



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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249 SANTIAGO TLAXOMULCO
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

TÍTULO:
**“RESILIENCIA EN PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD EN LA UMF 220
IMSS, FEBRERO 2018”**

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M. C. MARIBEL MELISSA SORIANO SANDOVAL

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

2019



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.



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



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249 SANTIAGO TLAXOMULCO
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

TÍTULO:
**“RESILIENCIA EN PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD EN LA UMF 220
IMSS, FEBRERO 2018”**

TRABAJO DE INVESTIGACION PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
M. C. MARIBEL MELISSA SORIANO SANDOVAL

INVESTIGADOR ASOCIADO
E.M.F JANET MATA JIMENEZ

**“RESILIENCIA EN PACIENTES DULTOS CON OBESIDAD EN LA UMF 220 IMSS,
FEBRERO 2018”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

M.C. MARIBEL MELISSA SORIANO SANDOVAL

AUTORIZACIONES

E.M.F. ALVARO MANUEL PAYAN SIERRA
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249
SANTIAGO TLAXOMULCO

E.M.F ZITA MARIA DE LOURDES REZA GARAY
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
248, TLAXOMULCO ESTADO DE MEXICO

INVESTIGADOR ASOCIADO
E.M.F JANET MATA JIMENEZ

E.M.F JOSUE JACIEL AGUILAR REYES
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249, TLAXOMULCO ESTADO DE MÉXICO

**“RESILIENCIA EN PACIENTES DULTOS CON OBESIDAD EN LA UMF 220 IMSS,
FEBRERO 2018”**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

M.C. MARIBEL MELISSA SORIANO SANDOVAL

AUTORIZACIONES

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

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

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

**“RESILIENCIA EN PACIENTES DULTOS CON OBESIDAD EN LA UMF 220 IMSS,
FEBRERO 2018”**

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	1
1.- MARCO TEÓRICO.....	2
1.1 Resiliencia.....	2
1.1.1 Definición.....	2
1.1.2 Pilares de la Resiliencia	5
1.1.3 Resiliencia y Obesidad.....	5
1.2 Obesidad.....	7
1.2.1 Definición.....	7
1.2.2 Epidemiología.....	8
1.2.3 Fisiopatología	9
1.2.4 Etiología	9
1.2.5 Clasificación	12
1.2.6 Cuadro Clínico.....	15
1.2.7 Diagnóstico.....	15
1.2.8 Tratamiento	16
1.2.9 Complicaciones	17
2.- METODOLOGÍA.....	18
2.1 JUSTIFICACIÓN.....	18
2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	20
2.3 OBJETIVOS.....	21
2.3.1 Objetivo general	21
2.3.2 Objetivos específicos.....	21
2.4 MATERIAL Y METODOS.....	22
2.4.1 Tipo de estudio:.....	22
2.4.2 Población, Lugar y Tiempo:.....	22
2.4.3 Tipo de Muestra	22

2.4.4 Tamaño de la muestra.....	22
2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	24
2.5.1 Criterios de inclusión.....	24
2.5.2 Criterios de no inclusión.....	24
2.5.3 Criterios de eliminación.....	24
2.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	25
2.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	27
2.7.1 Estadística descriptiva:.....	27
2.7.2 Estadística inferencial.....	27
2.7 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	28
2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	29
3. RESULTADOS.....	30
4. DISCUSIÓN.....	39
5. CONCLUSIONES.....	40
6. RECOMENDACIONES.....	41
BIBLIOGRAFIA.....	42
ANEXOS.....	44
ANEXO 1: Consentimiento Informado.....	44
ANEXO: 2 Cronograma de Gannt.....	45
ANEXO 3: Instrumento de investigación.....	46
ANEXO 4. Sabana de Datos.....	48

RESUMEN

“RESILIENCIA EN PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD EN LA UMF 220 IMSS, FEBRERO 2018”

Autores: M.C. MARIBEL MELISSA SORIANO SANDOVAL, E.M.F JANET MATA JIMENEZ

La resiliencia es el resultado de la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que lo posibilitan a superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva. La obesidad es uno de los padecimientos más comunes en México. En la literatura se encuentra que los eventos adversos y la obesidad están relacionados.

OBJETIVO: Determinar la resiliencia en pacientes adultos con obesidad en la UMF 220 IMSS, febrero 2018

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, descriptivo, transversal, prospectivo, en la UMF 220, muestra por conveniencia. La recolección de datos se realizó con el instrumento Cuestionario de Resiliencia de Gonzalez-Arratia, los pacientes entrevistados se seleccionaron de manera aleatoria y firmando el consentimiento informado.

RESULTADOS: Los resultados permitieron conocer las siguientes características: destacó el grupo de edad de 30-35 años con un porcentaje del 17.5 %, predominando en el género femenino, sobresaliendo una escolaridad de nivel técnico ; respecto al estado civil los pacientes casados tuvieron una resiliencia alta en un 38.7 % y la actividad laborar los obreros tienen el porcentaje más elevado de resiliencia con el 32.1 % y por ultimo respecto a la religión, los pacientes católicos el 46.1 % presentaron resiliencia alta.

CONCLUSIONES: Tratándose de obesidad, la resiliencia surge como posibilidad de cambio y puede posibilitar cierto control sobre el impacto negativo de las consecuencias físicas, sociales y económicas percibidas en la obesidad la cual es una problemática de salud en la consulta diaria de Medicina Familiar.

Palabras Claves: resiliencia, obesidad.

SUMMARY

"RESILIENCE IN ADULT PATIENTS WITH OBESITY IN THE UMF 220 IMSS, FEBRUARY 2018"

Authors: M.C. MARIBEL MELISSA SORIANO SANDOVAL, E.M.F JANET MATA JIMENEZ

Resilience is the result of the combination and / or interaction between the attributes of the individual (internal) and their family, social and cultural (external) environment that enable them to overcome risk and adversity constructively. Obesity is one of the most common conditions in Mexico. In the literature it is found that adverse events and obesity are related.

OBJECTIVE: To determine resilience in adult patients with obesity in the UMF 220 IMSS, February 2018

MATERIAL AND METHODS: Observational, descriptive, cross-sectional, prospective study in the UMF 220, sample for convenience. Data collection was performed with the Resilience Questionnaire instrument of Gonzalez-Arratia, the patients interviewed were randomly selected and signed informed consent.

RESULTS: The results allowed to know the following characteristics: the group of age of 30-35 years stood out with a percentage of 17.5%, predominating in the feminine gender, excelling a schooling of technical level; respect to marital status married patients had a high resilience in 38.7% and the work activity workers have the highest percentage of resilience with 32.1% and finally respect for religion, Catholic patients 46.1% had high resilience.

CONCLUSIONS: In the case of obesity, resilience emerges as a possibility of change and may allow some control over the negative impact of the physical, social and economic consequences perceived in obesity, which is a health problem in the daily practice of Family Medicine.

KEYWORDS:

Resilience,

Obesity

INTRODUCCIÓN

En la actualidad se ha conceptualizado a la resiliencia como un proceso dinámico que involucra la interacción entre los procesos de riesgo y protección tanto internos como externos del individuo que se ponen en juego para modificar los efectos de los sucesos adversos de vida; así en la presente investigación se parte de la comprensión que la resiliencia es el resultado de la combinación y/o interacción entre los atributos del individuo (internos) y su ambiente familiar, social y cultural (externos) que le permiten superar el riesgo y la adversidad de forma constructiva. Recientemente, los crecimientos sobre los estudios de resiliencia en población adulta, con o sin patologías orgánicas, comprueba la importancia de este constructo como factor de protección para la salud mental y física. ⁽¹⁾

La obesidad es uno de los padecimientos más comunes en México. Las cifras indican que en nuestro país el 70 por ciento de los adultos que están entre los 20 y los 60 años de edad padecen obesidad. ⁽⁵⁾ En la literatura se encuentra que los eventos adversos y la obesidad están relacionados; se ha estudiado que una de las causas de la poca o nula pérdida de peso son los eventos adversos y la poca capacidad de una persona para la resiliencia.

