



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**T E S I S**

**REALIZADA PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**

**“EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN LAS PACIENTES  
CON OBESIDAD DE LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G Z. /U.M.F. No. 8  
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**P R E S E N T A**

**DRA. RAMÍREZ CRUZ ARACELI  
RESIDENTE DE SEGUNDO AÑO DE MEDICINA FAMILIAR**

HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”  
Matricula: 98378395 Teléfono: 5521953139 ext. No Fax: No Fax  
Email: araceli\_12002@yahoo.com.mx

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO  
DIRECTOR DE TESIS**

Médico Familiar, Maestro en Administración de Hospitales y Salud Pública  
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud  
HGZ/UMF No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”  
Matricula: 99374232 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax  
Email: [gilberto.espinozaa@imss.gob.mx](mailto:gilberto.espinozaa@imss.gob.mx)

**DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO  
ASESOR METODOLÓGICO**

Médico Familiar. Maestro en Ciencias de la Educación  
Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar  
HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”  
Matricula: 99377278 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax  
Email: [eduardo.vilchisch@imss.gob.mx](mailto:eduardo.vilchisch@imss.gob.mx)

**DRA. TORO FONTANELL ANA GLORIA  
ASESORA CLÍNICA**

Médico familiar. Adscrito a la CE de Medicina Familiar TM del  
HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”  
Matricula: 993779059 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax  
Email: [anafontanell@hotmail.com](mailto:anafontanell@hotmail.com)

**DR. ESPINOZA ANRUBIO GILBERTO  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**MÉXICO, D. F. FEBRERO 2017  
REGISTRO: R-2017-3605-1**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **“EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN LAS PACIENTES CON OBESIDAD DE LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z/U.M.F. No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**AUTORES:** Dra. Ramírez Cruz Araceli <sup>(1)</sup>, Dr. Espinoza Anrubio Gilberto <sup>(2)</sup>, Dr. Vilchis Chaparro Eduardo <sup>(3)</sup>, Dra. Toro Fontanell Ana Gloria <sup>(4)</sup>.

<sup>(1)</sup>Residente de Segundo Año de Medicina Familiar HGZ/UMF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

<sup>(2)</sup>Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

<sup>(3)</sup>Profesor Titular en Especialidad de Medicina Familiar HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

<sup>(4)</sup>Médico Familiar Adscrito al Servicio de la CE de Medicina Familiar HGZ/UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

**OBJETIVO:** Evaluar el comportamiento alimentario en mujeres obesas de 18 a 35 años, que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/UMF No 8.

**MATERIALES Y MÉTODOS:** Estudio transversal, descriptivo, observacional, no comparativo. Muestra: 228 pacientes (IC: 90%). Criterios de inclusión, mujeres obesas atendidas en la consulta externa de Medicina Familiar HGZ/UMF No 8, de 18-35 años, derechohabientes IMSS. Instrumento de medición: Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ: Three Factor Eating Questionnaire).

**RESULTADOS:** Se estudió a 228 pacientes obesas, cuya media de edad fue de 28.26 años, 50.9% en el rango de edad de 24 a 29 años, con escolaridad predominante de bachillerato en un 54.4%, solteras 60.5%, empleadas 60.4%, con religión 96.2%, en el rango de años de portar la enfermedad 61% con 6 a 9 años y con grado de obesidad II en 50.4% de las pacientes estudiadas. Tras aplicar el instrumento se obtuvo que 27.7% de las pacientes con obesidad tienen un trastorno de la conducta alimentaria.

**CONCLUSIONES:** Se encontró en las pacientes con obesidad trastorno del comportamiento alimentario asociado al factor Desinhibición en un 20.2%, mientras que en el factor Restricción el 7.5% y la asociación de los 2 factores en una misma paciente en un 3%. El cuestionario TEFQ es una herramienta útil para valorar si las pacientes obesas aunado a su padecimiento de origen multifactorial, tienen también un TCA.

### **PALABRAS CLAVES:**

Obesidad, Conducta o Comportamiento Alimentario, TEFQ, Desinhibición, Restricción, Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), Trastorno por atracón, Restricción alimentaria.

**“EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO  
ALIMENTARIO EN LAS PACIENTES CON  
OBESIDAD DE LA CONSULTA EXTERNA DEL  
H.G.Z./U.M.F. No 8 DR. GILBERTO FLORES  
IZQUIERDO”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8  
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

**AUTORIZACIONES**

---

**DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA  
DIRECTOR DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**  
**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**  
**DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**  
**DIRECTOR DE TESIS**

---

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO**  
**PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**  
**DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**  
**ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS**

---

**DRA. ANA GLORIA TORO FONTANELL**  
**MÉDICO FAMILIAR. ADSCRITO A LA CE DE MEDICINA FAMILIAR TM DEL**  
**HGZ/UMF 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**  
**ASESOR CLÍNICO DE TESIS**

# AGRADECIMIENTOS

Gracias a la existencia (Dios) por su amor infinito, su permanente confianza en mí por sobre todas mis dudas y miedos ante las circunstancias que se me presentan, quien está para reconfortarme, impulsarme y recordarme que no estoy sola, y que todos mis sueños son posibles.

Gracias a mis maravillosos padres, que me han acompañado a cada paso, quienes por sobre todo están siempre para darme una palabra de aliento, mi orgullo, mi mejor ejemplo de fortaleza, nobleza, humildad y sencillez, fuente de inspiración para crecer.

Gracias a mis hermanos y amigos, que a pesar de la distancia no tengo la menor duda de que cuento con su apoyo y confianza total en lo que emprendo, aun cuando pueda equivocarme, mi refugio en momentos de crisis.

Gracias a mis asesores: Dr. Gilberto Espinoza Anrubio, Dr. Eduardo Vilchis Chaparro, Dra. Ana Gloria Toro Fontanell, por sus aportaciones, enseñanzas y paciencia, en este proyecto.

# ÍNDICE

<b>TEMA</b>	<b>PÁGINA</b>
1. Marco teórico	8
2. Justificación	15
3. Planteamiento del problema	16
4. Objetivos	17
5. Hipótesis	18
6. Material y métodos	19
7. Tipo de investigación	19
8. Diseño de la investigación	20
9. Población o universo	21
10. Ubicación temporal y espacial de la población	21
11. Muestra	21
12. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	22
13. Variables	23
14. Diseño estadístico	27
15. Instrumento de recolección	27
16. Método de recolección	28
17. Maniobras para evitar y controlar sesgos	29
18. Cronograma de actividades	31
19. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	32
20. Consideraciones éticas	33
21. Resultados	34
22. Tablas y gráficas	37
23. Discusión	57
24. Conclusiones	62
25. Bibliografía	64
26. Anexos	67



## MARCO TEÓRICO.

### INTRODUCCIÓN

El exceso de peso corporal (obesidad) se reconoce actualmente como uno de los retos más importantes de la Salud Pública en el mundo debido a su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece. El sobrepeso y la obesidad, incrementan significativamente el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), la mortalidad prematura y el costo social de la salud, además de reducir la calidad de vida.<sup>(1)</sup>

Se ha reconocido que la obesidad es un problema prioritario que requiere de atención y acciones intersectoriales inmediatas para mejorar la prevención, diagnóstico oportuno y control en la población.<sup>(2)</sup>

El Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA) de México, firmado en 2010 ha sido el primer esfuerzo que contó con una política explícita para la prevención de la obesidad y sus enfermedades crónicas asociadas.<sup>(3)</sup>

Se estima que el 90 % de los casos de diabetes mellitus tipo 2 son atribuibles al sobrepeso y la obesidad. Otras enfermedades crónicas no transmisibles relacionadas con la obesidad son la hipertensión arterial, dislipidemia, enfermedad coronaria, apnea del sueño, enfermedad vascular cerebral, osteoartritis, y algunos cánceres.<sup>(4)</sup>

La obesidad de acuerdo a la OMS (índice de masa corporal  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>) es una enfermedad sistémica, crónica y multicausal, no exclusiva de países económicamente desarrollados, que involucra a todos los grupos de edad, de distintas etnias y de todas las clases sociales. El aumento excesivo de peso corporal es un proceso gradual que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, a partir de un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético; en su origen se involucran factores genéticos y ambientales que determinan un trastorno metabólico que conduce a una excesiva acumulación de grasa corporal más allá del valor esperado según el género, la talla y la edad.<sup>(5)</sup>

En la actualidad México y Estados Unidos, ocupan los primeros lugares en prevalencia mundial de obesidad en la población adulta (30%), En nuestro país, las tendencias de sobrepeso y obesidad en las diferentes encuestas nacionales muestran un incremento constante de la prevalencia a lo largo del tiempo. De 1980 a la fecha, la prevalencia de obesidad y sobrepeso en México se ha triplicado, alcanzando proporciones alarmantes. De 1988 a 2012, el sobrepeso en mujeres de 20 a 49 años de edad se incrementó de 25 a 35.3 % y la obesidad de 9.5 a 35.2 %.<sup>(6)</sup>

La prevalencia agregada en el último periodo de evaluación (de 2006 a 2012), de sobrepeso y obesidad en adultos ha mostrado una reducción en la velocidad de aumento, que era cercana al 2 % anual (en el periodo 2000-2006) para ubicarse en un nivel inferior al 0.35 % anual.<sup>(7)</sup>

Cada año mueren aproximadamente 2.8 millones de personas adultas a causa de la obesidad o el sobrepeso. Las personas con obesidad grave mueren de 8 a 10 años antes que las de peso normal. Los individuos que tienen 15 kilogramos extra de su peso normal aumentan el riesgo de muerte temprana aproximadamente en 30%.<sup>(8)</sup>

Las cifras sobre obesidad, indican claramente un reto muy importante para el sector salud en términos de promoción de estilos de vida saludables en la población y desarrollo de políticas públicas para revertir el entorno obesogénico.<sup>(9)</sup>

## **OBESIDAD**

Se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m<sup>2</sup>). La definición de la OMS es, IMC igual o superior a 30 determina obesidad, Grado I: IMC 30.0–34.9, Grado II: IMC 35.0–39.9 y Grado III: IMC > 40.0<sup>(10)</sup>

## **Obesidad y Emoción.**

En la infancia, la madre es la principal responsable de la transmisión al hijo de las pautas alimentarias saludables que podrían prevenir enfermedades relacionadas con la alimentación. Los progenitores influyen el contexto alimentario infantil usando modelos autoritarios o permisivos para la elección de la alimentación de los niños, en aspectos como el tipo, cantidad y horarios de alimentación, así como edad de introducción de los mismos. <sup>(11)</sup>

La obesidad, enfermedad en la que convergen y derivan aspectos neuroquímicos, cognitivos y emocionales que se relacionan con estructuras cerebrales fundamentales para las funciones ejecutivas, como es la corteza prefrontal, donde una menor actividad metabólica en esta región se ha relacionado con un mayor IMC y un peor funcionamiento ejecutivo, de tal manera que adultos mayores con obesidad terminan por desarrollar modificaciones en el volumen de la sustancia gris en determinadas zonas de esta región. La autorregulación emocional resulta un aspecto importante en el aumento de peso en la obesidad, dado que comer resulta agradable y también una recompensa que genera bienestar y emociones positivas, en personas obesas el efecto emocional de los alimentos sobre la conducta de comer es mayor que en persona con peso normal. Un aspecto directo de la emoción sobre la motivación hacia la comida se ha relacionado con la activación del sistema neuronal de respuesta al estrés, que incrementa la actividad emocional y perjudica el funcionamiento cognitivo. <sup>(12)</sup>

El estrés aumenta la secreción de glucocorticoides que genera, a su vez, un incremento de la motivación hacia la comida; y también de insulina, que promueve la ingesta de alimentos y la obesidad. <sup>(13)</sup>

El estrés, es un proceso psicológico que se origina ante una exigencia al organismo, frente a la cual no se tiene información para darle una respuesta adecuada, supone en las personas obesas un aspecto relevante a tener en cuenta en tratamientos preventivos y de pérdida de peso. La emoción queda implicada de manera clara en la etiología de la obesidad, bien por el carácter emocional implícito de la comida o mediando a través del estrés emocional en la motivación para ingerir alimentos, la depresión y la autoestima. Son aspectos relevantes para la prevención y tratamiento de la obesidad, comprender los mecanismos emocionales y control del estrés, que pudieran ser revertidos mediante terapias adecuadas y que redundaría en beneficios para el tratamiento de pérdida de peso. <sup>(14)</sup>

## **CONDUCTA ALIMENTARIA.**

La conducta alimentaria es el conjunto de acciones que establecen la relación del ser humano con los alimentos. Se acepta generalmente que los comportamientos frente a la alimentación se adquieren a través de la experiencia directa con la comida en el entorno familiar y social, por la imitación de modelos, la disponibilidad de alimentos, el estatus social, los simbolismos afectivos y las tradiciones culturales.<sup>(15)</sup>

Entre un estímulo y la respuesta que genera la conducta alimentaria, existen vínculos fisiológicos, psicológicos, socioculturales y morales. A nivel fisiológico se encuentran los nutrientes, a nivel psicológico, los alimentos con sus propiedades organolépticas de color, sabor y textura, a nivel sociocultural, la comida, constituida por diferentes tipos de alimentos. En la vertiente sociocultural, se contemplan, además, otros importantes factores, como son los ambientales, que determinan el tipo de dieta a nivel local, por su relación con la temperatura, la altitud y la humedad de una zona geográfica determinada, que marcan a su vez la disponibilidad de alimentos. La vertiente moral delimita la aceptación o el rechazo de algunos alimentos o la forma como deben prepararse y consumirse. Con la conducta se encuentran también relacionados los hábitos alimentarios, considerados como una disposición adquirida por actos repetidos que terminan constituyendo una manera de ser y de vivir del individuo. Para que esto suceda, se requiere que sean placenteros, que estén de acuerdo con las normas socioculturales establecidas por un grupo y que sean coherentes con el estilo de vida del individuo o del grupo. También las costumbres son expresión de la cultura. De esta manera la conducta alimentaria está más influenciada por los hábitos y las costumbres que por un razonamiento lógico. Con los hábitos alimenticios está relacionado, también, su valor simbólico. Se suele atribuir al alimento, beneficios o prejuicios ante las enfermedades.<sup>(16)</sup>

La psicología no sólo plantea la relación entre representación y conducta en un plano individual, sino también colectivo, donde las relaciones son complejas e intervienen aspectos de identidad social, memorias colectivas e ideologías dominantes.<sup>(17)</sup>

## Trastornos de la conducta alimentaria

Los trastornos del comportamiento alimentario son problemas psicopatológicos que en la actualidad están adquiriendo importancia por el incremento de su incidencia en ciertos grupos de población. Conllevan a graves anormalidades en las actitudes y comportamientos, en la ingestión de alimentos, cuya base es causada por la alteración psicológica en la percepción corporal y un miedo intenso a la obesidad. Constituyen alteraciones severas en la ingesta de los alimentos, en personas que presentan patrones distorsionados en el acto de comer en respuesta a un impulso psíquico. Este grupo de enfermedades engloba a varias entidades que varían grandemente, clasificándose en: anorexia nerviosa, “trastornos de la conducta alimentaria no especificados” y trastorno por atracón. Todas son más frecuentes en las mujeres e iniciándose generalmente durante la adolescencia siendo enfermedades crónicas. El origen preciso no ha podido ser dilucidado, proponiéndose diferentes teorías al respecto. La gran dificultad es que no existen tratamientos farmacológicos o nutricionales de eficacia demostrada, por lo que éstos se dan mediante grupos interdisciplinarios. <sup>(18)</sup>

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se encuentran parcialmente determinados, tanto por factores familiares, ambiente compartido, factores genéticos, así como por la interacción entre unos y otros. Los TCA incluyen las condiciones de anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón y los denominados trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE) que incluyen la dieta restrictiva, según criterios diagnósticos del DSM-V. Los TCA son trastornos mentales graves, con tendencia a la cronicidad, una elevada comorbilidad con otros trastornos mentales, asociados a condiciones médicas adversas. <sup>(19)</sup>

En los trastornos alimentarios (TA), en general, dichas pacientes no presentan conciencia de enfermedad, ni buscan tratamiento por motivación personal y las características particulares más frecuentes son, la falta de asertividad y la alexitimia. <sup>(20)</sup>

El comportamiento humano en la ingestión de alimentos es un proceso complejo que requiere una perfecta integración de varios sistemas biológicos y psicológicos que interactúan de forma efectiva y sinérgica con el entorno ambiental. <sup>(21)</sup>

Restricción Cognitiva es la tendencia a limitar la propia ingesta (en cantidad o tipo de alimentos) para controlar el peso corporal. Alimentación sin control Inclinación a comer ante la exposición de estímulos externos en variadas circunstancias y dificultad para detener la ingesta. <sup>(22)</sup>

