con ansiedad mayor 56.9% (n=91) con obesidad grado 1, seguido de 28.1% (n=45) obesidad grado 2, y con 1.9% (n=3) obesidad grado 3. Con ansiedad menor se encontraba con el 9.4% (n=15) obesidad grado 1, 1.9% (n=3) obesidad grado 2 , 0.6% (n=1) obesidad grado 3 y 0.6% (n=1) sin obesidad . No presentaban ansiedad 0.6% (n=1) con obesidad grado 1.



Conclusiones

Se realizó un estudio transversal descriptivo en la Unidad de Medicina Familiar No 22 del IMSS, con una muestra de 160 pacientes, los cuales cumplieron con los criterios de inclusión y no se excluyeron o eliminaron pacientes.

La muestra es constituida por 81 mujeres y 79 hombres, con edad mínima de 18 años y máxima de 59 años, la edad media fue 46, mediana 48, y la moda 59 años. Al agrupar por **peso** se encontró que el menor peso fue de 77 kg representando el .6 % (n=1), y mayor peso 112 kg representando 1.3 % (n=2), siendo el peso de mayor frecuencia 92 kg representando 6.9% (n=11).

Referente a la **escolaridad** se encontró que el 9.4% estudio hasta la primaria (n=15), el 22.5% hasta la secundaria (n=44), preparatoria 37.5% (n=60), Universidad 3.1 % (n=5), y licenciatura 22.5% (n=36).

Respecto al **estado civil** el 23.2% eran solteros (n=37), el 50.6% eran casado (n=81), eran viudos 12.5% (n=20), el 7.6 % estaban divorciados (n=12), y en unión libre era el 6.3 % (n=10). En cuanto a la **ocupación** el 20.6% se dedican al hogar (n=33), el 60.6% son empleados (n=97), el 10.6% jubilados (n=17), y estudiantes 8.1 % (n=13).

En cuanto a la relación de ansiedad y obesidad se encontró al momento del estudio con ansiedad mayor un 56.9% que presentaban obesidad grado uno , seguido de 28.1% obesidad grado 2.

Discusión:

De acuerdo a Tapia S Alexis (2006) señala que la presencia de ansiedad puede llegar a ser muy incapacitante para el desarrollo normal de la vida de un individuo, resultados en literatura extranjera plantean la importancia de investigar la salud mental al momento de enfrentarse por primera vez a pacientes con sobrepeso u obesidad.

Por otra parte, Tapia Alexis (2006) menciona que de acuerdo a su investigación se presentó una prevalencia elevada en forma significativa de síntomas de ansiedad con sobrepeso y obesidad de ambos sexos. Por lo tanto, el componente de ansiedad debe ser tomado en cuenta al instante de establecer una posible etiología del sobrepeso y la obesidad, así como su tratamiento destinado a la disminución del peso corporal y de los demás factores de riesgo cardiovascular presentes.

El manejo de la Ansiedad y obesidad incluye medidas de tratamiento farmacológico, ejercicio y dieta por lo que su control adecuado depende del apego que se logre a las diferentes acciones prescritas. Así el paciente con obesidad que acude a su control debería considerarse aspectos relacionados con la ansiedad ya que los mismos pueden ejercer una influencia significativa sobre el apego al tratamiento.

Considerando lo anteriormente descrito, el presente estudio coincide con evidencia reportada, una alta prevalencia en la ansiedad repercute en la obesidad en los pacientes de la UMF 22 IMSS.

Fortalezas y debilidades:

Fortalezas

- 1.-El título es congruente con el objetivo.
- 2.-Entre las fortalezas de este estudio, se encuentra el hecho de que se ha estudiado un tema prioritario de salud pública como lo es la Ansiedad y la Obesidad uno de los principales problemas actualmente.
- 3.-Existen pocos estudios que hablen sobre Ansiedad y Obesidad en México y ningún antecedente en nuestro estado y mucho menos en la UMF 22.
- 4.-Se utilizó un instrumento válido Test de Hamilton lo que nos permite tener un panorama general sobre el estado de ansiedad en la población de la unidad.
- 5.- Dicho estudio puede dar pauta para realizar futuras investigaciones sobre resultados obtenidos en un estudio similar en otra población,
- 6.- Arroja datos interesantes sobre el panorama general sobre ansiedad en una comunidad pequeña que podría ser de interés para futuras investigaciones.

Debilidades

- 1.-Al ser estudio meramente descriptivo presenta bajo nivel de evidencia científica según el sistema SING: Nivel de evidencia 3 con grado D de recomendación.
- 2.-El tamaño de la muestra ya que solo se incluyeron a 160 pacientes, siendo esta pequeña aun para la comunidad en la que se realizó.
- 3.- El test de Hamilton presenta algunos detalles importantes que en circunstancias específicas puede generar sesgos de información.