La gran mayoría de las investigaciones en resiliencia, más concretamente en América Latina, se ha desarrollado a nivel infanto-juvenil, y son prácticamente pocas las investigaciones y programas de intervención en resiliencia en adultos obesos y nulas en la unidad de Medicina Familiar 220 del Instituto Mexicano del Seguro Social; por lo cual el propósito del presente trabajo es mostrar como la resiliencia ha trascendido hasta el campo de la salud, por lo que considero que al realizar la investigación proporcionare información relevante que servirá como marco de referencia la personal salud con el objeto de mejorar la atención y el seguimiento de los pacientes con obesidad al considerar los procesos salud enfermedad desde un enfoque de promoción, prevención e intervención positivos.

1.- MARCO TEORICO

1.1 Resiliencia

1.1.1 Definición

Uno de los conceptos que se ha estudiado desde la psicología positiva es el de resiliencia. A mediados del siglo pasado, las ciencias humanas comenzaron a utilizarlo para referirse a la capacidad de las personas para sobreponerse a situaciones adversas y sacar provecho de ellas. El término resiliencia proviene de la física, y se refiere a la capacidad de un material para recobrar su forma después de ser sometido a altas presiones. Su origen etimológico se encuentra en el término latino resilio, que significa ‘volver atrás’, ‘volver de un salto’, ‘resaltar’, ‘rebotar’. Las ciencias sociales adoptaron el término resiliencia para caracterizar a las personas que nacen y viven en condiciones de alto riesgo, pero se desarrollan sanas y socialmente exitosas ⁽¹⁾.

La resiliencia alude a diferencias individuales que suelen mostrar las personas cuando están expuestas a diversos grados de riesgo ⁽²⁾.

En este sentido, la resiliencia o facultad de recuperación implica dos componentes: la resistencia frente a la destrucción (capacidad de proteger la integridad ante las presiones deformantes) y la capacidad para construir conductas vitales positivas ⁽³⁾.

Hoy se entiende por resiliencia “la capacidad humana para enfrentar, sobreponerse y ser fortalecido o transformado por experiencias de adversidad”. Por tanto, podemos decir que se refiere a la capacidad de la persona para mantener un funcionamiento efectivo frente a las adversidades del entorno o para recuperarlo en otras condiciones ^(4, 5).

La resiliencia también ha sido definida como la capacidad de una persona o grupo para proyectarse en el futuro pese a los acontecimientos desestabilizadores de la vida. Este concepto ha sido tratado de manera diferente dependiendo de la escuela de pensamiento: para los franceses, la resiliencia es la capacidad de salir adelante tras una experiencia adversa, aprender de ella y mejorar (lo que denominan “crecimiento postraumático”), mientras que para los norteamericanos es el proceso de afrontamiento que ayuda a la persona a mantenerse intacta, sin que necesariamente esto implique otras ganancias de la situación. Desde esta última mirada, el término resiliencia aplica solo al retorno homeostático del sujeto, mientras que términos como florecimiento o crecimiento postraumático deberían aplicarse para referirse a la obtención de beneficios o a mejoras tras la experiencia traumática ⁽⁶⁾.

En el campo de la psicología y la psiquiatría, Barbara Scoville en 1942 publicó el primer artículo en el que se emplea este término. Lo utilizó para referirse al hecho de que situaciones peligrosas para la vida no afectaban tanto a los niños y niñas como sí lo hacía el desarraigo de la familia. Sin embargo, no fue sino hasta la década de los 70 que el término adquirió mayor uso. El interés inicial estuvo básicamente orientado a las características de los niños y niñas que salían adelante desde condiciones adversas. No obstante, la mayoría de los primeros investigadores e investigadoras no utilizaron el término resiliencia, sino que se refirieron a esta cualidad describiendo a dichos niños y niñas como invulnerables o invencibles, en el sentido de que eran resistentes al estrés ^(7,8).

Es a partir de esta información que uno esperaría que tanto hombres y mujeres, con los recursos proporcionados por la familia, la comunidad y la sociedad, tuvieran respuestas resilientes semejantes, sin embargo, esto no siempre es así. Prado y Del Águila mencionan que, en diversos estudios sobre este tema, los hombres son reportados como más resilientes que las mujeres; por otro lado, hay quienes no encuentran diferencia alguna.

González et al. mencionan que las niñas tienden a contar con habilidades interpersonales y fortaleza interna, en tanto los niños tienden a ser más pragmáticos. En un estudio realizado por estos últimos investigadores, en donde los objetivos de su trabajo fueron: medir según sexo el nivel de resiliencia en individuos desde 9 a 59 años de edad y observar si existen diferencias en el total de resiliencia y por factores medidos con la escala de González - Arratia, para posteriormente comparar la estructura factorial de resiliencia de acuerdo con los cuatro grupos de edad (niños, adolescentes, adultos jóvenes y adultos mayores). Un objetivo complementario fue el de verificar si la escala de resiliencia es una medida adecuada en el caso de los adultos y si cuenta con características psicométricas aceptables para muestras mexicanas e identificar características diferenciales de los individuos resilientes. Los resultados respecto a las diferencias por sexo fueron que las participantes mujeres puntuaron más alto en las tres dimensiones de resiliencia propuestas por González - Arriata:

- a) Factores protectores internos, el cual mide habilidades para la solución de problemas
- b) Factores protectores externos, evalúa la posibilidad de contar con apoyo de la familia o personas significativas para el individuo
- c) Empatía, la cual se refiere a comportamiento altruista y prosocial y que coincide con investigaciones previas con adolescentes y adultos.

Además, estos autores encontraron que particularmente las mujeres puntúan más alto en el factor protector externo en las diferentes edades, mientras que en los hombres la puntuación mayor es el factor protector interno. Los autores explican estas diferencias mencionando que es importante considerar que al parecer las mujeres requieren de un apoyo externo (principalmente de la familia) para ser resilientes. ⁽⁹⁾

Es importantes tomar en consideración que cuando se afirme que existen estas diferencias no son necesariamente por el hecho de ser hombre o mujer, sino más bien por la forma en cómo, a partir de los estereotipos de género, han sido

educados hombres o mujeres. A partir de estos factores, las respuestas resilientes van a diferenciarse, ya que en el caso de las mujeres éstas han sido educadas para responder a las emociones de los demás y actuar como seres maternos ante los que sufren o padecen, mientras que la respuesta de los hombres, que es la aceptada, es que antes de que sea mimado y protegido deberá enfrentar los problemas sin emitir emociones.

1.1.2 Pilares de la Resiliencia

Los autores Melillo y Suárez Ojeda mencionan ocho pilares como atributos que sostienen la actitud resiliente:

- a) Introspección: la capacidad de auto indagarse.
- b) Independencia: poder poner una efectiva distancia emocional sin caer en el aislamiento.
- c) Capacidad de relacionarse: lograr establecer vínculos e intimidad con otra gente.
- d) Iniciativa: afán de aprender cosas nuevas en busca de progreso y autosuperación.
- e) Humor: capacidad de reírse de la propia tragedia, sin caer en la irresponsabilidad ni la negación.
- f) Creatividad: capacidad de crear orden, belleza y finalidad a partir del caos y el desorden.
- g) Moralidad: la necesidad de desear el bienestar que se desea para uno mismo a toda la humanidad.
- h) Autoestima consistente: base de los demás pilares y fruto del cuidado afectivo por parte de un adulto significativo. ⁽¹⁰⁾