La alimentación restringida puede estar relacionada como una forma de control del peso entre los individuos obesos y aquellos con experiencias de dieta, mientras que entre otros puede funcionar como un indicador de trastornos de la alimentación. (23)

Resulta indispensable una intervención temprana que incluya la detección de conductas nocivas o síntomas incipientes como indicadores de riesgo de padecer TCA, así mismo se requiere caracterizar a estas poblaciones con la intención de enriquecer la comprensión de diferentes grados de afectación alimentaria que podrían retomarse en la prevención o la atención diferencial con respecto a aquellas personas que presentan un cuadro clínico completo. (24)

## **CUESTIONARIO DE TRES FACTORES DE LA ALIMENTACION (TFEQ)**

Stunkard y Messick (1985) desarrollaron derivado de la Escala de Restricción alimentaria de Herman y Polivy (1980) y sustentada en la teoría de la restricción de alimentos el Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (Three Factor Eating Questionnaire, TFEQ), también conocido como Inventario de la Alimentación. (25)

El TFEQ original es un cuestionario de 51 ítems, que evalúa tres dimensiones de la conducta alimentaria: a) restricción alimentaria, constituida por 21 ítems destinados a medir el dominio cognitivo de la ingestión de alimentos, b) la desinhibición, contiene 16 ítems que valoran la tendencia a comer en exceso y la pérdida de control sobre la alimentación, y c) la susceptibilidad al hambre, con 14 ítems que estiman los sentimientos subjetivos de hambre y el deseo por la comida. Anexo 1. (26)

De acuerdo con la literatura, el TFEQ ha sido útil para discriminar entre muestras de obesos con y sin atracón alimentario. Se observó que los obesos con Trastorno por Atracón (TPA), obtienen puntuaciones significativamente más altas en las escalas de desinhibición y hambre de este cuestionario, a diferencia de los obesos sin TPA. Asimismo, el TFEQ ha sido útil para predecir el éxito del tratamiento, Stunkard y Messick, han detectado que los obesos que obtienen altas puntuaciones en la escala de restricción del TFEQ responden mejor al tratamiento psicológico, mientras que los que obtienen altas puntuaciones en la escala de hambre, responden mejor a los tratamientos que emplean medicamentos supresores del apetito. Por lo que, el factor de restricción alimentaria del TFEQ, ha sido empleado por Stunkard y Messick (2008), en el monitoreo del progreso del tratamiento de obesos que presentan atracones alimentarios. (27)

La versión en español del TFEQ (Sánchez-Carracedo, Raich, Figueras, Torras & Mora, 1999) fue adaptada y validada por López-Aguilar et al. (2011) en mujeres mexicanas, Los resultados de la validación en México sugieren que el TFEQ presenta propiedades psicométricas adecuadas. TEFQ, cuenta con un alfa de Cronbach adecuada para el total del cuestionario ( $\alpha = .89$ ). 40 ítems, que evalúan 2 dimensiones de la conducta alimentaria: a) la desinhibición, contiene 25 ítems que valoran la tendencia a comer en exceso y la pérdida de control sobre la alimentación, ( $\alpha = .91$ ) y b) restricción alimentaria, constituida por 15 ítems destinados a medir el dominio cognitivo de la ingestión de alimentos, con alfa de Cronbach de .84. Se divide en dos tipos de preguntas, unas con dos opciones de respuesta (falso (0) y verdadero (1)) y otras tipo likert con cuatro opciones de respuesta (1 y 2 (0) y 3 y 4 (1)), por lo que las calificaciones para los ítems van de 0 a 1. Puntuación total. TCA por restricción mayor o igual a 13 y TCA por desinhibición mayor o igual a 15. <sup>(28)</sup>

Resulta ser un instrumento adecuado para identificar las conductas de restricción cognitiva, la alimentación emocional y trastorno por atracón, patrones de comportamiento cuyo análisis pueden servir como punto de partida para la adopción de estrategias de abordaje y la orientación nutricional en los programas de control de peso. <sup>(29)</sup>

Identificar las conductas de la población es fundamental para establecer las estrategias y herramientas pertinentes para promover el cambio de las prácticas inadecuadas. <sup>(30)</sup>

## JUSTIFICACIÓN

La obesidad en nuestro país es un problema grave de salud pública, ocupando el segundo lugar después de EU, y de acuerdo a la ENSANUT la prevalencia pasó de 71.9% en 2006 a 73% en 2012, en el caso de mujeres de más de 20 años, por lo que identificar los comportamientos o conductas alimentarias de esta población es fundamental para establecer estrategias y herramientas pertinentes que promuevan el cambio de las prácticas inadecuadas y/o tratamiento de los trastornos alimentarios si así se requiere.

Por lo antes mencionado se realizara el presente estudio con la finalidad de conocer los principales comportamientos alimentarios en pacientes obesas, y con ello detectar aquellas con trastornos de la conducta alimentaria, lo cual permitirá una atención integral y tratamiento más adecuado de acuerdo a cada paciente.



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los trastornos del comportamientos alimentario más frecuentes en las pacientes obesas de la consulta externa de Medicina Familiar en el H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”?

## **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar el comportamiento alimentario en pacientes de 18 a 35 años con obesidad que acuden a la consulta externa de Medicina Familiar del H.G.Z. / U.M.F. No.8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

## **HIPÓTESIS**

Se realizó hipótesis con fines de enseñanza.

### **HIPÓTESIS NULA ( $H_0$ )**

Las pacientes obesas de 18 a 35 de la consulta externa no poseen comportamientos alimentarios inadecuados (TCA) en el H.G.Z. / U.M.F. No.8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

### **HIPÓTESIS ALTERNA ( $H_1$ )**

Las pacientes obesas de 18 a 35 de la consulta externa poseen comportamientos alimentarios inadecuados (TCA) en el H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### TIPO DE ESTUDIO:

El presente trabajo es un estudio de tipo transversal, prospectivo, descriptivo, observacional no comparativo.

Según el número de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio. Se recolectan datos en un sólo momento, en un tiempo único: TRANSVERSAL.

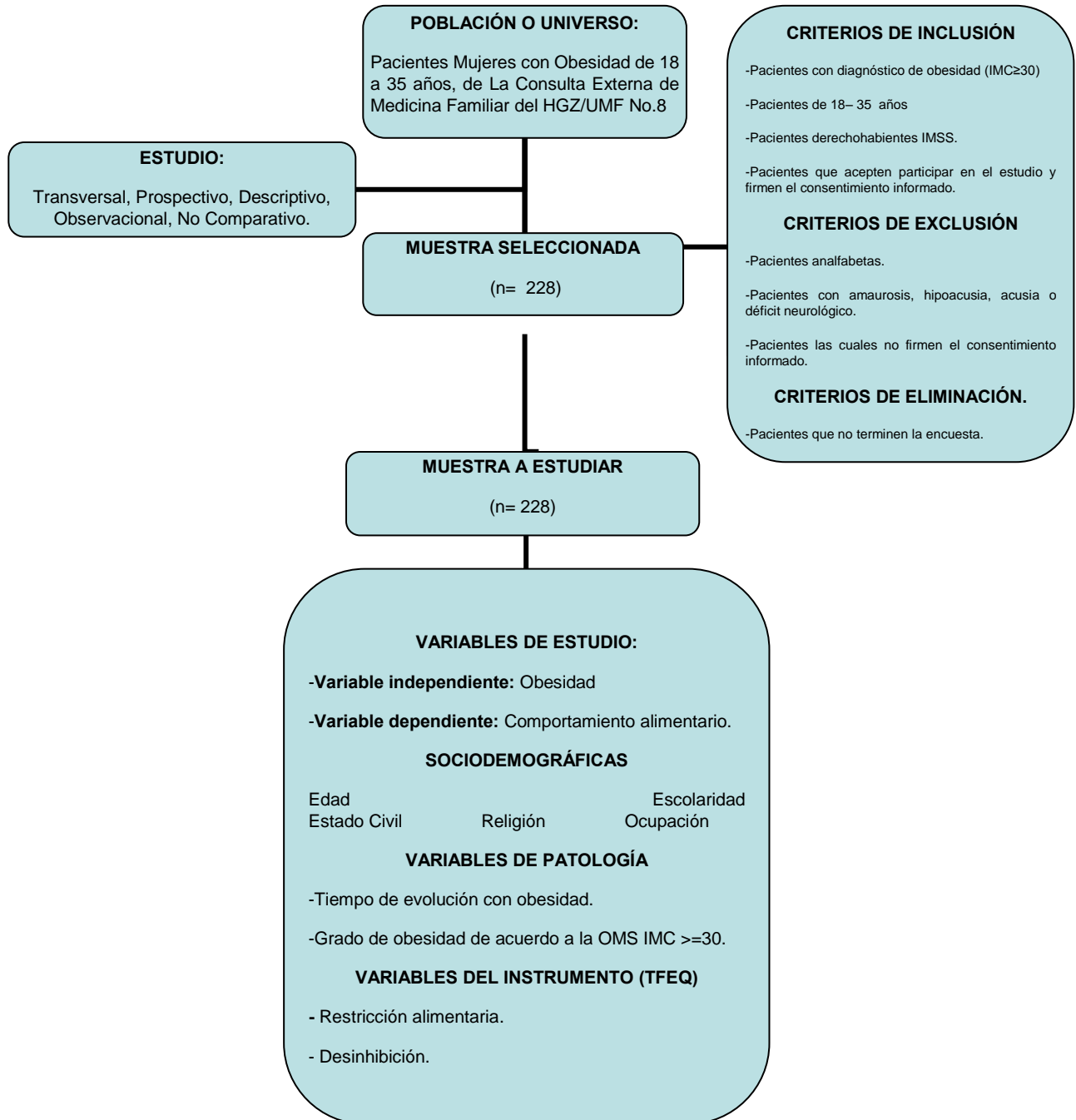
Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información. La información se va registrando a medida que va ocurriendo el fenómeno: PROSPECTIVO.

Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados. Describe las variables y examina las relaciones entre ellas: DESCRIPTIVO.

De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza, permiten al investigador adquirir información por medio de la observación directa y el registro de fenómenos, pero sin ejercer ninguna intervención: OBSERVACIONAL.

Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados. Sólo se estudia un grupo poblacional: NO COMPARATIVO.

# DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



ELABORÓ: DRA. RAMÍREZ CRUZ ARACELI.

## **POBLACIÓN O UNIVERSO.**

El estudio se realizó a pacientes derechohabientes que acudieron al servicio de la consulta externa de Medicina Familiar en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. "Gilberto Flores Izquierdo", del Instituto Mexicano del Seguro Social en el Distrito Federal, Zona Sur. Población urbana.

## **UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:**

La investigación se llevó a cabo en el H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. "Gilberto Flores Izquierdo". Ubicado en Av. Río Magdalena 284, colonia Tizapán La Hormiga, San Ángel, de la Delegación Álvaro Obregón C.P. 01090, que se encuentra en la Ciudad de México, población urbana, se realizó el estudio en el período 2015-2017.

## **MUESTRA:**

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con variable dicotómica para una población finita necesaria será de 228 pacientes con un intervalo de confianza del 90%, con una proporción del 0.30 y una amplitud total de intervalo de confianza de 0.10.

Definición de conceptos del tamaño de la muestra:

N= Número total de individuos requeridos

Z alfa = Desviación normal estandarizada para alfa bilateral

P =Proporción esperada

(1-P)= Nivel de confianza del 90%

W= Amplitud del intervalo de confianza

$$N = \frac{4 Z \text{ alfa}^2 P (1-P)}{W^2}$$

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Pacientes con diagnóstico de obesidad (IMC  $\geq 30$ ).
- Sexo femenino.
- Pacientes de 18 a 35 años.
- Pacientes derechohabientes.
- Pacientes que acepten participar en el estudio y firmen el consentimiento informado.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Pacientes analfabetas.
- Pacientes con amaurosis, hipoacusia, acusia o déficit neurológico.
- Pacientes las cuales no firmen el consentimiento informado.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

- Pacientes que no terminen la encuesta.

## **VARIABLES**

### **VARIABLES DEL ESTUDIO.**

- Variable independiente: Obesidad.
- Variable dependiente: Comportamiento alimentario.

### **VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS**

- Edad.
- Ocupación
- Estado civil
- Religión
- Escolaridad

### **VARIABLES PATOLÓGICAS**

- Tiempo de evolución con obesidad
- Grado de Obesidad de acuerdo al IMC.

### **VARIABLES DEL TEST (TFEQ).**

- Desinhibición.
- Restricción alimentaria.



## **DEFINICIÓN CONCEPTUAL.**

### **VARIABLE INDEPENDIENTE: Obesidad.**

De acuerdo a la OMS entiende como la acumulación anormal o excesiva de grasa que puede llegar a ser perjudicial para la salud. Para su delimitación se ha utilizado el Índice de Masa Corporal (IMC), que mide la relación entre la talla y el peso, estableciéndose para ella, valores iguales o superiores a 30.

### **VARIABLE DEPENDIENTE: Comportamiento alimentario.**

Es un constructo multidimensional que incluye tres componentes: conductual, cognitivo y afectivo donde intervienen experiencias previas, recuerdos, sentimientos, emociones y necesidades.

## **VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS.**

**Edad:** Tiempo que ha vivido una persona.

**Escolaridad:** Período de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender.

**Estado civil:** Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.

**Ocupación:** Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada.

**Religión:** Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad.

## VARIABLES DE LA PATOLOGÍA.

**Años de portar la enfermedad (tiempo de evolución de la enfermedad):**  
Tiempo que ha transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad a la fecha.

**Grado de obesidad de acuerdo a IMC:** Con base al índice de masa corporal (IMC), en el adulto un  $IMC \geq 30$  kg/m<sup>2</sup> donde Grado I: IMC 30.0–34.9, Grado II: 35.0–39.9 y Grado III: > 40.0.

### DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS.

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
EDAD	CUANTITATIVA	NOMINAL	1= 18-23 AÑOS 2= 24-29 AÑOS 3= 30-35 AÑOS
EDAD EN AÑOS	CUANTITATIVA	CONTINUA	EDAD EN AÑOS
ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	1= ANALFABETA 2= PRIMARIA 3= SECUNDARIA 4= PREPARATORIA 5= LICENCIATURA O MÁS.
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1= SOLTERA. 2= CASADA.
OCUPACIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	1= EMPLEADA 2= DESEMPLEADA
RELIGIÓN	CUALITATIVA	NOMINAL	1= CON RELIGIÓN 2= SIN RELIGIÓN

ELABORÓ: DRA. RAMÍREZ CRUZ ARACELI.

### DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES DE LA PATOLOGIA.

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
AÑOS DE PORTAR LA ENFERMEDAD.	CUANTITATIVA.	NOMINAL	1= 1-5 AÑOS 2= 6-9 AÑOS 3= >10 AÑOS
GRADO DE OBESIDAD DE ACUERDO A LA OMS.	CUANTITATIVA.	NOMINAL	1= G I: IMC 30.0–34.9. 2= G II: IMC 35.0–39.9 3= G III: IMC > 40.0

ELABORÓ: DRA. RAMÍREZ CRUZ ARACELI.

### DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES DEL TEST

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
DESINHIBICIÓN.	CUALITATIVA	NOMINAL	1= SI 2= NO
RESTRICCIÓN ALIMENTARIA.	CUALITATIVA	NOMINAL	1= SI 2= NO

ELABORÓ. DRA. RAMÍREZ CRUZ ARACELI.

## DISEÑO ESTADÍSTICO

El estudio se llevó a cabo a través del programa SPSS 24 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron las medidas de tendencia central (media, moda, mediana), de dispersión (rangos, desviación estándar, varianza, valor mínimo y valor máximo), frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra es representativa y se calculó de acuerdo a la prevalencia de una población finita, la cual es de 32.4%, la muestra a estudiar fue de 228, con un intervalo de confianza del 90%.

## INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

TEFQ (adaptación a población mexicana): Consistencia adecuada para el total del cuestionario ( $\alpha = .89$ ).

Contiene 40 ítems, que evalúa 2 dimensiones de la conducta alimentaria: a) la desinhibición, contiene 25 ítems que valoran la tendencia a comer en exceso y la pérdida de control sobre la alimentación, consistencia interna ( $\alpha = .91$ ) y b) restricción alimentaria, constituida por 15 ítems destinados a medir el dominio cognitivo de la ingestión de alimentos, con un alfa de Cronbach de .84

40 ítems, que evalúan 2 dimensiones de la conducta alimentaria: a) la desinhibición, contiene 25 ítems que valoran la tendencia a comer en exceso y la pérdida de control sobre la alimentación, ( $\alpha = .91$ ) y b) restricción alimentaria, constituida por 15 ítems destinados a medir el dominio cognitivo de la ingestión de alimentos, con alfa de Cronbach de .84. Se divide en dos tipos de preguntas, unas con dos opciones de respuesta (falso (0) y verdadero (1)) y otras tipo likert con cuatro opciones de respuesta (1 y 2 (0) y 3 y 4 (1)), por lo que las calificaciones para los ítems van de 0 a 1. Puntuación total. TCA por restricción mayor o igual a 13 y TCA por desinhibición mayor o igual a 15.