Propuestas:

En base a los resultados obtenidos en el presente estudio sugiero realizar diversos estudios con relación a la ansiedad, su control y aplicar nuevas medidas y acciones ya que el estudio revelo una muy alta ansiedad en la mayoría de los encuestados, una ansiedad mayor a lo esperado.

Así mismo es importante ampliar estudios sobre obesidad y ansiedad en regiones más allá de esta unidad, con el fin de tener un enfoque más real acerca del grado de obesidad y ansiedad a nivel más real.

Se considera además que este estudio puede ser un punto de partida para un nuevo enfoque y evitar complicaciones propias de la ansiedad y la obesidad.

Cronograma de Actividades:

<i>ACTIVIDAD</i>	<i>AGOSTO</i> <i>2016</i>	<i>SEPTIEMBRE</i> <i>OCTUBRE</i> <i>2016</i>	<i>NOVIEMBRE</i> <i>DICIEMBRE</i> <i>ENERO</i> <i>2016</i>	<i>FEBRERO</i> <i>2017</i>	<i>MARZO</i> <i>2017</i>	<i>ABRIL</i> <i>2017</i>	<i>MAYO</i> <i>2017</i>
<i>Revisión de literatura</i>	X						
<i>Diseño de protocolo de investigación</i>		X					
<i>Revisión de protocolo por CLIES</i>			X X				
<i>Inicio de trabajo de campo y recolección de datos</i>				X X X			
<i>Análisis de datos</i>					X		
<i>Presentación de resultados</i>						X	
<i>Difusión</i>							X

Bibliografía:

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Alvarado, A., Guzmán, E. y González, M. (2005). Obesidad: ¿baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. Enseñanza e Investigación en Psicología, 417- 428.
- 2.- Gómez C., Ponce R. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Archivo de Medicina Familiar UNAM 1999 p. 46.
- 3.- Gómez C. Ponce R. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación de la estructura y funcionalidad familiar. Archivo de Medicina Familiar UNAM 1999 p. 47.
- 4.- Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg depression and Hamilton anxiety rating scales (Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad), volume 118; issue no. 13; PMID: 11975886, Med Clin (Barc), abril 13, 493-9. Consultado en (en origen)
- 5.- Wardle J, Williamson S, Johnson F, Edwards C. Depression in adolescent obesity: cultural moderators of the association between obesity and depressive symptoms. Int J Obes 2006; 30: 634-643.
6. Roberts RE, Kaplan GA, Shema SJ, Strawbridge WJ. Are the obese at greater risk for depression? Am J Epidemiol 2000; 152: 163-170.
7. Herva A, Laitinen J, Miettunen J, Veijola J et al. Obesity and depression: results from the longitudinal Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. Int J Obes 2006; 30: 520-527.
8. Dong C. Relationship of obesity to depression: a family-based study. Int J Obes 2004; 28: 790-795.

- 9.-Gutiérrez F., J. (2005). Obesidad y nivel socioeconómico. *Revista de Medicina Preventiva Salud*, 12, 87-98
- 10.-Martinez, J.A., Body-weight regulation: causes of obesity. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2000. p. 337.
- 11.- Villaseñor B. Ontiveros E. Cárdenas E. *Salud Mental y Obesidad*. Medigraphic, Artemisa. VII(2) Agosto 2006.
- 12.- Friedman KE, Reichmann SK, Costanzo PR, Musante GJ. Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obes Res*, 2002;10(1):33-41.
- 13.- Onyike C, Crum R, Lee H, Lyketsos C, Eaton W. Is obesity associated with major depression? Results from the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Am J Epidemiol*, 2003;158(2):1139- 1147.
- 14.- Cassimos D, Sidiropoulos H, Batzios S, Balodima V, Christoforidis. A Sociodemographic and dietary risk factors for excess weight in a greek pediatric population living in kavala, northern Greece. *NutrClinPract* 2011;186-191.
- 15.- Parisi P, Verrotti A, Paulino MC, Miano S, Urbano A, Bernabucci M, Villa MP. Cognitiveprofile, parental education and BMI in children: reflections on common neuroendocrinobiological roots. *J PediatrEndocrinolMetab* 2010; 1133- 1141.
- 16.- Goyal RK, Shah VN, Saboo BD, Phatak SR, Shah NN, Gohel MC, Raval PB, Patel SS. Prevalence of overweight and obesity in Indian adolescent school going children: its relationship with socioeconomic status and associated lifestyle factors. *J AssocPhysician India* 2010; 58: 151-158.