1.1.3 Resiliencia y Obesidad

La obesidad se caracteriza por un desequilibrio entre el ingreso de energía a través de la ingesta de los alimentos y el gasto de esta durante el funcionamiento

del organismo. Cuando es más la energía que ingresa que la se gasta se produce la obesidad. Como ya se ha revisado en la literatura los malos hábitos y estilos de vida inadecuados producen este desequilibrio. En los últimos años las investigaciones se han enfocado no sólo en factores individuales como generadores de esta problemática, sino también en los fenómenos psicosociales como el estrés y la violencia. En un estudio reciente Sara L. Tamers y su equipo en 2011 evaluaron la relación entre el apoyo social en su lugar de trabajo, los hábitos alimenticios, la actividad física y el índice de masa corporal (IMC) en sujetos con sobrepeso y obesidad. Los datos fueron obtenidos de 2 878 empleados entre 2005 y 2007, en 34 centros de trabajo a través del programa de "Promoción y cambios en la alimentación". Las mediciones que se realizaron fueron el apoyo social en el lugar de trabajo, la dieta, la actividad física y el IMC, los cuales fueron evaluados a través de autoreporte. En los resultados no se encontraron asociaciones de apoyo social en el lugar de trabajo y el IMC, o con conductas obesogénicas; sin embargo, los individuos con mayor apoyo social en su lugar de trabajo tuvieron 14.3% de actividad física más elevado y consumo de frutas y verduras superior a 4% en comparación con los individuos con el apoyo social menor. En 2012, Barbara Stewart-Knox y su equipo buscaron entender el contexto psicosocial de la obesidad para lo cual entrevistó a una muestra conformada por adultos de mediana edad (≥ 43 años) quienes fueron reclutados en Gran Bretaña. Las entrevistas exploraron las asociaciones entre el IMC, la circunferencia de cintura (cc), los factores demográficos, la actividad física, los hábitos dietéticos, acontecimientos de la vida, resiliencia, nivel de humor, nivel de esperanza y el estrés percibido. IMC (kg/m^2) y cc (cm) fueron las variables dependientes en distintos modelos de regresión lineal múltiple y se utilizaron como los predictores que se ubicaron en 4 bloques: a) Factores demográficos. b) Los eventos estresantes de la vida. c) Dieta/actividad. d) Medidas psicológicas. Los resultados demostraron que la muestra Gran Bretaña, índice de masa corporal (kg/m^2) fue predicho por menos los siguientes factores: educación, la enfermedad de un amigo cercano, consumo frecuente de alcohol y el comportamiento sedentario. Entre los portugueses, mayor imc (kg/m^2) fue predicho por una menor

capacidad de resiliencia. Ser varón y menor nivel educativo fueron predictores independientes de tener mayor circunferencia de cintura en ambos países. En Gran Bretaña, el no trabajar, la enfermedad de un amigo cercano o un estilo de vida sedentaria y menor capacidad de resiliencia también fueron predictores independientes de una mayor circunferencia de cintura. Este estudio entonces pone énfasis en factores individuales y factores sociales que pueden influir en el problema de la obesidad. Miden el fenómeno de la resiliencia. ⁽¹¹⁾

1.2 Obesidad

1.2.1 Definición

De acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Define a la obesidad, a la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m².

En menores de 19 años, la obesidad se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentila 95 en adelante, de las tablas de IMC para edad y sexo de la OMS. ^(12,13)

En base a la Organización Mundial de la Salud, la obesidad es una enfermedad crónica, caracterizada por el aumento de la grasa corporal, asociada a mayor riesgo para la salud.

La definición de la OMS es la siguiente:

- Un IMC igual o superior a 25 determina sobrepeso.
- Un IMC igual o superior a 30 determina obesidad.

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente 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/m²).

El IMC proporciona la medida más útil para el diagnóstico de sobrepeso y la obesidad en la población, puesto que es la misma para ambos sexos y para los adultos de todas las edades. ^(13,14)

1.2.2 Epidemiología

Actualmente México y Estados Unidos de Norteamérica, ocupan los primeros lugares de prevalencia mundial de obesidad en la población adulta (30 %).

ENSANUT refiere que en adultos de 20 o más años de edad la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad fue de 71.2% en 2012 y de 72.5% en 2016. Al categorizar por sexo en la ENSANUT 2016, se observa que la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad (IMC ≥ 25 kg/m²) es mayor en las mujeres (75.6%) que en los hombres (69.4%); y que la prevalencia de obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²) es también más alta en el sexo femenino (38.6%) que en el masculino (27.7%). Asimismo, la categoría de obesidad mórbida (IMC ≥ 40.0 kg/m²) es 2.4 veces más alta en mujeres que en hombres.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con el objetivo de evaluar el avance de los programas de salud preventivos en niños, adolescentes y adultos, a través de la medición de coberturas de los programas y otros indicadores en salud, se realizaron en 2003, 2004 y 2005 encuestas probabilísticas poblacionales, nacionales y con representatividad delegacional (estatal), a derechohabientes del IMSS (ENCOPREVENIMSS 2003, 2004 y 2005); específicamente en la encuesta ENCOPREVENIMSS 2003, en los rubros referentes a prevalencia de peso bajo, sobrepeso y obesidad general y obesidad central (que incluyó a 16 325 individuos), se observó que la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumentó progresivamente tanto en hombres como en mujeres desde la primera década de la vida, alcanzando más de 80 % en hombres y mujeres en la quinta y sexta década de la vida. Asimismo, se documentó que el riesgo de obesidad central

(circunferencia de cintura mayor de 88 cm) fue muy alto en las mujeres mayores de 20 años en todas las décadas de la vida (36.6 a 74.2 %).⁽¹⁵⁾

1.2.3 Fisiopatología

A nivel hipotalámico se reconocen áreas relacionadas con las sensaciones de hambre y saciedad, un centro o núcleo lateral (apetito) y otro ventromedial (saciedad), interconectados entre sí, con la corteza cerebral y con el organismo a través del sistema nervioso autónomo. Si bien no se reconoce aún con exactitud el mecanismo de regulación, se han identificado señales a corto plazo que regulan la saciedad (Colecistocinina, enterostatina, Péptido similar a glucagón, somatostatina, Amilina, Péptido liberador de gastrina, Péptido PYY 3 36, Péptido YY, leptina, Insulina, interleucina 6 (IL6), Factor de necrosis tumoral alfa (TNF α), aceto-acetato y 3-hidroxibutirato, Oleiletanolamida) y receptores del sistema nervioso autónomo) y señales a largo plazo cuyo objetivo es preservar la composición corporal y la concentración de substratos energéticos. Sin negar la existencia de una regulación endógena y del posible efecto de una disregulación, la mayoría de los expertos en el área, reconocen que el acto de comer en el ser humano está prioritariamente regulado por estímulos ambientales o exógenos.⁽¹⁶⁾

1.2.4 Etiología

Son muchas las clasificaciones etiológicas de la obesidad, sin embargo, existen desordenes específicos y no específicos que la causan, la clasificación más adecuada para la obesidad de acuerdo a su etiología es:

- I. Obesidad esencial
- II. Obesidad secundaria

La etiología es multifactorial, sin embargo, la obesidad esencial es la enfermedad que actualmente se está convirtiendo en un problema de salud pública en nuestro país. La obesidad esencial resulta de una compleja interacción entre factores ambientales (dieta inadecuada, sedentarismo, factores psicológicos y socioculturales), asociados a una predisposición genética que genera alteraciones

en el gasto energético. Constituye más del 95 % de la obesidad clínica, donde grandes aumentos de grasa corporal pueden resultar de mínimas, pero crónicas diferencias entre la ingesta y la energía gastada.

La obesidad esencial se asocia con desequilibrios entre la ingestión energética calórica y las necesidades titulares de energía, dicho de otra manera, un desequilibrio entre ingestión, síntesis de grasas y su oxidación en personas con desordenes del apetito y deterioro del control de la saciedad o del hambre. Lesiones hipotalámicas o del sistema nervioso central, insuficiencia o excesos en la secreción de citosinas y hormonas por la célula adiposa y problemas psicológicos como depresión y estrés, que se asocian con desordenes dietéticos, como alimentos ricos en calorías y de baja saciedad, dietas abundantes en grasas y comida deficiente en calidad (alimentos chatarra), también contribuyen al desarrollo de la obesidad.

Como premisa fundamental en el desarrollo de obesidad deberá existir desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético, con un balance positivo que lleva al almacenamiento de grasa en el tejido adiposo, de manera que para mantener el peso es indispensable lograr un balance energético.

La inactividad física es importante en el desarrollo de la obesidad, ya que favorece la disminución del gasto energético total, por lo que es de suma importancia los estilos de vida, especialmente aquellos que condicionan sedentarismo.

Factores genéticos predisponen la composición corporal diferente. Aceptándose que la obesidad en algunos casos es un trastorno genético complejo, es probable que en las últimas dos décadas los genes no han cambiado, pero indudablemente el ambiente y los estilos de vida si lo han hecho. La obesidad está fuertemente influenciada por factores ambientales, su prevalencia se incrementa tan rápido que los cambios no pueden ser atribuidos a factores genéticos; sin embargo, no podemos negar su influencia en la obesidad. Se describen causas monogénicas y poligénicas de obesidad, con mutaciones diversas en diversos genes como en el

de la leptina, prohormona convertasa 1, proopiomelanocortina y su receptor. En grandes poblaciones, más de 250 genes, marcadores y regiones cromosómicas han sido involucrados con la obesidad humana, algunas más importantes que otras, pero no hay duda que la interacción entre genes y el medio ambiente determina la expresión del fenotipo de la obesidad.