El TFEQ ha sido útil para discriminar muestras de obesos con y sin atracón alimentario, los obesos con Trastorno por Atracón (TPA), obtienen puntuaciones significativamente más altas en las escalas de desinhibición de este cuestionario a diferencia de los obesos sin TPA.

La importancia del factor restricción radica en ser un desencadenante del atracón alimentario.

## **MÉTODO DE RECOLECCIÓN**

Se realizó el estudio en las pacientes con índice de masa corporal  $\geq 30$  que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar del H.G.Z. / U.M.F. No. 8. "Dr Gilberto flores izquierdo". Con la autorización de la institución y el consentimiento de los pacientes. Durante el periodo comprendido de 1 año. Se le aplicó el cuestionario TFEQ. Se hizo una base de datos donde se recolectaron los datos generales de los pacientes como nombre, edad, ocupación, estado civil, escolaridad, religión. Se explicó al paciente de lo que se trata el estudio y se estimuló para que respondiera a todas preguntas del cuestionario, seleccionando la alternativa que considere más apropiada para su caso.

## **MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS**

### **CONTROL DE SEGOS DE INFORMACIÓN:**

- Se realizó una revisión sistémica de medicina basada en evidencia del tema, procurando información proveniente de meta-análisis, ensayos clínicos y reportes de casos, no mayor a 5 años de antigüedad.
- El cuestionario fue claro y bien estructurado.
- Se explicó de forma concisa a las pacientes de lo que se pretendía con el estudio.

### **CONTROL DE SEGOS DE SELECCIÓN:**

- Se llevó a cabo una sola medición en base a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación previamente descritas.
- Se eligió una muestra representativa de la población.

### **CONTROL DE SEGOS DE MEDICIÓN:**

- Solicitando inicialmente la firma del consentimiento informado y posteriormente se entregó el cuestionario. Se aplicó el cuestionario TFEQ de forma individual. El tiempo para resolver el test fue de 15 minutos, se aplicó a pacientes con obesidad, que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar del H.G.Z. / U.M.F. No.8. “Dr Gilberto flores izquierdo”
- Durante la aplicación del cuestionario, se recordó a las pacientes que las respuestas no requerían ayuda, y que debió contestar todas las preguntas del cuestionario sin excepción. No se discutió ninguna pregunta con las pacientes. Se evaluó las respuestas de cada paciente (Restricción y desinhibición), además del perfil del paciente como edad, sexo, religión, escolaridad, estado civil, ocupación.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DELEGACIÓN SUR DISTRITO FEDERAL  
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UMF No. 8  
 COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E  
 INVESTIGACIÓN EN SALUD.

### TESIS:

## “EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN LAS PACIENTES CON OBESIDAD DE LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

**2015-2016**

FECHA	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2015	2016	2016
TÍTULO	X											
ANTECEDENTES		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X									
OBJETIVOS				X								
HIPÓTESIS					X							
PROPOSITOS						X						
DISEÑO METODOLÓGICO								X				
ANÁLISIS ESTADÍSTICO											X	
CONSIDERACIONES ÉTICAS											X	
RECURSOS											X	
BIBLIOGRAFÍA											X	
ASPECTOS GENERALES												X
ACEPTACIÓN												X

Elaboró: Dra. Ramírez Cruz Araceli

## 2016-2017

FECHA	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGO 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO	X											
RECOLECCIÓN DE DATOS		X	X	X	X							
ALMACENAMIENTO DE DATOS						X						
ANÁLISIS DE DATOS							X					
DESCRIPCIÓN DE DATOS								X				
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	
PUBLICACIÓN												X

Elaboró: Dra. Ramírez Cruz Araceli



## RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

- **Recursos Humanos:** Se contó para la realización de este proyecto de investigación con recursos humanos a base de un investigador médico residente de Medicina Familiar (Dra. Araceli Ramírez Cruz) quien realizó la aplicación de encuestas y recolección de datos. Además de un asesor metodológico para la revisión de la tesis (Dr. Gilberto Espinoza Anrubio) y asesores de diseño estadístico, interpretación de datos y clínicos (Dr. Eduardo Vilchis Chaparro y Dra. Ana Toro Fontanell).
- **Recursos Materiales:** Dentro de los recursos materiales se utilizaron cuestionarios suficientes para la muestra (aproximadamente 320 hojas blancas tamaño carta), lápices número 2 ½, plumas, correctores y borradores. Para la recolección y el análisis de los resultados, se utilizó un equipo de cómputo SONY con programa operativo WINDOWS 7 Ultimate, impresora, memoria USB de 4 GB para almacenar los datos y análisis de resultados como respaldo.
- **Recursos Físicos:** Como recursos físicos contamos con el H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “Dr Gilberto flores izquierdo”, sala de espera de la consulta externa de Medicina Familiar, sala de cómputo y biblioteca del mismo.
- **Recursos de Financiamiento:** Los gastos de esta investigación corrieron por cuenta del investigador Médico Residente de Medicina Familiar Dra. Araceli Ramírez Cruz. Se realizó un gasto económico de aproximadamente \$1,500.00 (Mil pesos en M.N.).

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

La siguiente tesis no desobedece la Declaración de Helsinki de la asociación Médica Mundial, el reglamento de La Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México. Se integra la Carta de Consentimiento Informado del protocolo de investigación: "EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN LAS PACIENTES CON OBESIDAD DE LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z./U.M.F No 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO". Se encuentra el Consentimiento Informado. (Ver Anexo 3).

El presente estudio estuvo bajo la consideración de la Ley General de Salud y de las normas de investigación institucional y aceptado por el comité local de investigación.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

Artículo 17. El presente trabajo se clasificó como categoría uno, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación.
- II. Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- III. Las molestias o los riesgos esperados.
- IV. Los beneficios que puedan observarse.
- V. Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios, otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

## RESULTADOS

Se estudió a 228 pacientes con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8. La media de edad fue de 28.26 años con una mediana de 30 años y una moda de 34 años. Además, cuenta con una desviación estándar de 5.207 años, un valor mínimo de 18 años y un valor máximo de 35 años.

En la sección de rangos de edad se encontraron 49 (3.8%) de 18 a 23 años de edad, 63 (27.6%) de 24 a 29 años de edad, 116 (50.9%) de 30 a 35 años de edad. (Ver tabla y gráfico 1)

De acuerdo a la escolaridad se observaron 4 (1.8%) sin escolaridad, 2 (0.9%) con primaria, 86 (37.7%) con secundaria, 124 (54.4%) con bachillerato y 12 (5.3%) con licenciatura o más. (Ver tabla y gráfico 2)

Dentro de la sección de estado civil se encontró 90 (39.5%) casadas, 138 (60.5%) solteras. (Ver tabla y gráfico 3)

Por otra parte, respecto a la ocupación observamos 206 (90.4%) empleadas y 22 (9.5%) desempleadas. (Ver tabla y gráfico 4)

En el rubro de la religión se observó 220 (96.5%) con religión y 8 (3.5%) sin religión. (Ver tabla y gráfico 5)

En cuanto al rango de años de portar la enfermedad se encontró 73 (32%) tenían de 1 a 5 años de portar la enfermedad, 139 (61%) de 6 a 9 años y 16 (7%) más de 10 años. (Ver tabla y gráfico 6)

En base al grado de obesidad se arrojaron los siguientes datos: 106 (46.5%) en G I, 115 (50.4%) en G II y 7 (3.1%) en obesidad G III. (Ver tabla y gráfico 7)

En relación al trastorno de la conducta alimentaria por Desinhibición se encontró que 46 (20.2%) si lo padecen y 182 (79.8%) no lo presentan. (Ver tabla y gráfico 8)

En lo que compete al trastorno de la alimentación por restricción se observó a 17 (7.5%) lo padecen y 211(92.5%) no. (Ver tabla y gráfico 9)

Finalmente se encontró que ambos trastornos se encontraban presentes en 7 (3%) pacientes. (Ver tabla y gráfico 10)

En relación al rango de edad y TCA por desinhibición en pacientes con obesidad se encontró para el rango de edad de 18 a 23 años 31 (13.6%) con trastorno, 18 (7.9%) sin trastorno. En tanto que de 24 a 29 años 9 (3.9%) con trastorno, 54 (23.7%) sin trastorno. Mientras que en el rango de 30 a 35 años se observó 6 (2.6%) con trastorno y 110 (48.2%) sin trastorno. (Ver tabla y gráfico 11)

En la asociación de rango de edad y TCA por restricción en pacientes con obesidad se encontró para el rango de edad de 18 a 23 años 13 (5.7%) con trastorno, 36 (15.8%) sin trastorno. En tanto que de 24 a 29 años 4(1.8%) con trastorno, 59 (25.9%) sin trastorno. Mientras que en el rango de 30 a 35 años se observó 116 (50.9%) sin trastorno. (Ver tabla y gráfico 12)

En el rubro de asociación entre ocupación y TCA por desinhibición en pacientes con obesidad se observó en la categoría de empleadas 31 (13.6%) con trastorno y 175 6 (76.8%) sin trastorno. Por otra parte en desempleadas 15 (6.6%) presentaban trastorno y 7 (3.1%) sin trastorno. (Ver tabla y gráfico 13)

Respecto a la asociación de ocupación y TCA por restricción en pacientes con obesidad en el rubro de empleadas se encontró 9 (3.9%) con trastorno y 197 (86.4%) sin trastorno. Así mismo, se presentó en el apartado desempleadas 8 (3.5%) con trastorno y 14 (6.1%) sin trastorno. (Ver tabla y gráfico 14)

En base a la asociación del estado civil y TCA por desinhibición en pacientes con obesidad se halló en solteras que 33 (14.5%) tenían trastorno y 58 (25.4%) no, En casadas 13 (5.7%) con presencia de trastorno y 124 (54.4%) sin trastorno. (Ver tabla y gráfico 15)

En lo que concierne a la asociación del estado civil y TCA por restricción en pacientes con obesidad se observó en solteras, 15 (6.6%) con trastorno y 75 (32.9%) sin trastorno. Por otra parte, casadas 2 (0.9%) tenían trastorno y 136 (59.6%) sin trastorno. (Ver tabla y gráfico 16)

Dentro de la asociación del escolaridad y TCA por desinhibición en pacientes con obesidad TCA por desinhibición en pacientes con obesidad se observó en el rubro analfabeta 1 (0.4%) con trastorno y 3 (1.3%) sin. En el apartado primaria 2 (0.9%) sin trastorno, secundaria 11 (4.8%) con trastorno y 75 (32.9%) sin trastorno. En cuanto a secundaria se observa 11 (4.8%) con presencia de trastorno y 75 (32.9%) sin trastorno. En lo referente a categoría preparatoria 34 (14.9%) con trastorno y 90(39.5%) sin trastorno. Por último, en la sección de quienes contaban con licenciatura o más se encontró 12 (5.3%) sin trastorno (Ver tabla y gráfico 17)

De acuerdo a la asociación de escolaridad y TCA por restricción en pacientes con obesidad obtuvo que quienes no tenían ningún grado de escolaridad 4 (1.8%) no presentaban trastorno. Por su parte, en el grado de escolaridad de primaria 2 (0.9%) sin trastorno. En tanto que en pacientes con secundaria 4 (1.8%) tienen trastorno y 82 (36%) no presentan trastorno. Mientras que en pacientes con preparatoria 13 (5.7%) tenían trastorno y 111 (48.7%) sin trastorno Por último en pacientes con nivel licenciatura o más 12 (5.3%) sin presencia de trastorno. (Ver tabla y gráfico 18)

En lo que concierne a la relación entre grado de obesidad TCA por desinhibición en pacientes con obesidad se encontró que en la sección grado I 26 (11.4%) con presencia de trastorno y 80 (35.1%) sin trastorno. En tanto en el grado II se observó 18 (7.9%) con trastorno y 97 (42.5%) sin trastorno, finalmente en el grado III 2 (0.9%) con presencia de trastorno y 5 (2.2%) sin el mismo. (Ver tabla y gráfico 19)

Por ultimo en la relación entre grado de obesidad y TCA por restricción en pacientes con obesidad que en la sección grado I, 11 (14.8%) con presencia de trastorno y 95 (41.7 %) sin trastorno. En tanto en el grado II se observó 6 (2.6%) con trastorno y 109 (47.8%) sin trastorno. Por ultimo en el grado III 7 (3.1 %) sin presencia de trastorno. (Ver tabla y gráfico 20)

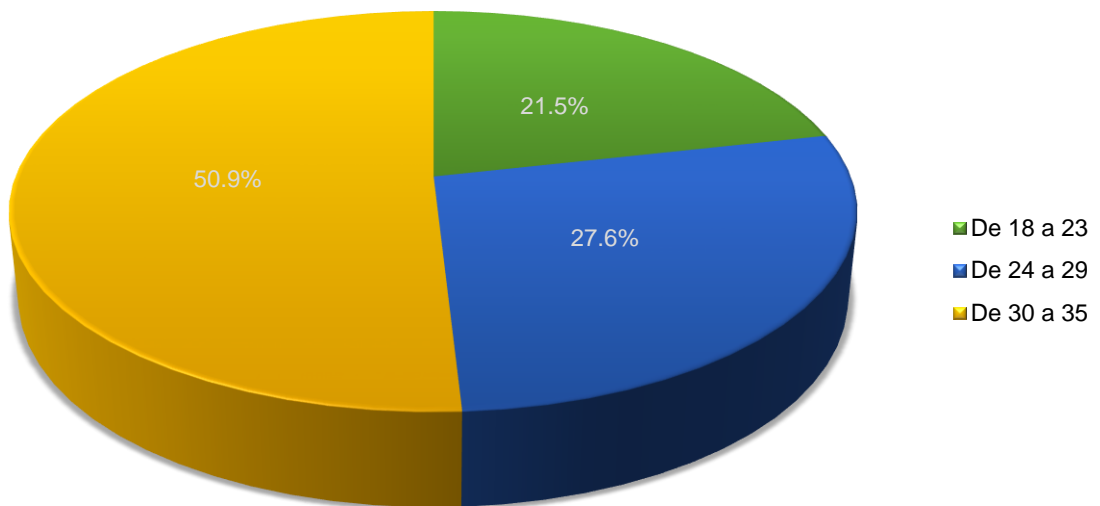
TABLA 1.

<b>Rangos de edad en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.</b>		
Rangos de edad (años)	Frecuencia	Porcentaje (%)
De 18 a 23	49	21.5
De 24 a 29	63	27.6
De 30 a 35	116	50.9
Total	228	100.0

Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 1.

**RANGOS DE EDAD EN PACIENTES CON OBESIDAD DEL H.G.Z. / U.M.F. NO. 8 I.M.S.S.**



Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

TABLA 2.

Escolaridad en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ninguno	4	1.8
Primaria	2	0.9
Secundaria	86	37.7
Bachillerato	124	54.4
Licenciatura o mas	12	5.3
Total	228	100.0

Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 2.