17.- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa. Jalisco Instituto Nacional de Salud Pública Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatitlán 62100 Cuernavaca, Morelos, México

18.- Striegel-Moore RH, Wilson GT, Wilfley DE, Elder KA, Brownwell KD. Binge eating in an obese community sample. *Int J Eat Disord*, 1998;23:27-37.

19.- Martinez, J.A., Body-weight regulation: causes of obesity. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2000. p.345.

20.- 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.

21.- Apgar Familiar: Una herramienta para detectar disfunción familiar Dr Miguel A. Suarez Cuba, Dra. Matilde Alcala Espinoza *Articulo de Revision* pag 3

ANEXO1



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS 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: Ansiedad en Pacientes con Obesidad de la Unidad de Medicina Familiar No. 22 Atotonilco el Alto Jalisco.

Patrocinador externo (si aplica): No, Aplica

Lugar y fecha: Atotonilco el Alto Jalisco Febrero-Marzo 2017.

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: Es importante la identificar la obesidad y la ansiedad, ya que ya que los resultados serán utilizados para estructurar estrategias de Salud, Es necesario identificar y tratar a los pacientes con sobrepeso y ansiedad para informar acerca de su padecimiento y su afectación en el entorno familiar y contribuir así a una mejora física y psíquica.

Procedimientos: Se entregará el cuestionario auto aplicable de Hamilton para Ansiedad, así como solicitar el correcto llenado de una hoja de recolección de datos sociodemográficos para evaluar la presencia de ansiedad en pacientes con obesidad de la UMF No.22.

Posibles riesgos y molestias: Sentirse incomodo por la investigación sobre su persona. El tiempo invertido.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Conocer relación obesidad y ansiedad y aplicar acciones al respecto.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Se implementara de acuerdo a resultados y aceptación del paciente

Participación o retiro: Se me ha garantizado que recibiré respuesta a cualquier duda y entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento.

Privacidad y confidencialidad: El investigador responsable me ha dado seguridades de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica): No aplica

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No Aplica

Beneficios al término del estudio: Conocer el grado y relacion de obesidad y ansiedad.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. José Antonio Martínez Ramírez Mat. IMSS 99145259cel, 3338140566 email: dr.antonio.m@gmail.comumf22

Colaboradores: Dr. Hermenegildo Bárcenas Cantorán Mat. IMSS : 99207741,email: hbarcenasc@hotmail.comumf 93 **incluir los demas**

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 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ANEXO 2

PROTOCOLO: ANSIEDAD EN PACIENTES CON OBESIDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 22 ATOTONILCO EL ALTO JALISCO.

CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Ficha No _____ No SS _____ Fecha _____

Sexo: M _____ F _____

Edad: _____

Peso: _____

Talla: _____

IMC: _____

ANEXO 3

Test de Hamilton

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen a continuación, siguiendo el siguiente criterio

0. Ausente

1. Intensidad Leve

2. Intensidad Moderada

3. Intensidad Grave

4. Totalmente Incapacitado

		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: Preocupaciones, temor de que suceda lo peor, temor anticipado, irritabilidad.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Tensión: Sensaciones de tensión, fatigabilidad, sobresalto al responder, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud, imposibilidad de relajarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Temores: A la oscuridad, a los desconocidos, a ser dejado solo, a los animales, al tráfico, a las multitudes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Insomnio: Dificultad para conciliar el sueño, interrumpido, insatisfactorio y sensación de fatiga al despertar, pesadillas, terrores nocturnos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración, mala o escasa memoria.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Humor depresivo: Pérdida de interés, de placer, depresión, despertarse más temprano de lo esperado. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares, espasmos, calambres, rigidez muscular, tics, rechinar de dientes, voz vacilante, tono muscular aumentado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Síntomas somáticos sensoriales: Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de frío y calor, sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos, picazón u homigueos).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia, palpitaciones, dolor precordial (en el pecho), pulsaciones vasculares pronunciadas, sensación de "baja presión" o desmayo, arritmias.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Síntomas respiratorios: Opresión o constricción en el tórax (pecho), sensación de ahogo, suspiros, disnea (sensación de falta de aire o de dificultad respiratoria).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades al deglutir, flatulencia, dolor abdominal, sensación de ardor, pesadez, náuseas, vómitos, heces blandas, pérdida de peso, constipación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Síntomas genitourinarios: Micción frecuente, micción urgente, Falta del período menstrual, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de libido, impotencia sexual.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Síntomas del sistema nervioso autónomo: Boca seca, accesos de enrojecimiento, palidez, tendencia a la sudoración, vértigos, dolor de cabeza, por tensión, piel de gallina.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Conducta en el transcurso del test: Inquietud, impaciencia, intranquilidad, temblor de manos, fruncimiento del entrecejo, rostro preocupado, suspiros o respiración rápida, eructos, tics.					