Las causas secundarias de obesidad deben identificarse con precisión, ya que algunas son curables al remitir la patología de base, también es necesario hacer notar que algunos padecimientos considerados inductores de obesidad como el hipotiroidismo y el hipocortisolismo, en realidad no se acompañan de importante sobrepeso, en este último padecimiento el tejido adiposo se acumula en forma centrípeta, mientras que hay pérdida significativa de adipocitos en las extremidades, que se muestran adelgazadas.

El insulinoma, otra causa de obesidad secundaria es un trastorno endocrinológico considerado, como un tumor funcional único o múltiple, que ocasiona hipoglucemia; por lo tanto, el paciente experimenta apetito constante. Los diferentes síndromes hipotalámicos que involucran además al sistema límbico y otras estructuras del sistema nervioso central, tienen un papel relevante en la regulación de la ingesta alimentaria. El síndrome de ovarios poliquísticos considerado por algunos dentro de las causas secundarias de obesidad, es una patología que se asocia a resistencia a la insulina y acompaña con frecuencia al síndrome metabólico.

Los medicamentos también pueden ser causa de incremento de peso en el sujeto (los antidepresivos, anticonvulsivantes, antidiabéticos, corticoesteroides, estrógenos, progestágenos, litio presentan dentro de sus efectos adversos aumento del peso corporal. Los corticoesteroides, estrógenos y progestágenos afectan el metabolismo de proteínas, lípidos y carbohidratos, elementos que pueden contribuir al aumento de peso. ^(17,18)

1.2.5 Clasificación

CLASIFICACION SEGÚN LA OMS

Clasificación	IMC (kg/m ²)	Riesgo Asociado a la salud
Normo Peso	18.5 – 24.9	Promedio
Exceso de Peso	> 25	AUMENTADO
Sobrepeso o Pre Obeso	25 - 29.9	AUMENTO MODERADO
Obesidad Grado I o moderada	30 – 34.9	AUMENTO SEVERO
Obesidad Grado II o severa	35 - 39.9	AUMENTO MUY SEVERO
Obesidad Grado III o mórbida	> 40	

CLASIFICACIÓN DE ACUERDO AL EXCESO DE PESO CORPORAL

En términos generales, el peso corporal se correlaciona directamente con la grasa corporal total, de manera tal que resulta un parámetro adecuado para cuantificar el grado de obesidad. En la práctica clínica es la primera herramienta utilizada para valorar el grado de sobrepeso.

Ello se logra en base a:

- a) Tablas de peso usadas como referencia; tienen en cuenta sexo, talla, raza y constitución física. Las mismas fueron diseñadas por Compañías de Seguros de Vida; su uso ampliamente difundido se basa en la observación de diferencias notorias del riesgo de mortalidad entre grupos de individuos obesos con respecto a individuos de " peso deseable" para su edad y sexo. Como inconveniente, las tablas fueron confeccionadas para evaluar mortalidad y no morbilidad, y por otro lado no pueden ser extrapoladas de una población a otra.
- b) Índices: el más comúnmente usado es el IMC o BMI calculado de la siguiente manera: $IMC = \text{Peso} / \text{Talla}^2$ ⁽¹⁸⁾.

CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A LA DISTRIBUCIÓN DE LA GRASA CORPORAL

Podemos distinguir 2 grandes tipos de obesidad atendiendo a la distribución del tejido adiposo:

A. Obesidad abdominovisceral o visceroportar, (también denominada de tipo androide)

Predominio del tejido adiposo en la mitad superior del cuerpo: cuello, hombros, sector superior del abdomen. Este tipo de obesidad, tanto en el varón como en la mujer, se asocia claramente con un aumento del riesgo de desarrollar Diabetes tipo 2, Aterosclerosis, Hiperuricemia e Hiperlipidemia, consecuencia directa del estado de insulinoresistencia. Ello se explica porque la grasa intraabdominal posee características metabólicas diferentes de otros depósitos adiposos: tiene una alta sensibilidad a la movilización de Ácidos Grasos Libres, lo cual redundará en un aumento de la síntesis de VLDL, LDL, Glucosa e Insulina. Como es sabido, la distribución de la grasa depende en gran medida del perfil hormonal que difiere para ambos sexos: en la mujer, luego de la pubertad, la grasa predomina en la mitad inferior del cuerpo, y si bien tienen más tejido adiposo, presentan menor riesgo de morbimortalidad en razón de la distribución de la grasa corporal.

Para definir obesidad abdominovisceral utilizamos los siguientes parámetros:

I. Índice cintura-cadera: perímetro cintura (cm)/ perímetro cadera (cm). Valores > 0.8 mujer y 1 hombre.

II. Circunferencia de la Cintura >100 cm

III. Diámetro Sagital: Presenta una buena correlación con la cantidad de grasa visceral. En posición decúbito dorsal, la grasa abdominal aumenta el diámetro anteroposterior del abdomen. Valor normal hasta 25 cm. La grasa subcutánea aumenta el perímetro lateral.

B) Obesidad fémoro glútea o ginoide

Se caracteriza por presentar adiposidad en glúteos, caderas, muslos y mitad inferior del cuerpo.

El tejido adiposo fémoro glúteo tiene predominio de receptores alfa 2 adrenérgicos, por lo tanto, presenta una actividad lipoproteínlipasa elevada. Esto es mayor en lipogénesis y menor en actividad lipolítica.

La circunferencia de la cadera se correlaciona negativamente con los diferentes factores de riesgo cardiovascular.

CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A LA EDAD DE COMIENZO

La edad resulta un importante indicador, tanto para la terapéutica como para el pronóstico del obeso, se distingue:

- I. Obesidad infantojuvenil: Comienzo antes de los 18 años. Es predictiva de la obesidad del adulto. Los niños con sobrepeso tienen mayor probabilidad de ser obesos en la edad adulta. A su vez los adultos obesos que tienen historia de obesidad infantojuvenil sufrirán una obesidad más prolongada.
- II. Obesidad del adulto: Comienzo posterior a los 18 años. En este tipo de obesidad predomina como mecanismo la hipertrofia celular y se asocia más frecuentemente a la obesidad abdominovisceral y por ende con sus complicaciones metabólicas.⁽¹⁹⁾

CLASIFICACIÓN DE ACUERDO A LA CELULARIDAD

I. Hipertrófica

Se observa en el adulto, consiste en un aumento de tamaño del adiposito. Se asocia a complicaciones metabólicas y cardiovasculares dado que presenta una distribución abdominovisceral.

II. Hiperplásica

En general es la que observamos en la infancia. Se caracteriza por un aumento del número total de adipositos y por lo general presenta un patrón de distribución ginecoide.⁽²⁰⁾

1.2.6 Cuadro Clínico

La exploración física, proporciona datos clínicos importantes: signos vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria), peso, estatura, complexión, perímetro de la cintura y cadera, distribución de la grasa corporal, presencia de estrías cutáneas o acantosis nigricans. La exploración de las articulaciones, principalmente de la columna vertebral y extremidades inferiores permiten identificar la evolución del padecimiento.

Aun cuando la historia clínica es importante en el diagnóstico, se utilizan diversos métodos para establecer la presencia de sobrepeso u obesidad en los sujetos; algunos de los métodos utilizados son: el peso relativo, los índices de estatura - peso, pliegues cutáneos, entre otros. El parámetro más utilizado es el índice de masa corporal (IMC), que se define como la relación del peso corporal (Kg.) entre la estatura (m²) y se obtiene a través de la siguiente fórmula: $IMC (Kg/m^2) = \text{Peso (kg)} / \text{Estatura (m}^2\text{)}$ ⁽²¹⁾

1.2.7 Diagnóstico

El diagnóstico de obesidad en la mayoría de los pacientes es evidente a simple vista, la elaboración de una historia clínica completa nos proporciona información relevante para hacer un diagnóstico integral, que permitirá implementar un tratamiento específico y sobretodo identificar si el paciente respetará las indicaciones clínicas. Los antecedentes heredo-familiares de obesidad, enfermedades cardiovasculares, metabólicas o neoplasias, los hábitos alimenticios, antecedentes laborales, antecedentes personales de sobrepeso u obesidad, alcoholismo, tabaquismo o farmacodependencia positivos en alguna etapa de su vida, las actividades recreativas y deportivas que realiza, el empleo de medicamentos que favorece el aumento de peso son aspectos que se deben evaluar en el paciente. El interrogatorio por aparatos y sistemas proporciona información psicológica del paciente como: su percepción corporal, su imagen corporal y posibles problemas personales, familiares o sociales que contribuyan al desarrollo de su padecimiento. ⁽²¹⁾

1.2.8 Tratamiento

Debido a que la obesidad es una enfermedad crónica y difícil de tratar, no existe un tratamiento único dado que se deben tener en cuenta todos los factores que pudieron desencadenarla.