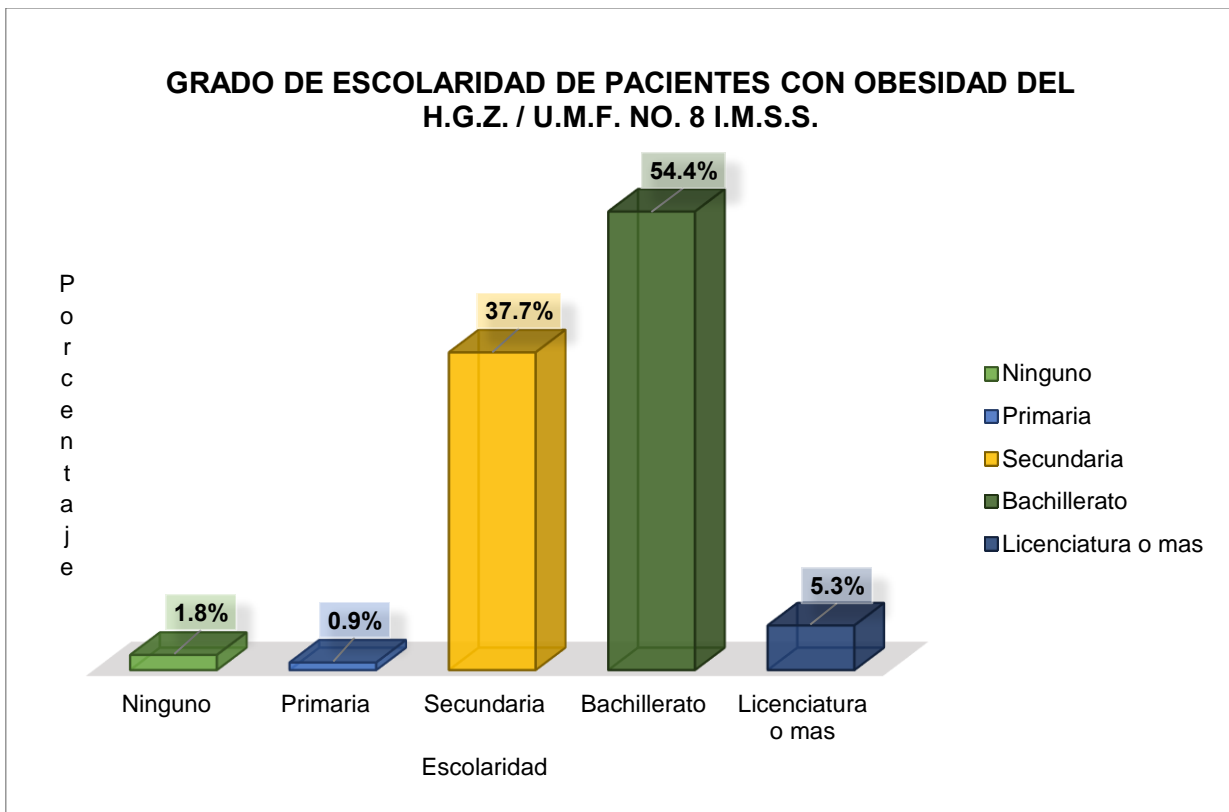


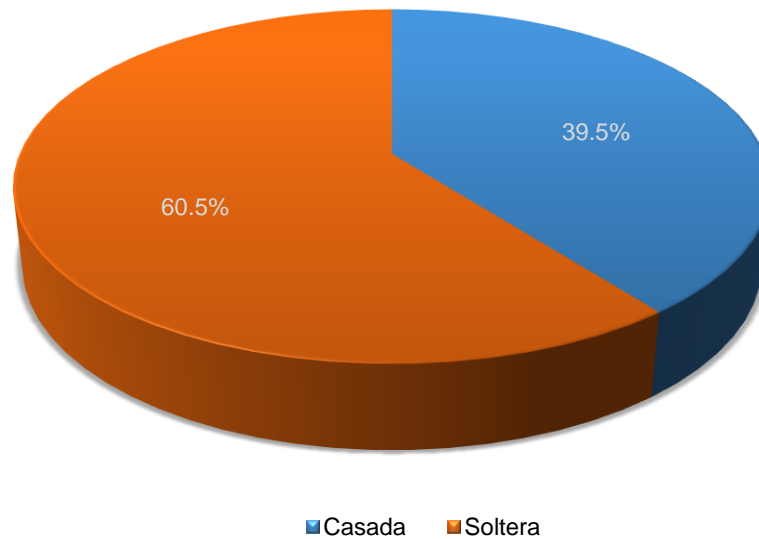
TABLA 3.

<b>Estado civil de pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.</b>		
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Casada	90	39.5
Soltera	138	60.5
Total	228	100.0

Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 3.

**ESTADO CIVIL EN PACIENTES CON OBESIDAD DEL H.G.Z. / U.M.F. NO. 8 I.M.S.S.**



Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.



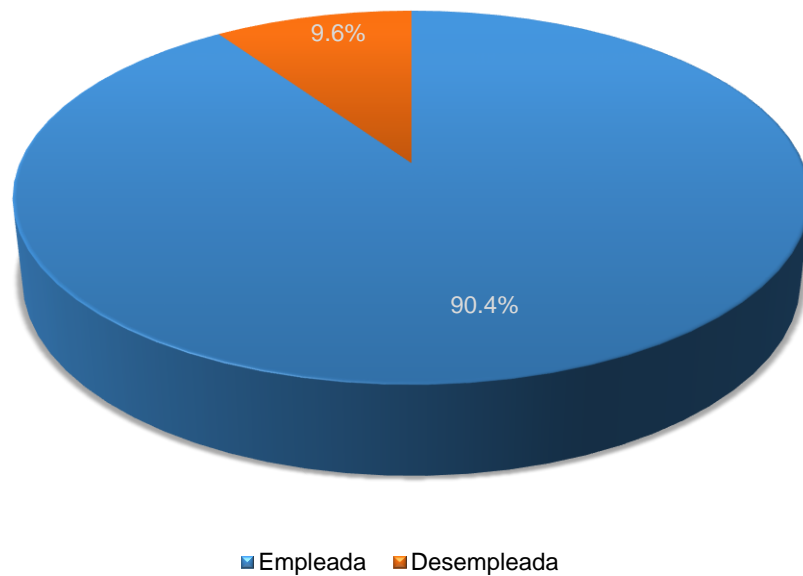
TABLA 4.

<b>Ocupación de pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.</b>		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleada	206	90.4
Desempleada	22	9.6
Total	228	100.0

Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 4.

**OCUPACIÓN DE PACIENTES CON OBESIDAD DEL H.G.Z. / U.M.F. NO. 8 I.M.S.S.**



Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

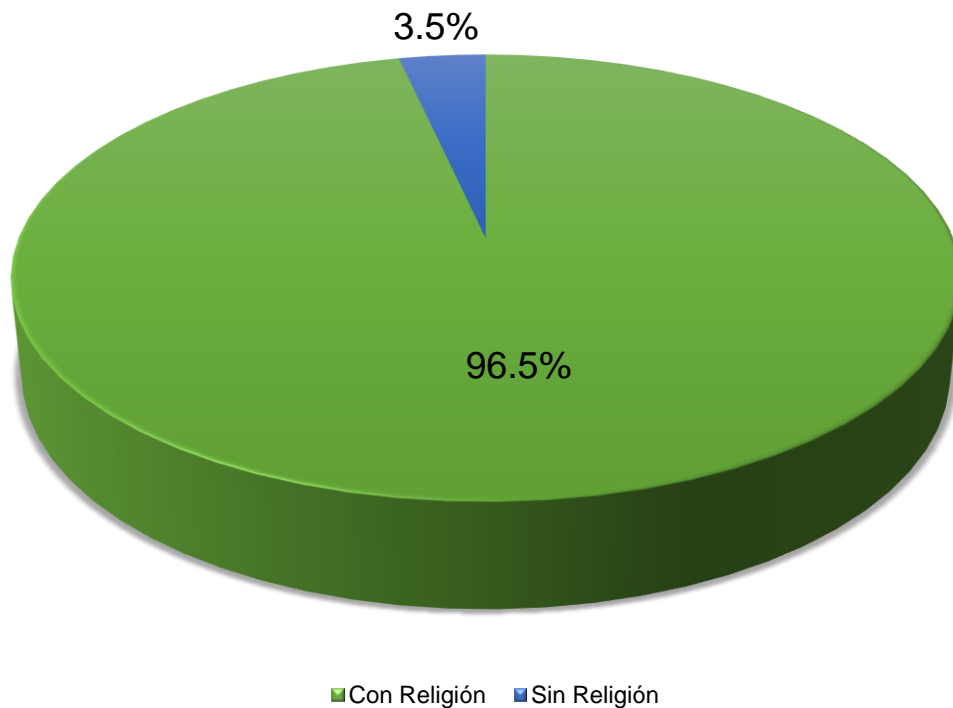
TABLA 5.

<b>Religión de pacientes con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.</b>		
Religión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Con Religión	220	96.5
Sin Religión	8	3.5
Total	228	100.0

Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 5.

**RELIGIÓN EN PACIENTES CON OBESIDAD DEL  
H.G.Z. / U.M.F. NO. 8 I.M.S.S.**



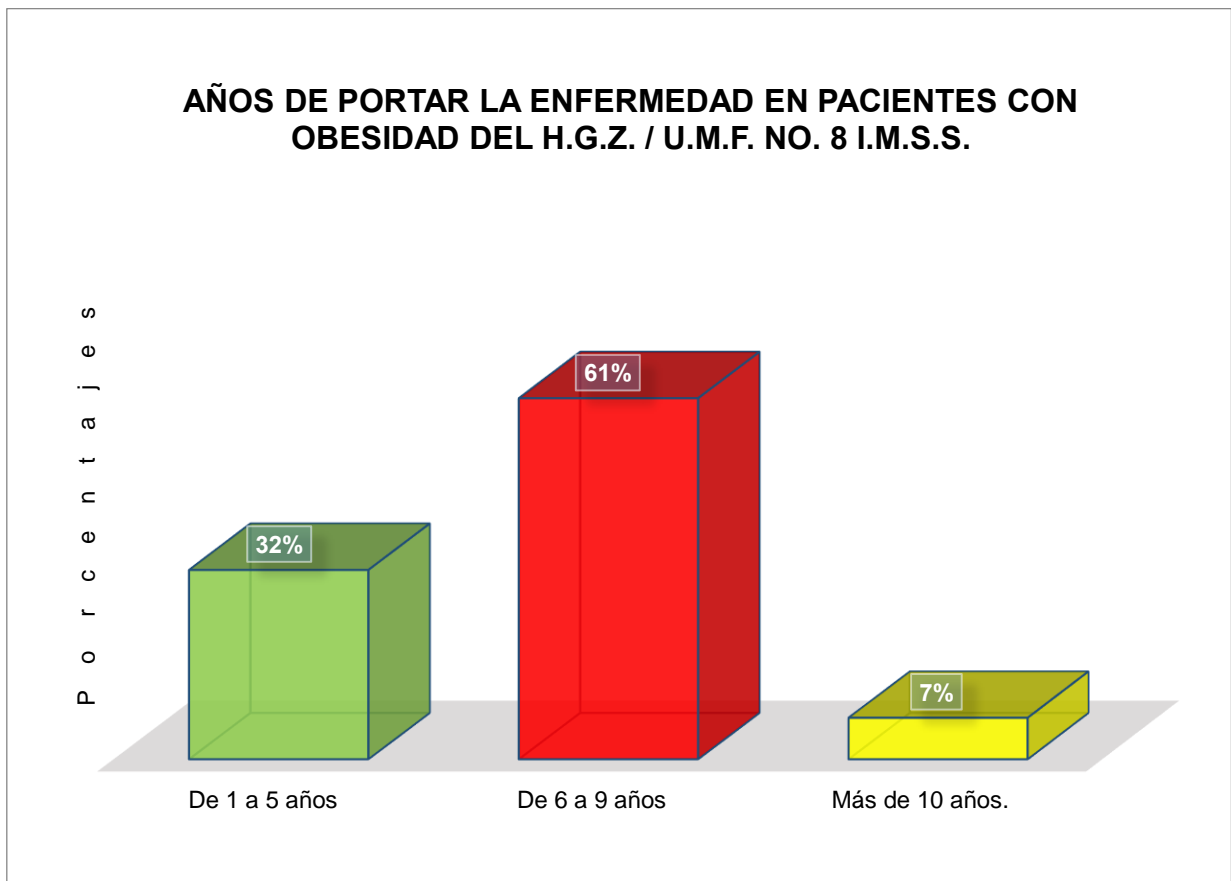
Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

TABLA 6.

Años de portar Obesidad en pacientes del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.		
Años de portar la enfermedad	Frecuencia	Porcentaje (%)
De 1 a 5 años	73	32
De 6 a 9 años	139	61
Más de 10 años.	16	7
Total	228	100.0

Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 6.



Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

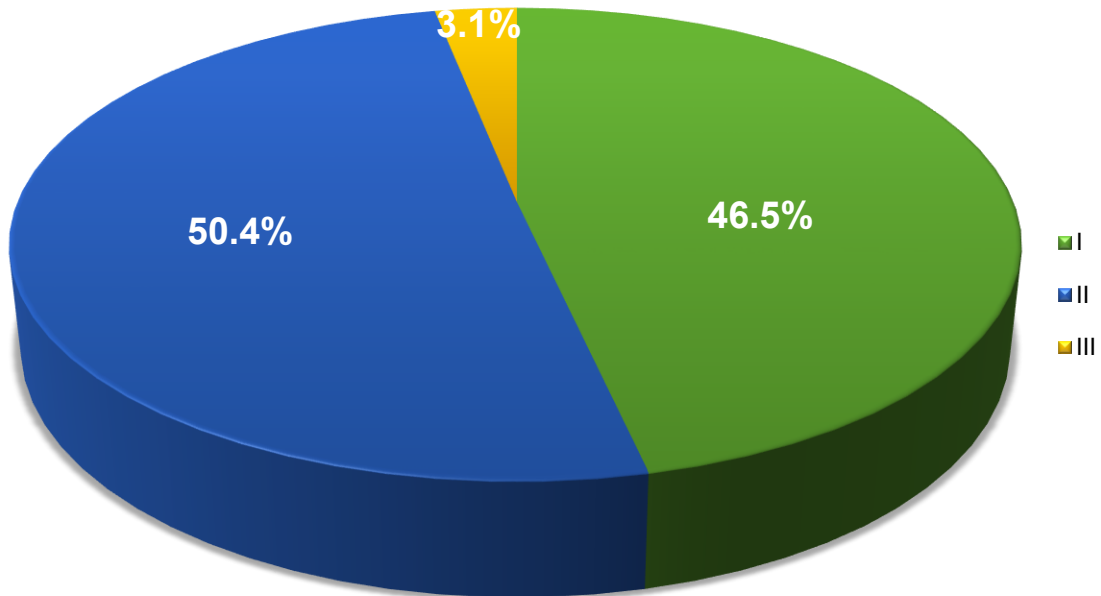
TABLA 7.

<b>Grado de Obesidad en pacientes con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.</b>		
Grado de Obesidad	Frecuencia	Porcentaje (%)
I	106	46.5
II	115	50.4
III	7	3.1
Total	228	100.0

Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 7.

**GRADO DE OBESIDAD EN PACIENTES DEL H.G.Z. / U.M.F. NO. 8 I.M.S.S.**



Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

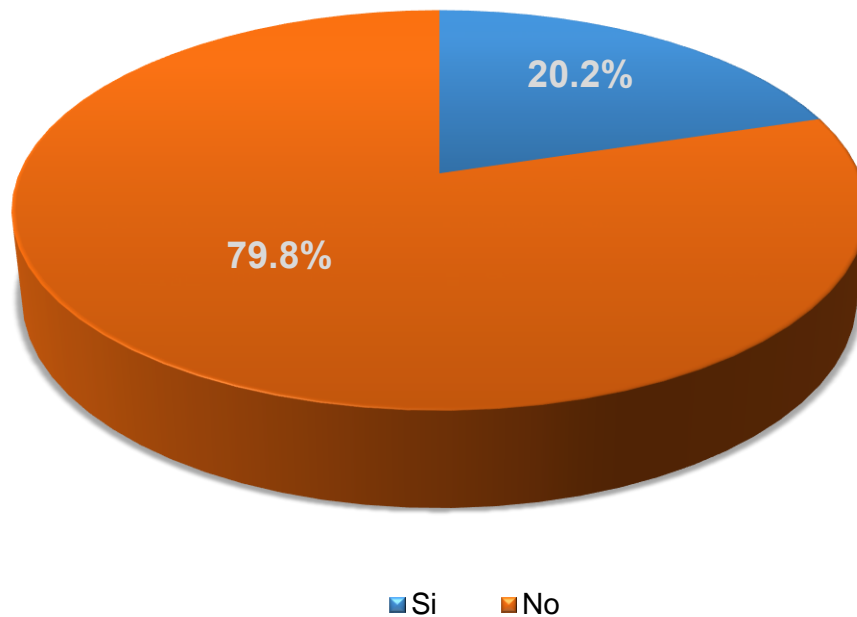
TABLA 8.

<b>TCA por Desinhibición en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.</b>		
DESHINIBICION	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	46	20.2
No	182	79.8
Total	228	100.0

Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 8.