El tratamiento debe de ser multidisciplinario, con la intervención de diferentes especialistas, el manejo puede dividirse en:

a) Dietas hipocalóricas. - Representan el eje central del tratamiento. Las dietas bajas en calorías pretenden conseguir un balance energético negativo. La dieta debe cumplir las 4 leyes de una dieta sana (cantidad, calidad, armonía, adecuada). Hay que procurar que no represente una ruptura con la dieta anterior o, por lo menos, que la transición sea progresiva.

b) Ejercicio físico. - El objetivo que se pretende es doble; por un lado, mantener el tono muscular y, por otro, aumentar el gasto energético.

a) Fármacos. - El tratamiento farmacológico contra la obesidad solo está indicado en pacientes con un IMC mayor o igual a 30 kg/m² o en pacientes con un IMC superior a 27 kg/m², con otras patologías asociadas como diabetes tipo II o dislipemias, y que hayan intentado una disminución de peso infructuosa con medidas dietéticas durante los dos ó tres meses anteriores. Las autoridades sanitarias proponen intervenciones culturales, educativas y, en último lugar, terapéuticas. El uso de estos fármacos solo se justifica como coadyuvante del tratamiento dietético y de los cambios en el estilo de vida. Además, los fármacos existentes hoy día no curan la obesidad y su eficacia se prolonga únicamente durante su uso, de manera que cuando se suspende la medicación, se vuelve a recuperar peso. La elección del fármaco debe ser individualizada para cada paciente una vez evaluados los riesgos asociados a su uso y este debe hacerse siempre bajo supervisión médica.

b) Cirugía bariátrica.- La cirugía está indicada en obesidades muy importantes (IMC > 40). A través de ésta, se consigue una disminución de peso mediante la reducción del volumen del estómago o con técnicas de derivación gastrointestinal

que reducen la absorción de los alimentos; Actualmente se encuentra en fase experimental y solo para pacientes adolescentes los cuales deben someterse un programa integral en que se encuentra se combina con un año previo de manejo estricto con dieta y ejercicio.

c) Psicoterapia. - El soporte psicológico es básico en el tratamiento de la obesidad; pues ayuda al tratamiento médico fomentando la adherencia. ⁽²²⁾

1.2.9 Complicaciones

Las principales complicaciones médicas de la obesidad son: enfermedades pulmonares, síndrome metabólico, enfermedades del corazón, diabetes, cáncer, enfermedades del hígado, trastornos ginecológicos, así como enfermedad venosa y periodontal. Otras afecciones, como la gota, la hipertensión arterial (HTA), los problemas de la piel y la artrosis son también más frecuentes en personas con exceso de grasa. Las personas con obesidad tienen, además, un mayor riesgo quirúrgico. ⁽²²⁾

2.- METODOLOGÍA

2.1 JUSTIFICACIÓN

La obesidad es uno de los principales problemas de salud pública en todo el mundo. En la actualidad se considera la pandemia del siglo XXI. Anteriormente se consideró un signo de belleza y salud, pero en la actualidad conlleva grandes problemas asociados. Frente a esta situación, el IMSS desarrolla programas y proyectos de interés social, para otorgar atención integral de calidad a los derechohabientes que padecen sobrepeso y obesidad, con el propósito de limitar las consecuencias metabólicas de la enfermedad, mejorar su calidad de vida y lograr mayor eficiencia en el uso de los recursos, ya que, los efectos adversos de la obesidad en la salud en la etapa más productiva de la vida se traducen en menor productividad social, mientras que los altos costos directos en la atención de las enfermedades provocadas por la obesidad y en sus secuelas implican un elevado gasto en la atención de estas consecuencias de la obesidad, distrayendo recursos que podrían utilizarse en políticas de desarrollo económico y social. De modo que la obesidad no sólo tiene efectos adversos en la salud, sino en el desarrollo económico y social de los mexicanos.

Es factible realizar este estudio siempre y cuando los pacientes con obesidad que acudan atención médica acepten participar mediante consentimiento informado; los recursos utilizados serán el médico investigador y el cuestionario que se aplicará a los pacientes con obesidad

El objetivo de las investigaciones de la resiliencia está apuntado a realzar los factores protectores para ayudar a la gente a ser más resilientes ya que se le considera una variable protectora, moduladora y amortiguadora de la salud física y mental.

El propósito del presente trabajo es mostrar como la resiliencia ha trascendido hasta el campo de la salud, por lo que considero que al realizar la investigación proporcionare información relevante que servirá como marco de referencia al personal sanitario con el objeto de mejorar la atención y el seguimiento de los pacientes con obesidad al considerar los procesos salud enfermedad desde un enfoque de promoción, prevención e intervención positivos.

2.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad es uno de los padecimientos más comunes en México. Las cifras indican que en nuestro país el 70 por ciento de los adultos que están entre los 20 y los 60 años de edad padecen obesidad.

En la literatura se encuentra que los eventos adversos y la obesidad están relacionados; se encontró que una de las causas de la poca o nula pérdida de peso son los eventos adversos y la poca capacidad de una persona para la resiliencia. En este sentido no todas las personas que quieren bajar de peso están en iguales condiciones, debido a que las dietas, ejercicios y fármacos actúan de manera diferente en cada individuo.

La gran mayoría de las investigaciones en resiliencia, más concretamente en América Latina, se ha desarrollado a nivel infanto-juvenil, y son prácticamente pocas las investigaciones y programas de intervención en resiliencia en adultos obesos y nulas en la unidad de Medicina Familiar 220 del Instituto Mexicano del Seguro Social, por lo cual este estudio podrá determinar si en los pacientes, el no ser resiliente es un desencadenante para la obesidad por lo cual se plantea la siguiente pregunta de investigación

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la resiliencia en pacientes adultos con obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 220?

2.3 OBJETIVOS

2.3.1 Objetivo general

Determinar la resiliencia en pacientes adultos con obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 220

2.3.2 Objetivos específicos

- Establecer la resiliencia por grupo de edad en pacientes con obesidad, unidad de medicina familiar 220.
- Diferenciar la resiliencia por género en pacientes con obesidad, unidad de medicina familiar 220.
- Categorizar la resiliencia por escolaridad en pacientes con obesidad, unidad de medicina familiar 220.
- Establecer la resiliencia por estado civil en pacientes con obesidad, unidad de medicina familiar 220.
- Identificar la resiliencia por actividad laboral en pacientes con obesidad, unidad de medicina familiar 220.
- Identificar la resiliencia por grado de obesidad de los pacientes, unidad de medicina familiar 220.
- Identificar Factores protectores internos en pacientes con obesidad.
- Identificar Factores protectores externos en pacientes con obesidad.
- Identificar Empatía en pacientes con obesidad.

2.4 MATERIAL Y METODOS

2.4.1 Tipo de estudio:

Se diseñará un estudio de tipo observacional, descriptivo, trasversal, y prospectivo

2.4.2 Población, Lugar y Tiempo:

El estudio se realizará en la Unidad de Medicina Familiar No 220 del IMSS delegación 16, en Toluca, Estado de México en febrero del 2018.

2.4.3 Tipo de Muestra

Probabilístico por conveniencia.

2.4.4 Tamaño de la muestra

Para determinar la muestra se utilizará un muestreo probabilístico por conveniencia, la cual fue obtenida mediante el cálculo estadístico, tiene un error estándar 0.05 y un margen de confiabilidad de 95%, el universo de estudio con base al reporte de ARIMAC consta de 258 pacientes con diagnóstico de obesidad, de 18 a 65 años de edad, adscritos a la unidad de Medicina Familiar 220.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N-1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n= tamaño de la muestra

N= total de la población

$Z_{\alpha}^2 = 1.96$ (si el nivel de confianza es del 95%)

p= proporción esperada (en este caso 5% =0.05)

q= 1-p (en este caso 1-0.05=0.95)

d= precisión (en este caso deseamos un 5%)

sustituyendo los valores:

$$n = \frac{258 * (1.96)^2 * 0.05 * 0.95}{(0.05)^2 * (258 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.96} = 155$$

Se obtuvo un tamaño de muestra (n) de 155 pacientes.