**TCA POR DESINHIBICIÓN EN PACIENTES CON OBESIDAD DEL H.G.Z. / U.M.F. NO. 8 I.M.S.S.**



Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

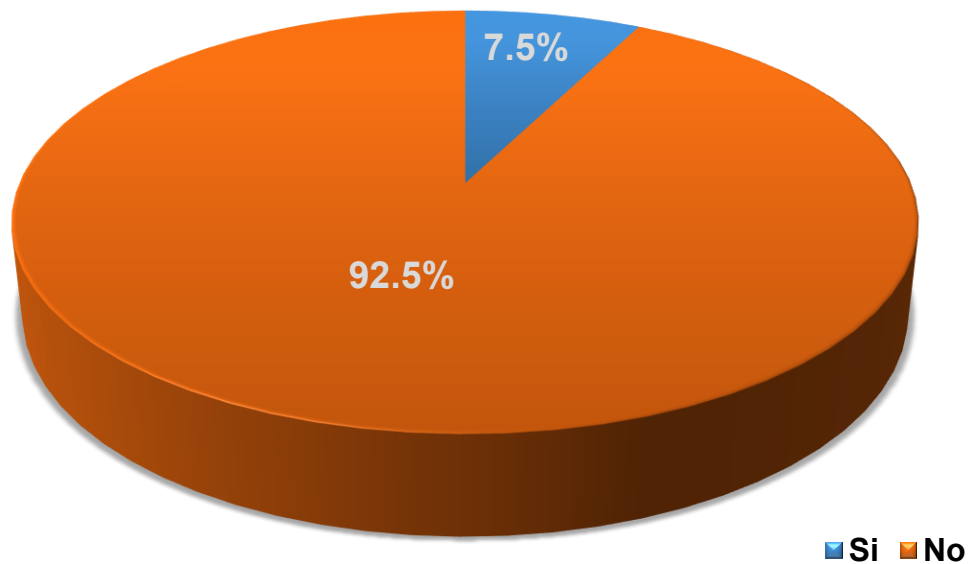
TABLA 9.

TCA por Restricción en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.		
RESTRICCIÓN	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	17	7.5
No	211	92.5
Total	228	100.0

Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 9.

**TCA POR RESTRICCIÓN EN PACIENTES CON OBESIDAD DEL H.G.Z. / U.M.F. NO. 8 I.M.S.S.**



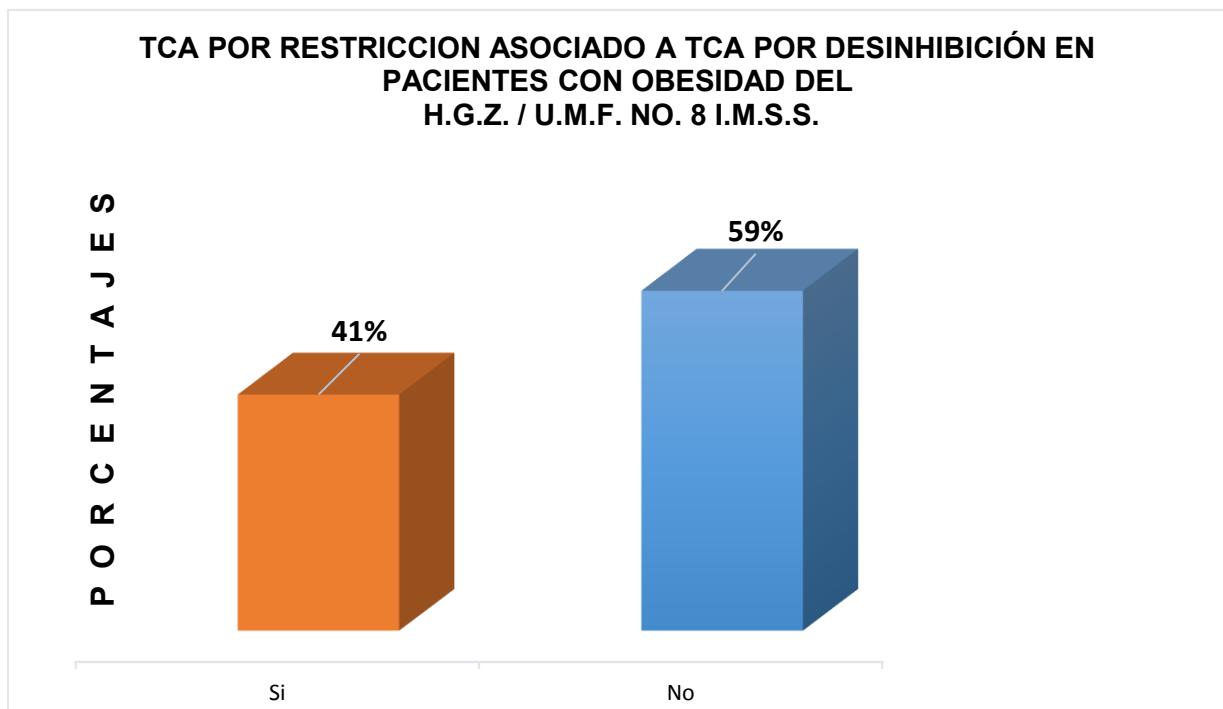
Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

TABLA 10.

<b>TCA por Restricción asociado a TCA por Desinhibición en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.</b>		
<b>RESTRICCIÓN</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
<b>DESINHIBICIÓN Si</b>	7	41
<b>DESINHIBICIÓN No</b>	10	59
<b>Total</b>	17	100.0

Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 10



Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017

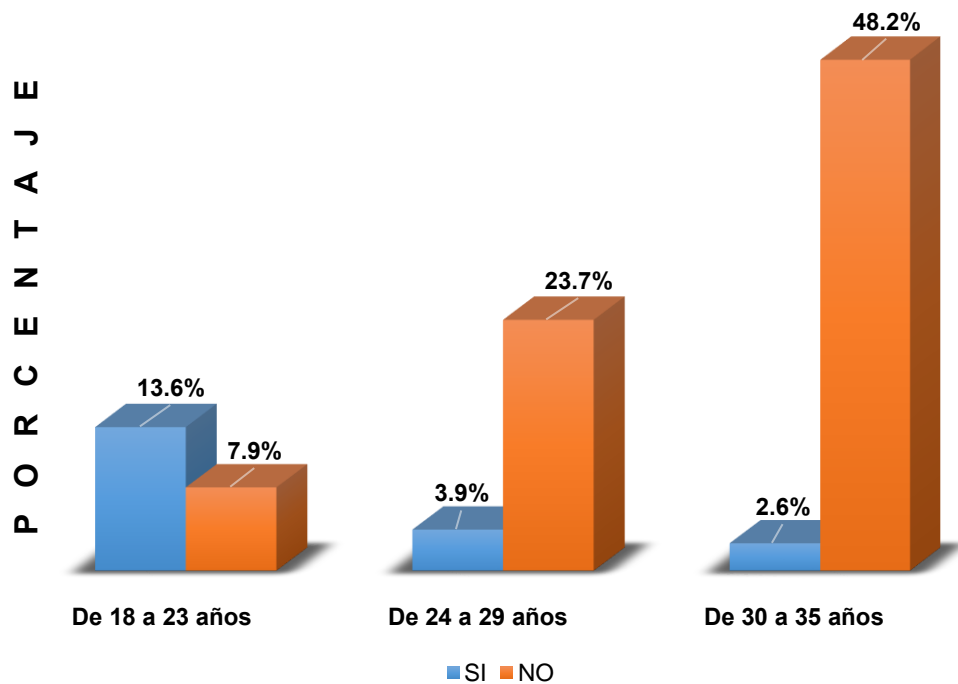
TABLA 11

Rangos de edad y TCA por Desinhibición en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.						
	DESINHIBICIÓN.					
	SI		NO		Total	
Rangos de Edad (años)	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
De 18 a 23 años	31	13.6	18	7.9	49	21.5
De 24 a 29 años	9	3.9	54	23.7	63	27.6
De 30 a 35 años	6	2.6	110	48.2	116	50.9
<b>Total</b>	46	20.2	182	79.8	228	100

Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 11

RANGOS DE EDAD Y TCA POR DESINHIBICIÓN EN PACIENTES CON OBESIDAD DEL H.G.Z. / U.M.F. NO. 8 I.M.S.S.



Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017

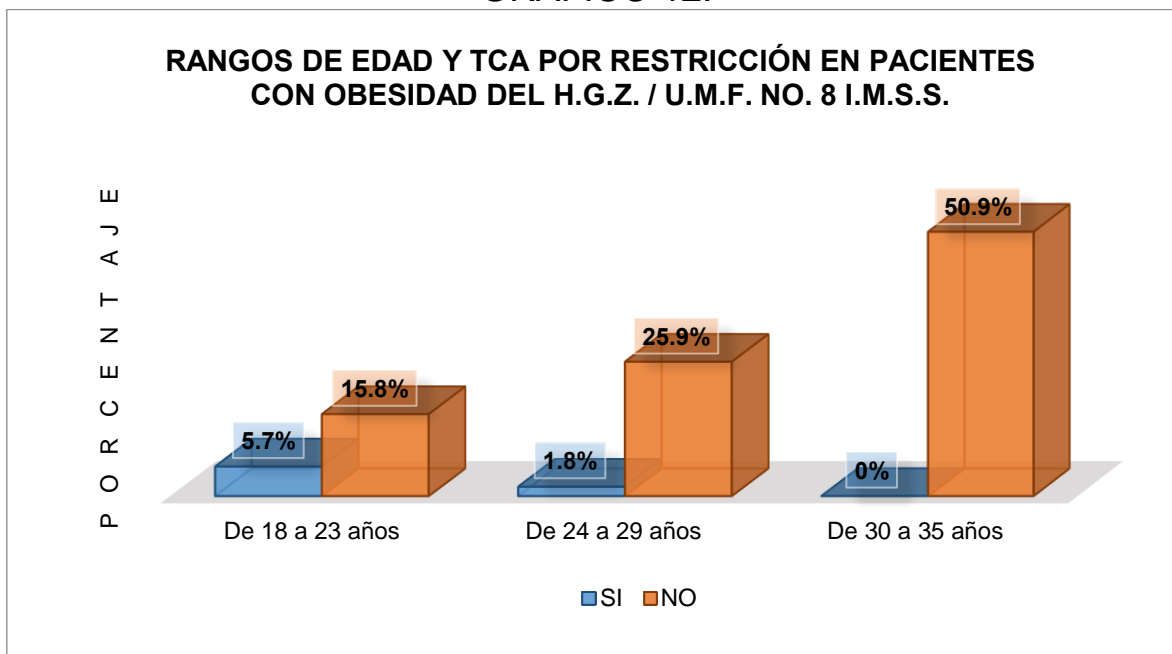


TABLA 12.

Rangos de edad y TCA por Restricción en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.						
	RESTRICCIÓN.					
	SI		NO		Total	
Rangos de Edad (años)	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
De 18 a 23 años	13	5.7	36	15.8	49	21.5
De 24 a 29 años	4	1.8	59	25.9	63	27.6
De 30 a 35 años	0	0	116	50.9	116	50.9
<b>Total</b>	17	7.5	211	92.5	228	100

Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 12.



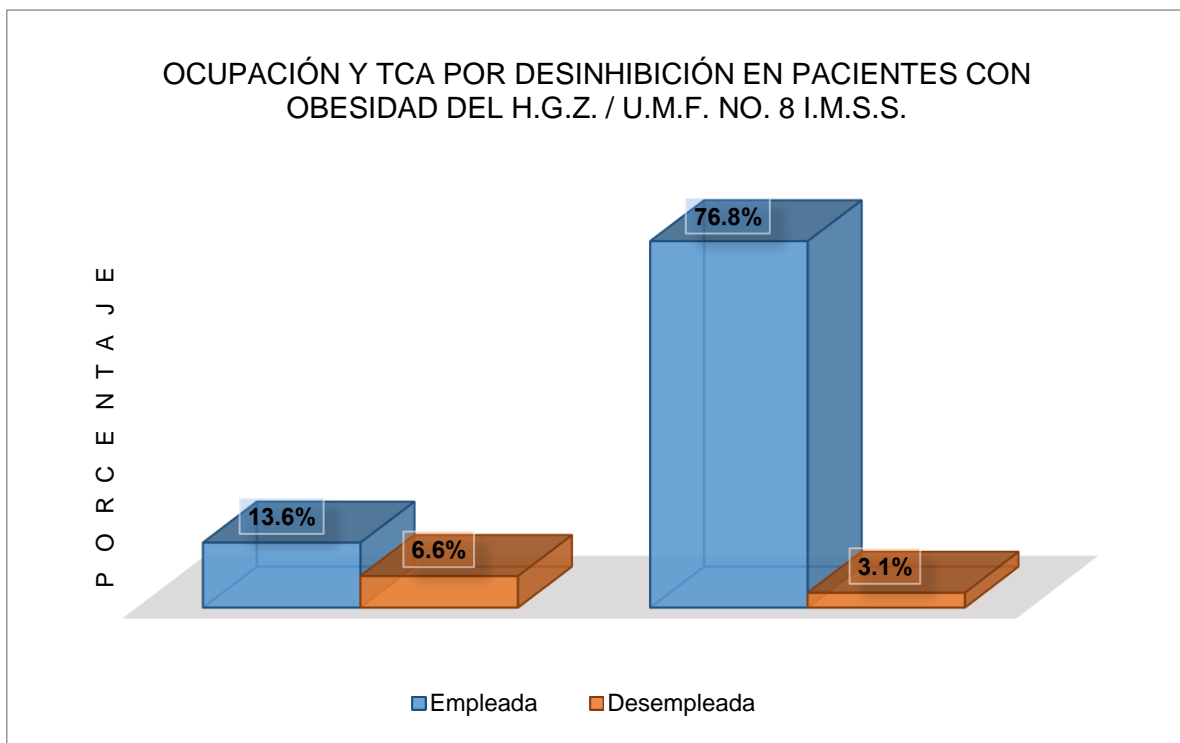
Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017

TABLA 13.

Ocupación y TCA por Desinhibición en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.						
	DESHINIBICION					
	SI		NO		Total	
Ocupación	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Empleada	31	13.6	175	76.8	206	90.4
Desempleada	15	6.6	7	3.1	22	9.6
Total	46	20.2	182	79.8	228	100

Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 13.



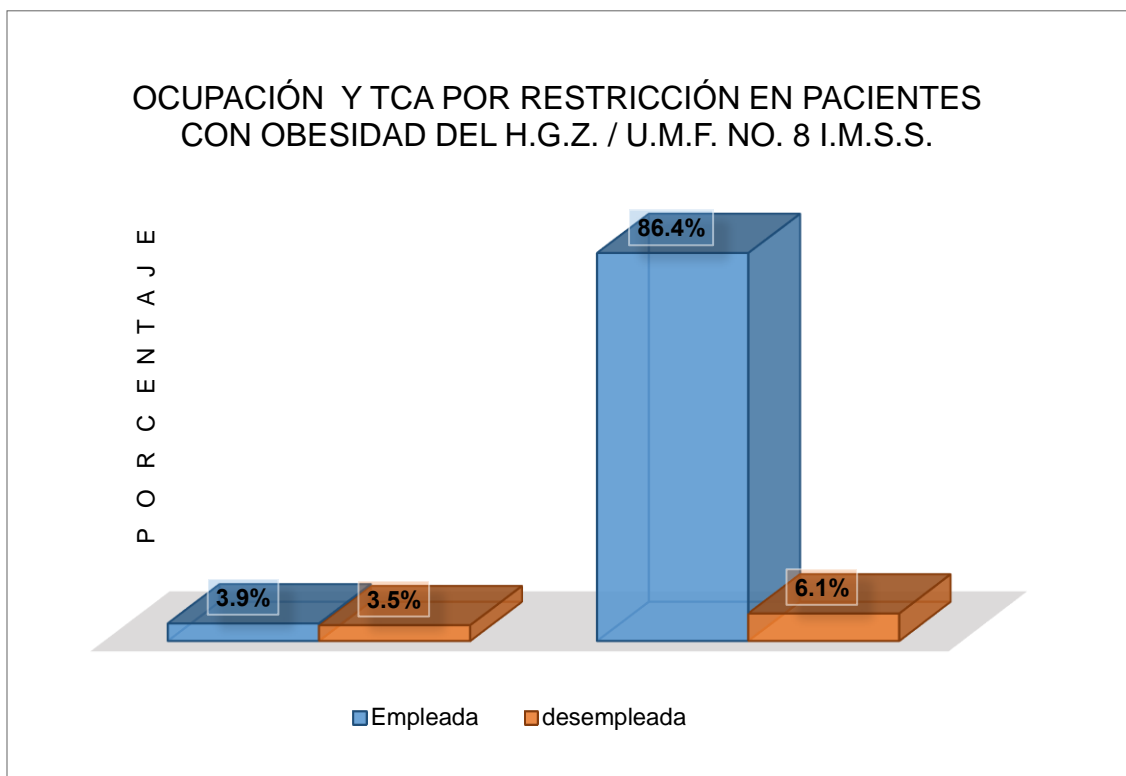
Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

TABLA 14.

Ocupación y TCA por Restricción en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.						
	RESTRICCIÓN.					
	SI		NO		Total	
Ocupación.	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Empleada</b>	9	3.9	197	86.4	206	90.4
<b>desempleada</b>	8	3.5	14	6.1	22	9.6
<b>Total</b>	17	7.5	211	92.5	228	100

Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 14



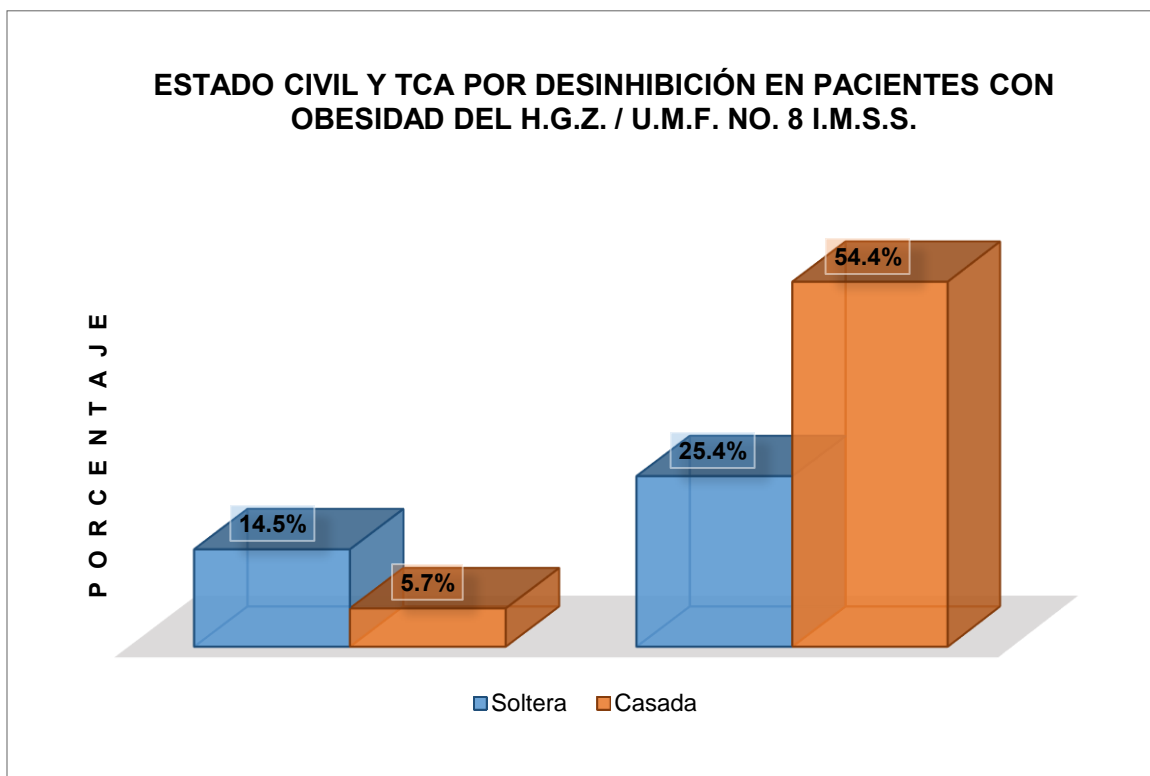
Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

TABLA 15.

Estado civil y TCA por Desinhibición en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.						
	DESINHIBICION.					
	SI		NO		Total	
Estado civil.	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Soltera</b>	33	14.5	58	25.4	91	39.9
<b>Casada</b>	13	5.7	124	54.4	137	60.1
<b>Total</b>	46	20.2	182	79.8	228	100

Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 15



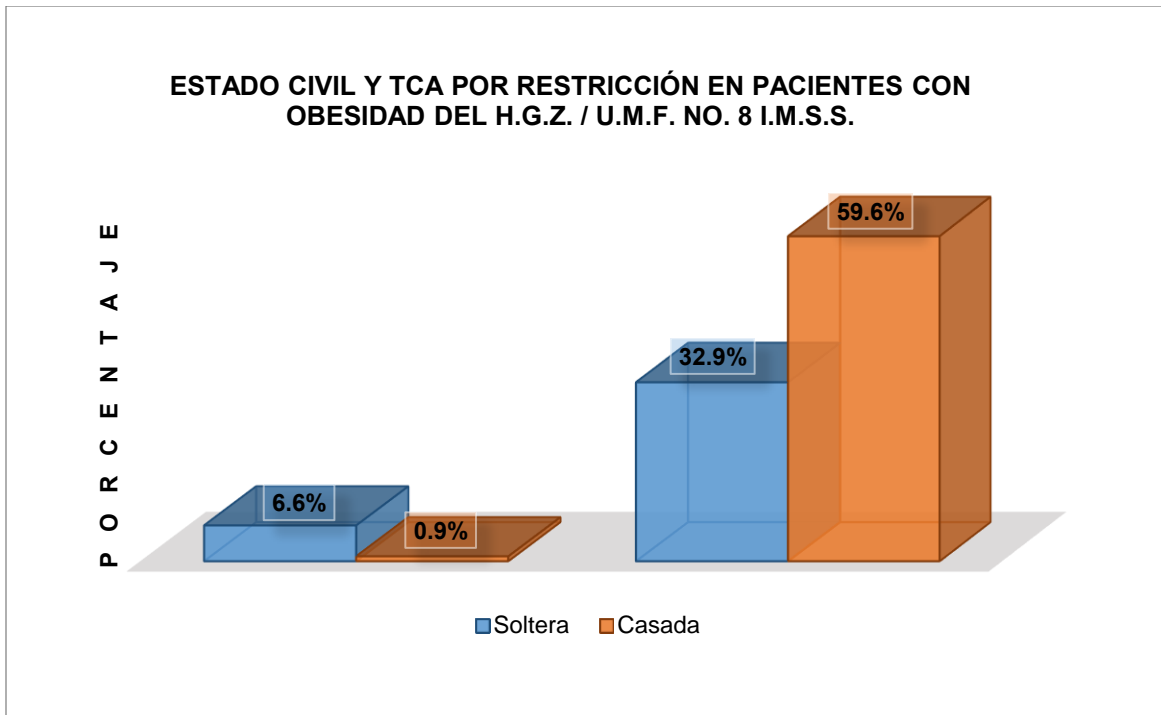
Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

TABLA 16

Estado civil y TCA por Restricción en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.						
	RESTRICCIÓN.					
	SI		NO		Total	
Estado civil.	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Soltera</b>	15	6.6	75	32.9	90	39.5
<b>Casada</b>	2	0.9	136	59.6	138	60.5
<b>Total</b>	17	20.2	211	79.8	228	100

Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 16.



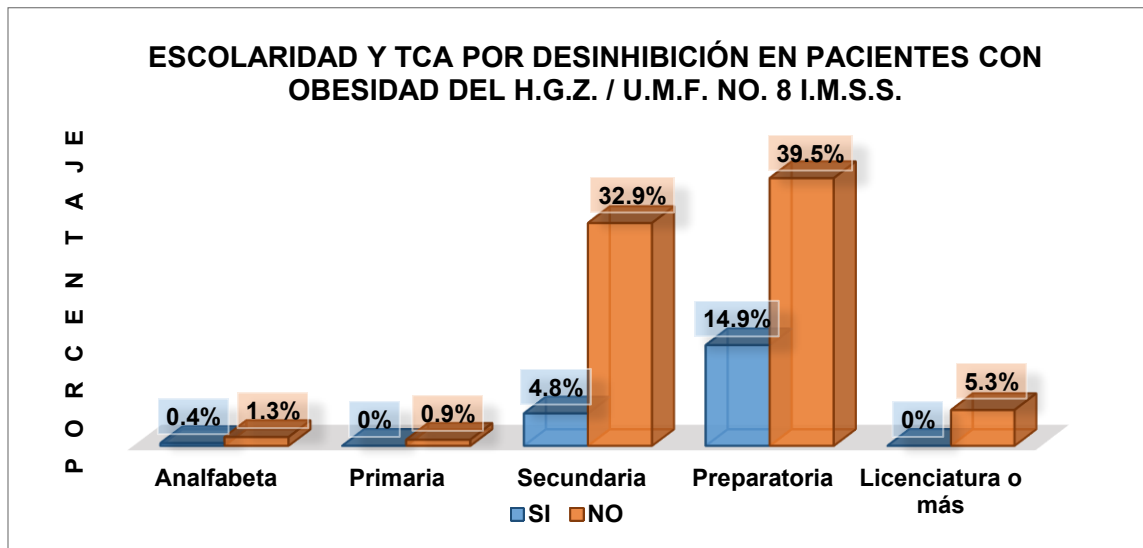
Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017

TABLA 17

Escolaridad y TCA por Desinhibición en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.						
	DESINHIBICIÓN.					
	SI		NO		Total	
Escolaridad	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Analfabeta	1	0.4	3	1.3	4	1.8
Primaria	0	0	2	0.9	2	0.9
Secundaria	11	4.8	75	32.9	86	37.7
Preparatoria	34	14.9	90	39.5	124	54.4
Licenciatura o más	0	0	12	5.3	12	5.3
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>7.5</b>	<b>211</b>	<b>92.5</b>	<b>228</b>	<b>100</b>

Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 17.



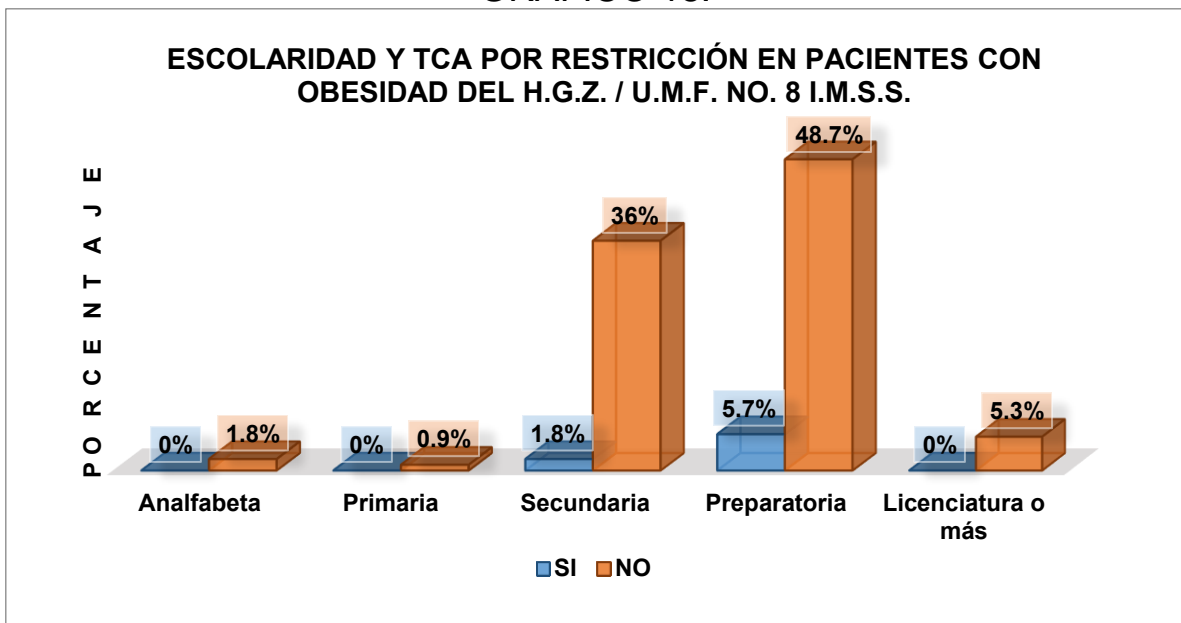
Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

TABLA 18

Escolaridad y TCA por Restricción en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.						
	RESTRICCIÓN.					
	SI		NO		Total	
Escolaridad	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Analfabeta	0	0	4	1.8	4	1.8
Primaria	0	0	2	0.9	2	0.9
Secundaria	4	1.8	82	36	86	37.7
Preparatoria	13	5.7	111	48.7	124	54.4
Licenciatura o más	0	0	12	5.3	12	5.3
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>7.5</b>	<b>211</b>	<b>92.5</b>	<b>228</b>	<b>100</b>

Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 18.



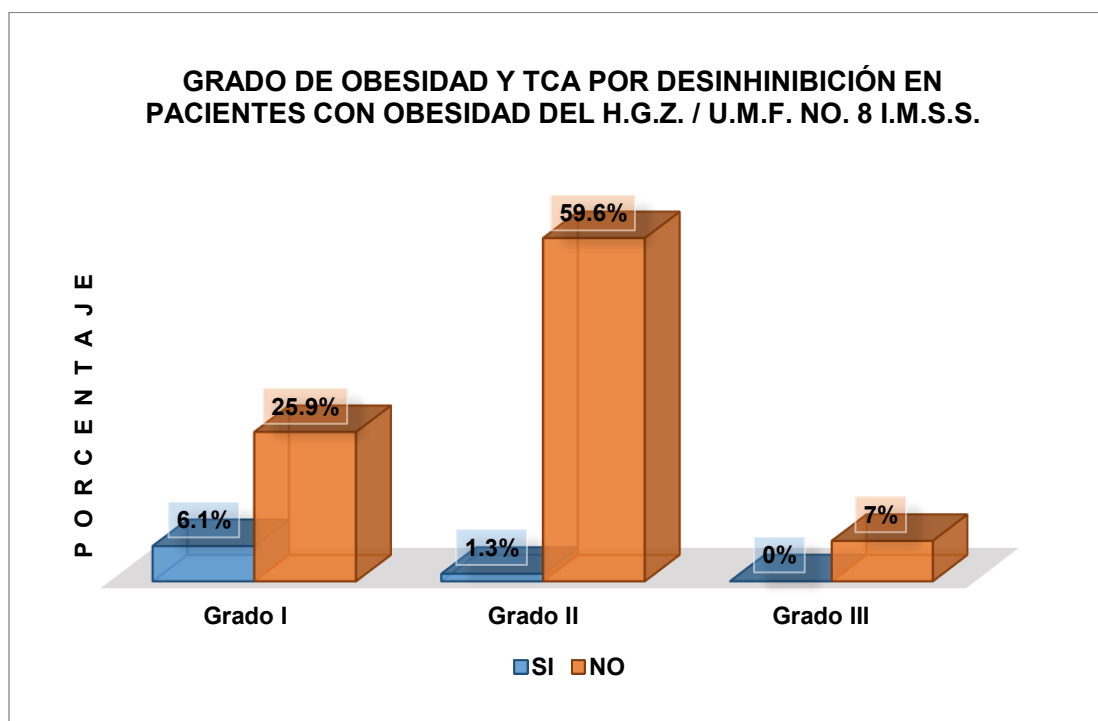
Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017

TABLA 19.

Grado de obesidad y TCA por Desinhibición en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.						
	DEINHIBICIÓN.					
	SI		NO		Total	
Grado de Obesidad.	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Grado I	26	11.4	80	35.1	106	46.5
Grado II	18	7.9	97	42.5	115	50.4
Grado III	2	0.9	5	2.2	7	3.1
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>20.2</b>	<b>182</b>	<b>79.8</b>	<b>228</b>	<b>100</b>

Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 19



Fuente: n=228 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro-F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

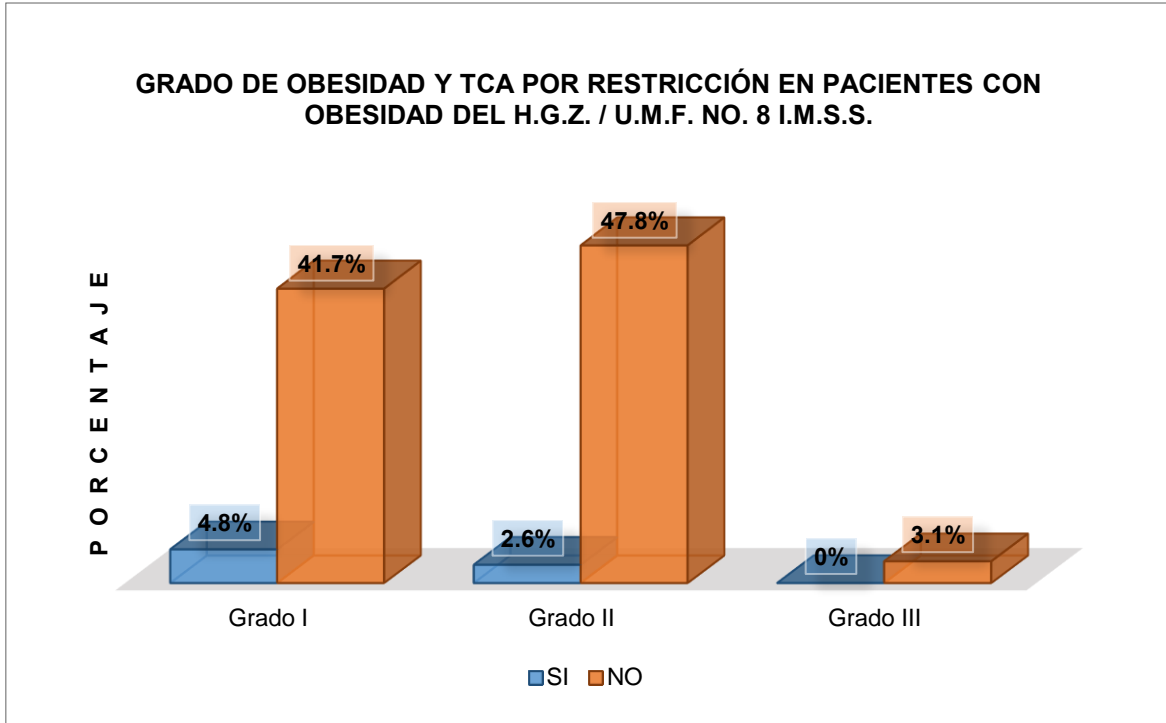


TABLA 20

Grado de obesidad y TCA por Restricción en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.						
	RESTRICCIÓN.					
	SI		NO		Total	
Grado de Obesidad.	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Grado I</b>	11	4.8	95	41.7	106	46.5
<b>Grado II</b>	6	2.6	109	47.8	115	50.4
<b>Grado III</b>	0	0	7	3.1	7	3.1
<b>Total</b>	17	7.5	211	92.5	228	100

Fuente: n=106 Ramírez-C A, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Toro F A, Transtornos de la conducta alimentaria en pacientes con Obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2017.