2.5 CRITERIOS DE SELECCIÓN

2.5.1 Criterios de inclusión.

- Pacientes derechohabientes turno matutino y vespertino con obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 220.
- Pacientes derechohabientes con edades de 18 a 65 años de la Unidad de Medicina Familiar 220.
- Pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar 220 que acepten participar en el estudio.
-

2.5.2 Criterios de no inclusión

- Pacientes menores de 18 años y mayores de 65 años.
- Pacientes con IMC en rango normal o bajo.

2.5.3 Criterios de eliminación

- Aquellos que no contesten de manera completa el instrumento de investigación.
- Aquellos que abandonen el estudio.

2.6 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

VARIABLE (objetivos)	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE VARIABLE
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un centro docente.	Preparación académica que presentan los pacientes adolescentes agredidos sexualmente	Ordinal	Sin estudios Primaria Secundaria Bachillerato Técnica Licenciatura Posgrado	Cualitativa
Género	Característica genotípica de los individuos por lo que se divide en masculinos y femeninos.	Es la diferencia orgánica que presentan las personas en pacientes adolescentes agredidos sexualmente.	Nominal	Masculino Femenino	Cualitativa
Grupo de Edad	Tiempo de vida de una persona que es clasificada por rangos	Años cumplidos de vida de una persona clasificada en rangos	Discreta	18 a 23 años 24 a 29 años 30 a 35 años 36 a 41 años 42 a 47 años 48 a 53 años 54 a 59 años 60 a 65 años	Cuantitativa
Estado Civil	Condición particular que caracteriza a una persona en lo que hace a sus vínculos personales con individuos de otro sexo o de su mismo sexo.	Situación personal en que se encuentra a una persona en relación con otra con quien crea lazos jurídicamente reconocidos	Nominal	Soltero (a) Casado (a) Viudo (a) Divorciado (a) Unión libre (a) Madre soltera Padre Soltero	Cualitativa
Religión	Conjunto de creencias acerca de la divinidad, de sentimientos de veneración y temor hacia ella, de normas morales para la conducta individual y social y de prácticas rituales, principalmente la oración y el sacrificio para darle culto.	Cada una de las diferentes doctrinas según dichas creencias	Nominal	Católica Cristiano Evangélica Testigo de Jehova Otra Sin religión	Cualitativa
Actividad Laboral	Actividad productiva de un individuo que le permite tener remuneración económica	Labor realizada por las personas de manera legal y que es remunerable	Nominal	Ninguna Obrero (a) Empleado (a) Comerciante Albañil Domestica Otros	Cualitativa
Resiliencia	Es la relación a situaciones en las que se pueden sobrellevar diversas dificultades que se han notado de forma trascendental en la vida del ser humano.	Capacidad que tiene una persona de sobreponerse a situaciones difíciles.	Nominal	Baja de 0 a 25 puntos Moderada de 26 a 74 puntos Alta de 75 a 99 puntos.	Cualitativa

VARIABLE (objetivos)	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	UNIDAD DE MEDIDA	TIPO DE VARIABLE
Factores Protectores Internos	Atributos de la propia persona: estima, seguridad y confianza de sí mismo	Atributos propios del paciente	Nominal	Bajo 14-32 Moderado 33-51 Alto 52-70	Cualitativa
Factores Protectores Externos	Condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños: familia extendida, apoyo de un adulto significativo, o integración social y laboral.	Condiciones del medio que actúan reduciendo la probabilidad de daños del paciente	Nominal	Bajo 11-25 Moderado 26-40 Alto 52-70	Cualitativa
Empatía	Participación afectiva de una persona en una realidad ajena a ella, generalmente en los sentimientos de otra persona	Participación afectiva del paciente en una realidad ajena a ella, generalmente en los sentimientos de otra persona	Nominal	Bajo 7-16 Moderado 17-26 Alto 27-26	Cualitativa

2.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

2.7.1 Estadística descriptiva:

Se utilizará estadística descriptiva: medidas de tendencia central, dispersión, de normalidad para variables cuantitativas, así como frecuencias absolutas y relativas (porcentajes)

2.7.2 Estadística inferencial

Se realizará Razón de momios para la determinación de riesgo, Numero atribuible de casos, prueba de contraste con Chi cuadrada y estadístico de levene para la determinación de utilización de estadísticos paramétricos o no paramétricos.

2.7 RECOLECCIÓN DE DATOS

Se solicitará la autorización por escrito a las autoridades directivas de la Unidad de Medicina Familiar 220 IMSS para tener acceso a las unidades de observación que serán los pacientes derechohabientes adultos con obesidad; así como su autorización por escrito para la aplicación de cuestionarios. También se procederá a solicitar al departamento de ARIMAC el censo total de pacientes adultos con obesidad. Con previa autorización de las autoridades institucionales y con previo consentimiento informado y autorización por cada uno de los participantes se explicará el propósito del proyecto de investigación y posteriormente se aplicará el cuestionario que consta de dos partes, se recabarán los instrumentos de investigación completamente llenados, se procederá a ordenar y clasificar la información, se presentarán los cuadros y análisis estadístico de cada variable, para su presentación final en las gráficas correspondientes.

Para el trabajo de investigación se utilizará un instrumento de investigación que estará dividido en 2 partes: la primera parte contempla la ficha de identificación tuvo 5 incisos; la segunda parte es la aplicación de cuestionario de Escala de Resiliencia. Es un instrumento de autoinforme previamente desarrollado en México que mide factores específicos de la resiliencia basada en los postulados de Grotberg organizados en cuatro categorías: yo tengo (apoyo), yo soy y estoy (atañe al desarrollo de fortaleza psíquica) yo puedo (remite a la adquisición de habilidades interpersonales). Compuesto de 32 reactivos con un formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (el valor 1 indica nunca y el 5 siempre).

2.9 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicita la participación en el estudio en forma voluntaria basada en las recomendaciones para orientar a los médicos en la investigación biomédica, contempladas en:

1. la declaración de Helsinki según modificaciones establecidas en:
 - a) 29ª asamblea médica mundial, Tokio, Japón, octubre 1975
 - b) 35ª asamblea médica mundial, Venecia, Italia, octubre 1983
 - c) 41ª asamblea médica mundial, Hong kong, septiembre 1989
 - d) 48ª asamblea general, Somerset West, Sudáfrica, octubre 1996
 - e) 52ª asamblea general, Edimburgo, escocia, octubre 2000.

2.- el acuerdo que al respecto emitió la secretaria de salud publicado en el diario oficial de la federación el martes 26 de enero de 1982, páginas 16 y 17. y a las normas institucionales establecidas.

Este trabajo de investigación no genera lesión al individuo en el área biopsicosocial, los datos obtenidos serán utilizados para el logro del objetivo de esta investigación por lo que será estrictamente confidencial. Previa autorización por consentimiento informado del paciente.

3. RESULTADOS

Se aplicó el cuestionario de Resiliencia González-Arratia a los pacientes adultos con obesidad derechohabientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 220, de ambos turnos, obteniéndose los siguientes resultados.