GRÁFICO 20



## DISCUSIÓN.

En 2013 el artículo “Alta frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria inespecíficos en personas obesas”, describió que un 36,2% presentaban conductas anómalas ante la comida o conocidos también como trastornos de la conducta alimentaria (A. Larrañaga Vidal y R. V. García-Mayor 2012) en tanto los datos generados por nuestro estudio arrojaron un 27.7% de pacientes. Esta diferencia puede explicarse debido a que en países con mayor poder adquisitivo, son personas con mayor acceso a información centrada en el cuerpo, ya sea a través de la televisión, los periódicos e internet; por lo tanto, experimentarían más presión para centrarse en su apariencia física y lograr el cuerpo ideal. Sumado a lo anterior, tendrían mayores recursos económicos para gastar en comidas dietéticas, medicamentos adelgazantes, máquinas para realizar ejercicio físico, entre otras técnicas para modificar el aspecto del cuerpo.

En el estudio “Factores predictores del atracón alimentario en una muestra comunitaria de mujeres mexicanas” (López-Aguilar, Mancilla-Díaz, et al 2012) se reporta que las mujeres con atracón alimentario, se caracterizaron por exhibir un grado de obesidad II, en nuestro estudio se encontró una similitud ya que el mayor número de casos con atracón alimentario mostraron un grado de obesidad II. Ambos estudios concuerdan debido a la similitud de la población a investigar, es decir fueron realizados en el D.F, con mujeres cuyos rasgos físicos son similares. Como sabemos la familia en nuestro país es el núcleo de formación de los hábitos alimentarios, pero además en la actualidad, la conducta alimentaria está determinada por diversos factores, algunos de los cuales no se relacionan directamente con los alimentos, como lo son aspectos sociales, económicos, publicitarios, culturales, los cuales comparten estas mujeres en estudio, explicando la concordancia de resultados.

Respecto a la conducta alimentaria que representa el menor porcentaje de casos, en el estudio “Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al IMC en una muestra de mujeres adultas de la ciudad de México” (Lora Cortez C. y Saucedo Molina T. 2014), obtuvieron solo un 5.5% de la población estudiada con restricción alimentaria o dieta restringida, nuestra población tiene un 7.5 % de pacientes con restricción alimentaria, la semejanza radica en la ya bien estudiada poca asociación de la obesidad con trastornos restrictivos, además de ambas ser poblaciones mexicanas con características físicas y sociales equiparables, como lo son la información procedente de los medios de comunicación que provocan confusiones, y conductas desfavorables para el mantenimiento de la salud.

En la investigación realizada por Juan A. Guisado y Francisco J. “Aspectos clínicos del trastorno por atracón o <<binge eating disorder>> (2010)”, la existencia de atracones en pacientes obesos fue identificado como un patrón distintivo de esta población en un 24 %, nuestro resultado arroja un 20.2%, coincidiendo en este aspecto lo que sustenta y apoya la asociación de obesidad con trastornos de la conducta alimentaria muchas veces subdiagnosticados e incluso no valorados como parte de un manejo integral en el tratamiento de la obesidad.

En el estudio reportado por Carpiello B, Corrias S, et al, “Psychiatric comorbidity and quality of life in obese patients (2012)”, reportaron que hay un mayor número de alteraciones del comportamiento alimentario especialmente en el grupo de mujeres jóvenes menores de 24 años, teniendo similitud con nuestro estudio donde el mayor número lo encontramos en el rango de 18 a 23 años, la similitud puede inferirse debido a que en este grupo de edad se le otorga una sobrevaloración a la delgadez, lo que representa una fuerte presión para alcanzar este ideal de belleza, que suele atribuirse positivamente al éxito, inteligencia, belleza y atractivo sexual.

Esta investigación logro identificar que en nuestra población de estudio: mujeres obesas de la consulta externa del HGZ/UMF 8, existen trastornos de la conducta alimentaria, con predominio de las alteraciones a nivel del factor conocido como desinhibición el cual condiciona al trastorno por atracón (TPA), esto con la utilización del cuestionario TEFQ adaptado para población mexicana. Lo anterior resulta relevante al contar en nuestro país con escasos estudios al respecto e incluso desconocimiento de instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario en pacientes obesos como por lo tanto TEFQ es una herramienta útil para valorar si las pacientes obesas junto a su padecimiento de origen multifactorial, tienen aunado un TCA ya que el tratamiento de la obesidad precisa un abordaje integral encaminado a la modificación de los hábitos y conductas relacionados con el control del peso.

Entre los alcances observados con el cuestionario TEFQ adaptado permitió que las pacientes de nuestra población comprendieran el cuestionario ya que la redacción de las preguntas se encuentran acorde al contexto de nuestro país, lo cual permite afirmar que TEFQ arroja resultados fiables, por tanto resulta de fácil aplicación y acceso en la consulta externa de primer contacto que permite detectar trastornos de la conducta alimentaria en pacientes obesos, como parte de un diagnóstico y manejo integral.

Dentro de las limitaciones en nuestro estudio, observamos que durante la selección de los pacientes de la investigación, únicamente se incluyeron aquellos que asistieron a la consulta externa H.G.Z./U.M.F. No 8, predominando en más del 95% los pacientes del turno matutino, imposibilitando el generalizar los resultados obtenidos y haciéndolos válidos únicamente al ser aplicados en nuestra población. De esta forma se plantea que en futuras investigaciones se incluyan a pacientes de ambos turnos y de otras unidades con el fin de hacer un estudio comparativo y sugiriendo así la realización de un estudio multicéntrico.

Otra limitación es que el cuestionario cuenta con una cantidad considerable de ítems lo cual requiere de un tiempo aproximado de 15 a 20 minutos, lo que en nuestro medio es poco práctico ya que el tiempo estimado de consulta es de 15 minutos, sin embargo ante datos de sospecha de un trastorno de la conducta alimentaria en un paciente específico podría otorgarse durante el tiempo de espera para de esta forma realizar un diagnóstico integral.

Una limitación más, es que nuestro estudio es descriptivo y transversal, lo cual solamente intenta analizar un fenómeno en un periodo de tiempo, por lo que no permite establecer relaciones causales entre variables, es decir, mide simultáneamente efecto (variable dependiente) y exposición (variable independiente), limitándose únicamente a medir la frecuencia en que se presenta un fenómeno.

En cuanto a los posibles sesgos es que no todas las pacientes contaban con un número determinado años de portar la enfermedad y que además resulta ser un parámetro muy subjetivo ya que en la mayoría de los casos es una percepción personal y no un antecedente médico específico, lo que puede resultar confuso al momento de determinar el rango de años de portar la enfermedad donde mayor número de casos de trastornos de la alimentación se encuentran.

A pesar de haberse realizado maniobras para evitar sesgos, el sesgo presente en esta investigación fue de selección debido a no incluir en los criterios de exclusión comorbilidades causantes de obesidad endógena y medicamentos que pueden promover la ganancia de peso, lo cual podría sesgar los resultados de nuestra investigación, ya que de inicio debería conocerse el control actual de la enfermedad y en el caso de del uso de medicamentos ver específicamente en cada paciente el impacto real que ha producido en su peso.

La aplicación práctica de los resultados en medicina familiar en eje asistencial, permitirá recalcar lo característico de la especialidad que es el manejo integral del paciente, lo cual actualmente se ha ido perdiendo y generando complicaciones, gastos elevados y aumento en las tasas de morbilidad y mortalidad.

En el aspecto educativo nuestro estudio aporta mayor conocimiento acerca de la obesidad y su asociación a trastornos de la conducta alimentaria y el impacto de la detección oportuna en el éxito del tratamiento integral. Permite modificar la educación del paciente en cuanto a la etiología multifactorial de su enfermedad, llevándolo a un adecuado empoderamiento sobre la misma con lo cual es de esperar mejores resultados en el control de la misma. Debemos generar estructuras didácticas que permitan a la familia y a las redes de apoyo ser partícipes.

Respecto al pilar de investigación el estudio será el principio para desarrollar futuras investigaciones con la finalidad de identificar trastornos de la conducta alimentaria en pacientes obesas y la respuesta al tratamiento, esto a través de estudios de casos y controles, que puedan determinar el impacto del tratamiento integral, donde se exponga a un grupo de pacientes a un manejo que incluya factores sociales, psiquiátricos y psicológicos, monitoreando los efectos de dicho manejo en el control de la enfermedad en nuestra población. Se espera que el presente estudio sea un parteaguas para la realización de futuros estudios en poblaciones específicas con mejores criterios de exclusión e incluya un mayor rango de edad, con el objetivo de obtener y mejorar los resultados logrados. Al existir poca información en la literatura nacional de este cuestionario, nuestro estudio aporta información útil de la aplicación y resultados del cuestionario, promoviendo su aplicación y comparación en estudios posteriores.

En el rubro de lo administrativo la presente investigación es de utilidad para la generación de programas preventivos en educación nutricional en niñas y adolescentes con el objetivo de la modificación de la conducta alimentaria hacia patrones saludables, así mismo el desarrollo de un programa de detección de TCA en adolescente y mujeres jóvenes donde se presenta el mayor número de casos.

El reconocimiento temprano permite otorgar un manejo acorde a las características específicas de cada paciente con obesidad y trastorno de la conducta alimentaria, previniendo de forma puntual la aparición de enfermedades cronicodegenerativas y sus complicaciones. Por otro lado, al abordar e incidir en el aspecto psicológico (terapia conductual) se disminuyen recaídas o fracasos a los tratamiento como lo son plan de alimentación, actividad física, farmacológico e incluso quirúrgico, en términos generales permite una detección oportuna, diagnóstico integral y manejo multidisciplinario que reduce los costos a corto, mediano y largo plazo.

El manejo multidisciplinario de este tipo de pacientes es importante y el saber derivar a tiempo desde un primer nivel de atención es una pieza clave. Derivar de forma oportuna a los servicios de nutrición, psiquiatría y endocrinología tiene como finalidad establecer en el paciente un mejor control en todas las esferas de su vida, condicionado un mejor desempeño a nivel social y laboral.

Nuestra investigación pretende lograr un impacto de forma positiva en el abordaje de la paciente con obesidad en la consulta externa de medicina familiar y nutrición, así como mejorar la calidad de vida de estas pacientes al actuar de forma temprana, integral y multidisciplinaria en el curso natural de su enfermedad, evitando así las complicaciones sistémicas a corto, mediano y largo plazo.

## CONCLUSIONES.

En la presente investigación se cumplió con el objetivo de estudiar los trastornos de la alimentación en pacientes obesas del H.G.Z. / U.M.F. No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, encontrando que de acuerdo al cuestionario TEFQ existe una asociación entre obesidad y alteración en el factor Desinhibición que condiciona al trastorno por atracón que de acuerdo a la literatura representa un rasgo común en esta población, mientras que el factor restricción alimentaria no represento un porcentaje significativo ni diferente comparado con población no obesa su importancia se establece cuando se encuentra asociado a alteraciones del factor desinhibición ya que las personas que hacen dieta restrictiva, regulan su alimentación por motivaciones psicológicas y se imponen una cuota para su consumo de alimento, de tal manera, que cuando transgreden estos límites tienden a la desinhibición de alimento (atracción) lo que condiciona de igual forma al trastorno por atracón.

Se observó que casi una tercera parte de las pacientes obesas tienen un trastorno de la conducta alimentaria con predominio de trastorno por atracón, reflejando la importancia de realizar la detección oportuna con el fin de llevar a cabo un manejo integral de la enfermedad. Con los resultados obtenidos en nuestro estudio, de acuerdo a las hipótesis planteadas con fines educativos, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, concluyéndose que existen trastornos de la alimentación en pacientes obesas que acuden a la consulta externa del H.G.Z. / U.M.F. No 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

Se tuvieron dificultades por el tiempo que requiere la realización de dicho cuestionario lo que reflejo inconformidad por algunas pacientes, manifestada como un cuestionario tardado y tedioso, pudiendo esto modificar su puntuación en el cuestionario.

Como se ha comentado en el presente estudio los trastornos de la conducta alimentaria tienen una asociación importante a la obesidad en nuestras pacientes, por lo que el cuestionario TEFQ resulta de ser una herramienta muy útil para valorar si las pacientes obesas aunado a su padecimiento de origen multifactorial, tienen asociado también un TCA.

Actualmente la obesidad es uno de los retos más importantes de la Salud Pública a nivel mundial debido a su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece. La obesidad, incrementa significativamente el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, la mortalidad prematura y el costo social de la salud. Nuestro país ocupa el segundo lugar de prevalencia mundial de obesidad en la población adulta siendo mayor en mujeres, por lo tanto, es necesario planear e implementar estrategias y líneas de acción costo efectivas, dirigidas a la prevención y control de dicha enfermedad, que permitan modificar el comportamiento individual, familiar y comunitario. Por lo que resulta primordial la detección de pacientes obesas con trastorno de la conducta alimentaria mediante la aplicación del TEFQ utilizado en nuestro estudio, con ello realizar un diagnóstico y manejo integral.

En nuestra investigación se observó que el mayor número de casos en nuestras pacientes se encontraba en el rango de edad 18 a 23 años, destacando en el ámbito social profesar alguna religión, el ser solteras, empleadas y con escolaridad media superior. Todo esto nos permite ver como es el comportamiento en la asociación de obesidad y trastornos de la conducta alimentaria y las características sociodemográficas en la población estudiada y con ello poder incidir de manera más oportuna, ante la sospecha diagnóstica en las pacientes que cuenten con un perfil similar, sin generalizar pero teniendo como referencia dichos datos encontrados en nuestro estudio.

Resaltamos la importancia de la participación conjunta con todas las disciplinas involucradas en el trato de las pacientes con obesidad, haciendo referencias oportunas a los servicios o especialidades necesarias para su atención.

Se debe fortalecer en cada consulta la relación médico paciente, con la finalidad de mejorar nuestra calidad de atención, lo cual lleva a una mayor confianza del paciente hacia el médico y por ende un conocimiento integral de sus afecciones, no sólo biológicas, sino psicosociales, demostrando una mayor empatía con el paciente y con esto asegurar un mejor éxito y apego al tratamiento.

Nuestra investigación es trascendente debido al gran número de pacientes con obesidad que se atienden en la consulta externa de medicina familiar. Es deber del médico especialista de Medicina Familiar el prevenir, tratar y referir de manera oportuna a los pacientes a un segundo nivel de atención de requerirlo. Como especialistas en primer nivel de atención debemos ver al paciente de forma holística, ya que el tratamiento de la obesidad precisa un abordaje integral encaminado a la modificación de los hábitos y conductas relacionados con el control del peso.