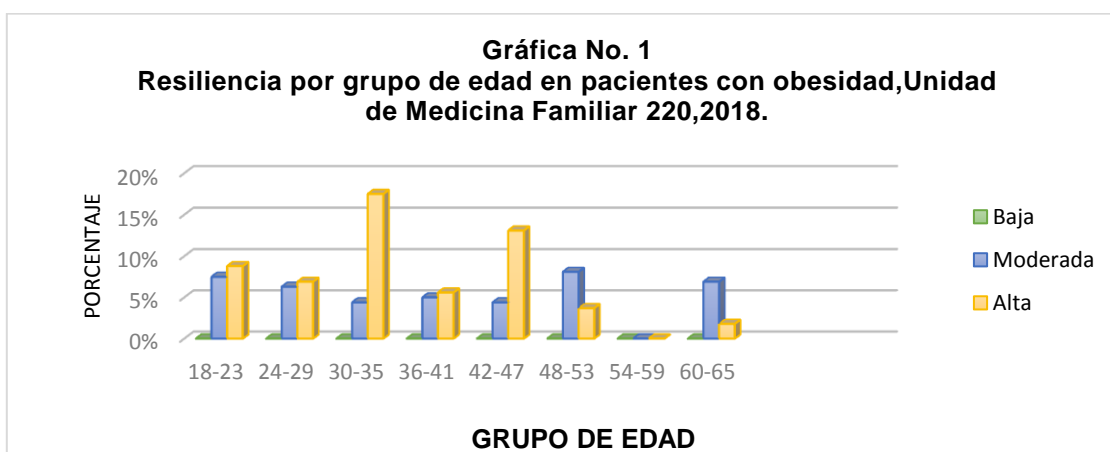
Gráfico 1 se estableció que los pacientes según a grupo de edad en relación a la resiliencia en pacientes con obesidad, se destacó el grupo de edad de 30-35 años tuvo el porcentaje más elevado de Alta Resiliencia con un porcentaje del 17.5 %.

Cuadro No. 1
Resiliencia por grupo de edad en pacientes con obesidad, Unidad de Medicina Familiar 220, 2018.

GRUPO DE EDAD	RESILIENCIA BAJA		RESILIENCIA MODERADA		RESILIENCIA ALTA		TOTAL	
	%	F	%	F	%	F	%	F
18-23	0.0	0	7.5	12	8.8	14	16.3	26
24-29	0.0	0	6.6	10	6.9	11	13.2	21
30-35	0.0	0	4.4	7	17.5	28	21.9	35
36-41	0.0	0	5.0	8	5.6	9	10.6	17
42-47	0.0	0	4.4	7	13.1	21	17.5	28
48-53	0.0	0	8.1	13	3.7	6	11.8	19
59-59	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0
60-65	0.0	0	6.9	11	1.8	5	8.7	14
TOTAL	0.0	0	42.6	65	57.4	90	100.0	155

Nota Aclaratorias: F=Frecuencia, %= Porcentaje

Fuente: Sabana de Datos



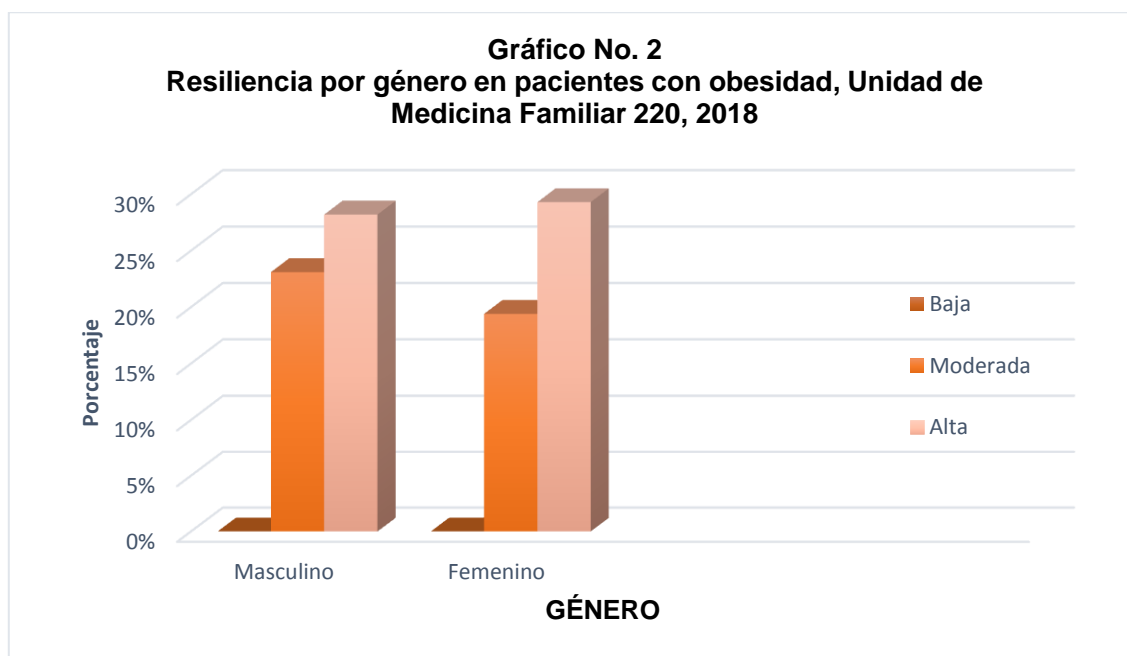
Fuente: Cuadro 1

Respecto al Gráfico 2, se encontró que el 51.3 por ciento son del género masculino y el 48.7 por ciento son del género femenino, predominando una alta resiliencia en el género femenino con 47 pacientes con obesidad (29.3%).

Cuadro No. 2
Resiliencia por género en pacientes con obesidad,
Unidad de Medicina Familiar 220, 2018.

Género	Resiliencia baja		Resiliencia moderada		Resiliencia alta		Total	
	%	F	%	F	%	F	%	F
Masculino	0.0	0	23.1	37	28.2	43	51.3	82
Femenino	0.0	0	19.4	31	29.3	47	48.7	78
TOTAL	0.0	0	42.5	65	57.5	90	100.0	155

Nota Aclaratorias: F=Frecuencia, %= Porcentaje
 Fuente: Sabana de datos



Fuente: Cuadro 2

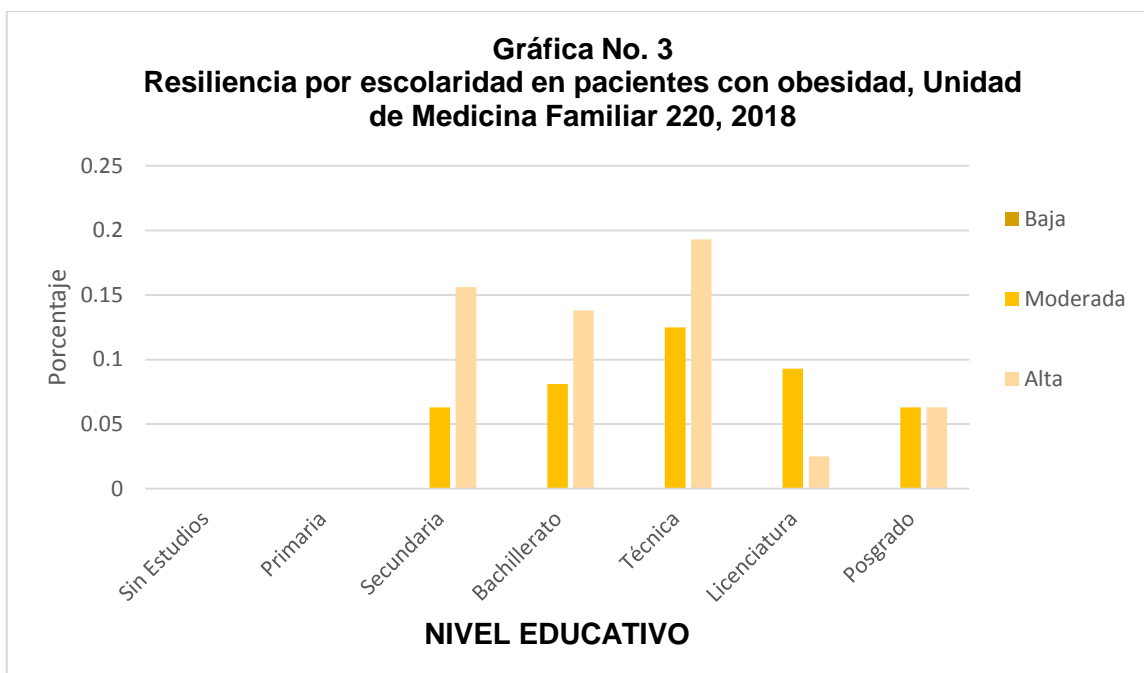
Gráfico 3 se observó la asociación de la escolaridad y la resiliencia de los pacientes con obesidad predominando los pacientes con un nivel técnico, obteniendo el porcentaje más elevado de resiliencia con un porcentaje del 19.3.

Cuadro No.3
Resiliencia por escolaridad en pacientes con obesidad, Unidad de Medicina Familiar 220,2018.