## BIBLIOGRAFÍA

1. Barrera CA, Rodríguez GA, Molina AM. Escenario actual de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.*, 2013; 51(3): 292–295.
2. Barquera CS, Campos I, Hernández L, Pedroza A, Rivera J. Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012. *Salud Pública Mex.* 2013; 55(Supl 2):S151-S160.
3. Barquera CS, Rivera DJ, Campos NI, Hernández BL, Santos BZ, Duran VE et al. Acuerdo Nacional Para la Salud Alimentaria. Estrategia Contra el Sobrepeso y la Obesidad, Gobierno Federal, Secretaría de Salud. Primera Edición, Enero 2010. [http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/ANSA\\_acuerdo\\_original.pdf](http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/ANSA_acuerdo_original.pdf).
4. Dávila TJ, González IJ, Barrera CA. Panorama de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2015; 53(2):240-249.
5. Barrera A, Rodríguez A, Molina MA. Escenario actual de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2013; 51(3):292-99.
6. Villa AR, Escobedo M, Méndez-Sánchez M. Estimación y proyección de la prevalencia de obesidad en México a través de la mortalidad por enfermedades asociadas. *Gac Méd Méx.* 2014; 140:21-26.
7. Gutiérrez JP, Rivera J, Shamah T, Villalpando S, Franco A, Cuevas L, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
8. Verdalet OM. La obesidad: un problema de salud pública. La ciencia y el hombre *Rev. Mex. de trastor. aliment.* 2011; 24(3):220-222.
9. Mestas L, Gordill F, Arana JM, Salvador J. Síntesis y nuevas aportaciones para el estudio de la obesidad. *Rev Mex Tras Alim.* 2012; 3: 99-105.
10. OMS. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva no. 311. Junio 2016. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.htm>.
11. Tejeda AR, Neyra MJ. La alimentación familiar. Influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Mex Trast Alim.* 2015; (22): 2352-2381.
12. Sánchez BJ, Pontes TY. Influencia de las emociones en la ingesta y control de peso. *Nutr. Hosp;* 2012; 27(6): 2148-2150.
13. Dallman F. Stress-induced obesity and the emotional nervous system. *Trends in Endocrinology & Metabolism,* 2010; 21(3): 159-165.

14. Moore J. y Cunningham A. Social Position, Psychological Stress, and Obesity: A Systematic Review. *Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics*, 2012; 112(4): 518-526.
15. Osorio J, Weisstaub G, Castillo C. Desarrollo de la conducta alimentaria en la infancia y sus alteraciones. *Rev Chil Nutr* 2012; 29: 280-285.
16. Behar A. Funcionamiento psicosocial en los trastornos de la conducta alimentaria: Ansiedad social, alexitimia y falta de asertividad. *Rev. Mex. de Trast. Alim* [online] 2010; 1(2): 217-223.
17. Casas, F. Infancia y representaciones sociales. *Annual Review of Sociology*, 2010; 43(1): 27-42.
18. Castro P, Bellido S. Utilización de test y cuestionarios en la investigación de la conducta alimentaria en pacientes con normopeso y exceso de peso corporal. *Rev Esp. Obes.* 2010; 4: 338-345.
19. Portela ML, Ribeiro J, Costa H, Mora GM, Raich RM. La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia; una revisión. *Rev.Nutr. Hosp* 2012.; 27(2): 391-401.
20. Behar AR. Relación entre los trastornos de la conducta alimentaria y los trastornos afectivos: una revisión de la evidencia. *Trastornos del ánimo*, 2014; 2 (1): 44-53.
21. Martin CI, Dovey TM, Arcelus J. Trastornos de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez: Una revisión. *Rev. Mex. Tras. Alim* 2012; 3 (2): 89-98.
22. Sánchez SV, Fornons FD, Aguilar MA., Vaqué CC, Villarroel MR. Evolución de los conocimientos acerca de los trastornos del comportamiento alimentario, a través de una intervención educativa en estudiantes de enseñanza post-obligatoria. *Nutricion Clinica y Dietetica Hospitalaria* 2015; 35 (1): 35-36.
23. Méndez JP, Vázquez VV, García GE. Los trastornos de la conducta alimentaria. *Eating disorders. Bol Med Hosp Infant Mex* 2014; 65: 583-584.
24. Contreras RS, González Z. Estudio y análisis de los trastornos del comportamiento alimentario a través de las revistas científicas. Revisión bibliográfica de 2004 a 2008. *Revista electrónica de Psicología Iztacala* 2010; 13 (1): 97-120.
25. Stunkard AJ, y Messick S. The Three-Factor eating questionnaire (TFEQ) or Eating inventory. En J. Rush, M.B. First, & D. Blacker (Eds.), *Handbook of psychiatric measures* 1985; 2: 631-633.
26. Franco PK, Alvarez RG, Elena Ramírez RR. Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: Una revisión de la literatura. *Rev Mex de Trast Alim* 2011; 2:148-164.

27. Karlson J, Persson LO, Sjoström L, Sullivan M. Psychometric properties and factor structure of the Three-Factor Eating Questionnaire (TFEQ) in obese men and women. *J Obes Relat Metab Disord*. 2000; 24: 1715-25.
28. López X. Propiedades psicométricas del Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ). *Rev. Mex. de trastr. alim*. 2011; 2 (1): 24-32.
29. Unikel C, Gómez G. Validez de constructo de un instrumento para la detección de factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria en mujeres mexicanas. *Rev Salud mental*. 2011; 27 Supl 1:38-39.
30. Cruzat C, Díaz F, Kirszman D, Aspillaga C, Rosa Behar R. Cambio terapéutico en el tratamiento de los trastornos alimentarios: Contenidos, factores facilitadores y obstaculizadores. *Rev. Mex. de trast. Ali*. 2010; 1 (2): 102-115.

# **ANEXOS**

## **ANEXO 1.**

**Cuestionario utilizado para evaluar la conducta alimentaria.**

**Cuestionario de Alimentación de Tres Factores, TEFQ.**

<b>Objetivo.</b>	<b>Identificar patrones de conducta alimentaria actual según las prácticas de alimentación del sujeto.</b>
<b>Aplicación.</b>	<b>Desarrollado inicialmente en adultos en un cuestionario de 51 preguntas (Sturkand y messick 1985).</b>
<b>Dimensiones de conducta medidas.</b>	<b>Restricción cognitiva, alimentación emocional y alimentación sin control.</b>

**ELABORÓ. DRA. RAMÍREZ CRUZ ARACELI.**

## ANEXO 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

H.G.Z/ U.M.F NO. 8

“DR. GIBERTO FLORES IZQUIERDO”



### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**Instrucciones.** El investigador registrará la somatometría obtenida (Peso, talla e índice de masa corporal). Lea cuidadosamente y marque con una X en cada paréntesis la opción que considere correcta. La información que proporcione será utilizada para fines de investigación y con carácter anónimo.

Edad	1. 18 A 23 años ( ) 2. 24 A 29 años ( ) 3. 30 A 35 años ( )	Ocupación	1. Empleada ( ) 2. Desempleada ( )
Talla	_____m	Religión	1. Con religión ( ) 2. Sin religión ( )
Peso	_____kg	Escolaridad	1. Analfabeta ( ) 2. Primaria ( ) 3. Secundaria ( ) 4. Preparatoria ( ) 5. Licenciatura ( ) 6. Posgrado ( )
Índice de masa corporal e IMC	_____ kg/ m <sup>2</sup>		
Estado civil	1. Soltera ( ) 2. Casada ( ) 3. Divorciada ( ) 4. Viuda ( ) 5. Unión libre ( )		
Años de portar la enfermedad		Rango de años portar la enfermedad	1. De 1 a 5 años ( ) 2. De 6 a 9 años ( ) 3. Más de 10 años ( )

## Cuestionario de Tres Factores de la Alimentación (TFEQ).

### PARTE 1: DESINHIBICION

1. ¿Continúas atracándote aunque no estés hambrienta?					
1. Nunca.	2. Raramente.	3. Algunas veces.	4. Por lo menos una vez por semana.		
2. Algunas veces cuando empiezo a comer parece que no puedo parar				V	F
3. Estoy siempre tan hambrienta que me es difícil parar de comer antes que he acabado la comida del plato				V	F
4. Me Pongo tan hambrienta que mi estómago a menudo parece un pozo sin fondo.				V	F
5. ¿Con que frecuencia sientes hambre?					
1. Solo en las comidas.	2. Algunas veces entre comidas	3. Frecuentemente entre comidas.	4. Casi siempre		
6. Cuando me siento ansiosa, me encuentro a mí misma comiendo				V	F
7. ¿Tienes sentimientos de culpa por atracarte porque no pudiste controlar tu ingestión?					
1. Nunca.	2. Raramente.	3. A menudo.	4. Siempre.		
8. Cuando me siento sola, me consuelo comiendo.				V	F
9. Habitualmente estoy tan hambrienta que como más de tres veces al día.				V	F
10. ¿En qué medida esta frase describe tu conducta alimentaria? "Comienzo a hacer dieta por la mañana, pero debido a la cantidad de cosas que pasan durante el día, por la noche me rindo y como lo que quiero, prometiéndome recomenzar la dieta "mañana".					
1. No se me	2. Se me aplica algo	3. Bastante buena descripción de mí.	4. me describe perfectamente		
11. Hacer dieta es demasiado duro para mí porque me pongo demasiada hambrienta.				V	F
12. Cuando estoy con alguien que se está atracando, me suelo atracar yo también.				V	F
13. Estar con alguien que está comiendo a menudo me pone bastante hambrienta como para comer yo también.				V	F
14. Estoy siempre lo bastante hambrienta como para comer en cualquier momento.				V	F
15. Cuando me siento triste, frecuentemente me excedo comiendo.				V	F
16. Ya que estoy frecuentemente hambrienta, a veces desearía que mientras como, un experto me dijera que ya he tenido bastante o que puedo comer alguna cosa más				V	F
17. ¿Comes normalmente enfrente de otros y a solas te atracas de comida?					
1. Nunca.	2. Raramente.	3. A menudo.	4. Siempre		
18. A me nudo me siento tan hambrienta que tengo que comer algo.				V	F
19. Algunas veces me pongo muy hambrienta al final de la tarde o por la noche.				V	F
20. Cuando estoy a dieta, si como alimentos no permitidos, a menudo me descuido y como otros alimentos altos en calorías.				V	F
21. A veces hay cosas que saben tan bien que continúo comiendo aun cuando ya no estoy hambrienta.				V	F
22. Cuando veo un verdadero manjar, a menudo tengo que comérmelo inmediatamente.				V	F
23. ¿Qué tan difícil sería para ti parar de comer a media cena y no comer durante las próximas cuatro horas?				V	F
1. Fácil.	2. Levemente difícil.	3. Moderadamente difícil	4. Muy difícil.		
24. Cuando huelo un bistec o veo un jugoso trozo de carne, encuentro muy difícil abstenerme de comer, incluso si he acabado de hacer una comida.				V	F
25. Habitualmente como demasiado en situaciones sociales, como fiestas o "picnics".				V	F

## PARTE II: RESTRICCIÓN ALIMENTARIA

26. ¿Con qué frecuencia evitas abstenerte de comidas tentadoras?					
1. Casi nunca	2. Rara vez.	3. habitualmente.	4. Casi siempre.		
27. ¿Qué tan propensa eres a comprar alimentos bajos en calorías?					
1. No soy propensa.	2. Levemente propensa	3. Moderadamente propensa.	4. Muy propensa.		
28. Calculo las calorías como un medio consciente de controlar el peso.				V	F
29. No como algunos alimentos porque me engordan.				V	F
30. Conscientemente me reprimo en las comidas para no ganar peso.				V	F
31. ¿Qué tan propensa(o) eres a comer lentamente para reducir la cantidad de comida que comes?					
1. No soy propensa.	2. Levemente propensa.	3. Moderadamente propensa.	4. Muy propensa.		
32. Tomo pequeñas raciones deliberadamente como método para controlar mi peso.				V	F
33. ¿Qué tan propensa(o) eres a comer intencionalmente menos cuando tú quieres?					
1. No soy propensa.	2. Levemente propensa.	3. Moderadamente propensa.	4. Muy propensa		
34. ¿Con qué frecuencia haces dieta en un esfuerzo consciente de controlar tu peso?					
1. Raramente.	2. Algunas veces	3. Habitualmente.	4. Siempre.		
35. Mientras estoy a dieta, si ingiero comidas que no me están permitidas, conscientemente como menos durante un periodo de tiempo para compensarlo.				V	F
36. Como todo lo que quiero y cuando quiero.				V	F
37. Frecuentemente paro de comer cuando no estoy realmente llena como un medio consciente de limitar la cantidad de comida que como.				V	F
38. ¿Con qué frecuencia te saltas postres porque no estás más hambrienta?					
1. Casi nunca.	2. Rara vez.	3. Por lo menos una vez por semana.	4. Casi cada día.		
39. Pongo mucha atención en los cambios de mi figura.				V	F
40. ¿Qué tan consciente eres de lo que estás comiendo?					
1. Nada	2. Levemente.	3. Moderadamente.	4. Extremadamente.		

ELABORÓ: DRA RAMIREZ CRUZ ARACELI.





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: "EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN LAS PACIENTES CON OBESIDAD DE LA CONSULTA EXTERNA DEL H.G.Z./U.M.F. NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha: México D.F. a Septiembre 2016

Número de registro: En trámite

Justificación y objetivo del estudio: La obesidad en nuestro país es un problema grave de salud pública, ocupando el segundo lugar después de EU, y de acuerdo a la ENSANUT la prevalencia, pasó de 71.9 en 2006 a 73% en 2012, en el caso de mujeres de más de 20 años, por lo que identificar los comportamientos o conductas alimentarias de la población es fundamental para establecer las estrategias y herramientas pertinentes para promover el cambio de las prácticas inadecuadas y/o tratamiento de los trastornos alimentarios si así se requiere. El objetivo del estudio es determinar el comportamiento alimentario en las pacientes con obesidad del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" que acuden a la consulta externa del servicio de medicina familiar, mediante la aplicación del cuestionario TEFQ.

Procedimientos: Se aplicara el cuestionario TEFQ

Posibles riesgos y molestias: El presente estudio es de tipo descriptivo por lo que no existen riesgos

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Conocer el comportamiento alimentario en pacientes obesas.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables, por lo tanto solo se informara en caso de datos relevantes

Participación o retiro: Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto

Privacidad y confidencialidad: El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial.

En caso de colección de material biológico (si 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):

Beneficios al término del estudio:

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

Investigador Responsable: Dr. Eduardo Vilchis Chaparro Profesor Titular MF del HGZ/UMF#8 Matricula 99377278 Cel. 5520671563 Fax: No Fax  
Correo: [eduardo.vilchisch@imss.gob.mx](mailto:eduardo.vilchisch@imss.gob.mx) Matricula 99377278

Colaboradores: Dr. Gilberto Espinoza Anrubio CCEIS HGZ/UMF#8 Matricula 99374232 Cel. 5535143649 Fax: No fax  
Correo: [gilberto.espinozaa@imss.gob.mx](mailto:gilberto.espinozaa@imss.gob.mx), Matricula 99374232  
Dra. Ana Gloria Toro Fontanell asesor clínico Médico familiar. Adscrito a la CE de Medicina Familiar TM del HGZ/UMF 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Matricula: 993779059 Teléfono: 55506422 ext. 28235 Fax: No Fax Email: [anafontanell@hotmail.com](mailto:anafontanell@hotmail.com)  
Dra. Araceli Ramírez Cruz Médico Residente MF HGZ/UMF#8 Matricula: 98378395 Cel.: 5567912400 Fax: No fax Correo: [Araceli\\_12002@yahoo.com](mailto:Araceli_12002@yahoo.com)

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](mailto: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 4

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
 DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL  
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICA, HGZ/UMF No8  
 EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TITULO DEL PROYECTO:

**“EVALUACIÓN DEL COMPORTAMIENTO ALIMENTARIO EN LAS PACIENTES CON  
 OBESIDAD DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HGZ/UMF No 8 DR. GILBERTO  
 FLORES IZQUIERDO”**

FECHA	MAR 2015	ABR 2015	MAY 2015	JUN 2015	JUL 2015	AGO 2015	SEP 2015	OCT 2015	NOV 2015	DIC 2015	ENE 2016	FEB 2016
TITULO	X											
ANTECEDENTES		X										
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA			X									
OBJETIVOS				X								
HIPÓTESIS					X							
PROPÓSITOS						X						
DISEÑO METODOLÓGICO								X				
ANÁLISIS ESTADÍSTICO											X	
CONSIDERACIONES ÉTICAS											X	
RECURSOS											X	
BIBLIOGRAFÍA											X	
ASPECTOS GENERALES												X
ACEPTACIÓN												X

**Elaboró: Ramírez Cruz Araceli**

**ANEXO 5**  
**CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES**

**2016-2017**

FECHA	MAR 2016	ABR 2016	MAY 2016	JUN 2016	JUL 2016	AGO 2016	SEP 2016	OCT 2016	NOV 2016	DIC 2016	ENE 2017	FEB 2017
PRUEBA PILOTO	X											
ETAPA DE EJECUCIÓN DEL PROYECTO	X											
RECOLECCIÓN DE DATOS		X	X	X	X							
ALMACENAMIENTO DE DATOS						X						
ANÁLISIS DE DATOS							X					
DESCRIPCIÓN DE DATOS								X				
DISCUSIÓN DE DATOS									X			
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO										X		
INTEGRACION Y REVICION FINAL										X		
REPORTE FINAL											X	
AUTORIZACIONES											X	
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	
PUBLICACIÓN												X

**Elaboró: Ramírez Cruz Araceli**