Resiliencia \ Escolaridad	Baja		Moderada		Alta		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Sin estudios	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Secundaria	0	0.0	10	6.3	25	15.6	35	56
Bachillerato	0	0.0	13	08.1	22	13.8	35	70
Técnica	0	0.0	20	12.5	31	19.3	51	68
Licenciatura	0	0.0	15	9.3	4	2.5	19	47
Posgrado	0	0.0	10	6.3	10	6.3	20	39
Total	0	0.0	65	42.5	90	57.5	155	100.0

Nota Aclaratorias: F=Frecuencia, %= Porcentaje

Fuente: Sabana de datos



Fuente: Cuadro 3

En el Gráfico 4 se observó el estado civil según la resiliencia de los pacientes en estudio; los pacientes casados tienen una resiliencia alta en un 38.7 por ciento, seguido de los pacientes solteros con el 9.3%.

Cuadro No. 4
Resiliencia por estado civil en pacientes con obesidad, Unidad de Medicina Familiar 220,2018.

Resiliencia Estado Civil	Baja		Moderada		Alta		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Soltero (a)	0	0.0	16	10.0	15	9.3	31	19.3
Casado (a)	0	0.0	47	29.4	62	38.7	109	68.1
Viudo (a)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Divorciado (a)	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Unión Libre	0	0.0	3	1.9	12	7.5	15	9.4
Madre Soltera	0	0.0	2	1.3	3	1.9	5	3.2
Padre Soltero	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	0	0	65	42.6	90	57.4	155	100.0

Nota Aclaratorias: F=Frecuencia, %= Porcentaje

Fuente: Sabana de datos



Fuente: Cuadro 4

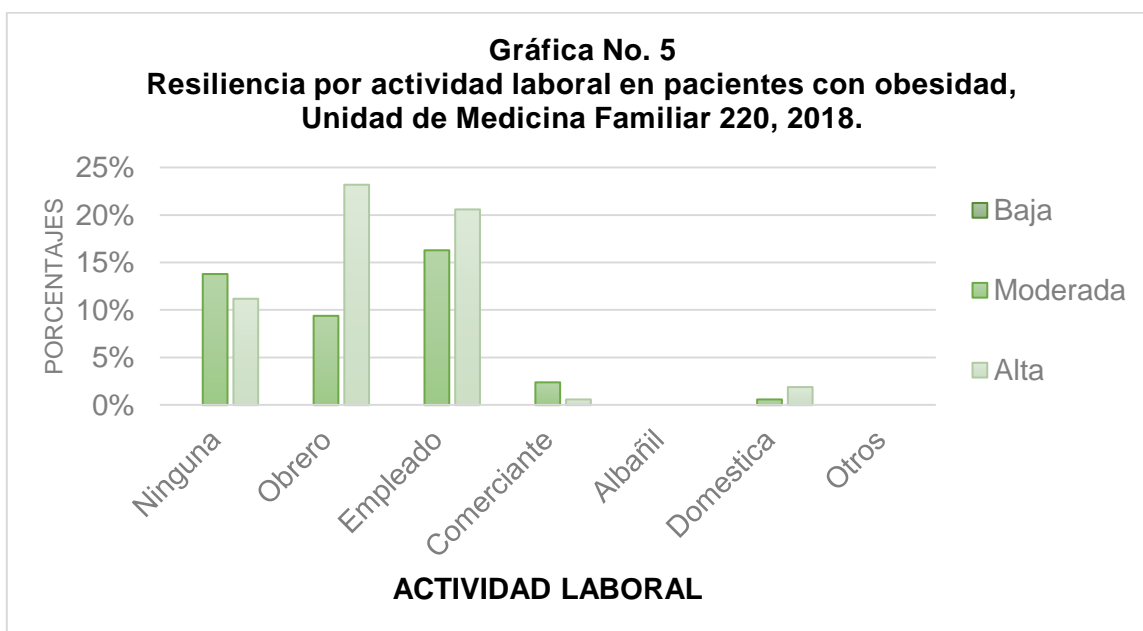
Respecto al Gráfico 5 muestro que entre la resiliencia y la actividad laboral de los pacientes con obesidad, los obreros tienen el porcentaje más elevado de resiliencia alta con el 32.1 %.

Cuadro No.5
Resiliencia por actividad laboral en pacientes con obesidad, Unidad de Medicina familiar 220.

Resiliencia \ Actividad Laboral	Baja		Moderada		Alta		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Ninguna	0	0.0	22	13.8	18	11.2	40	25.0
Obrero (a)	0	0.0	15	9.4	37	23.1	52	32.5
Empleado (a)	0	0.0	26	16.2	33	20.6	59	36.8
Comerciante	0	0.0	4	2.6	1	0.6	5	3.2
Albañil	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Domestica	0	0.0	1	0.6	3	1.9	4	2.5
Otros	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	0	0.0	65	42.6	90	57.4	155	100.0

Fuente: Sabana de Datos

Nota Aclaratorias: F = Frecuencia, % = Porcentaje



Fuente: Cuadro 5

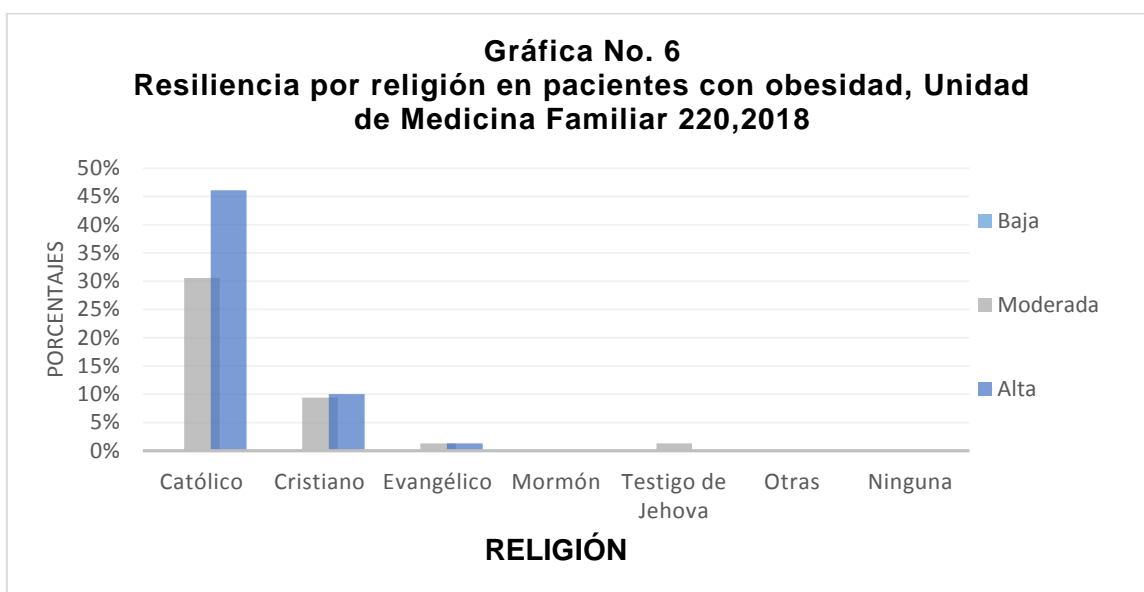
En cuanto al Gráfico 6 se identificó que entre la resiliencia y la religión 123 pacientes (76.7 por ciento) corresponde a religión católica, de los cuales el 46.1 % presentaron resiliencia alta.

Cuadro No. 6
Resiliencia por religión en pacientes con obesidad, Unidad de Medicina Familiar 220,2018.

Resiliencia \ Religión	Baja		Moderada		Alta		Total	
	F	%	F	%	F	%	F	%
Católica	0	0.0	49	30.6	74	46.1	31	76.7
Cristiana	0	0.0	15	9.4	16	10.0	109	19.4
Evangélica	0	0.0	2	1.3	2	1.3	0	2.6
Mormón	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
T. de Jehová	0	0.0	2	1.3	0	0.0	0	1.3
Otras	0	0.0	0	0.0	0	0.0	5	0.0
Ninguna	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
Total	0	0.0	65	42.6	95	57.4	155	100.0

Fuente: Concentrado de Datos

Nota Aclaratorias: F = Frecuencia, % = Porcentaje



Fuente: Cuadro 6

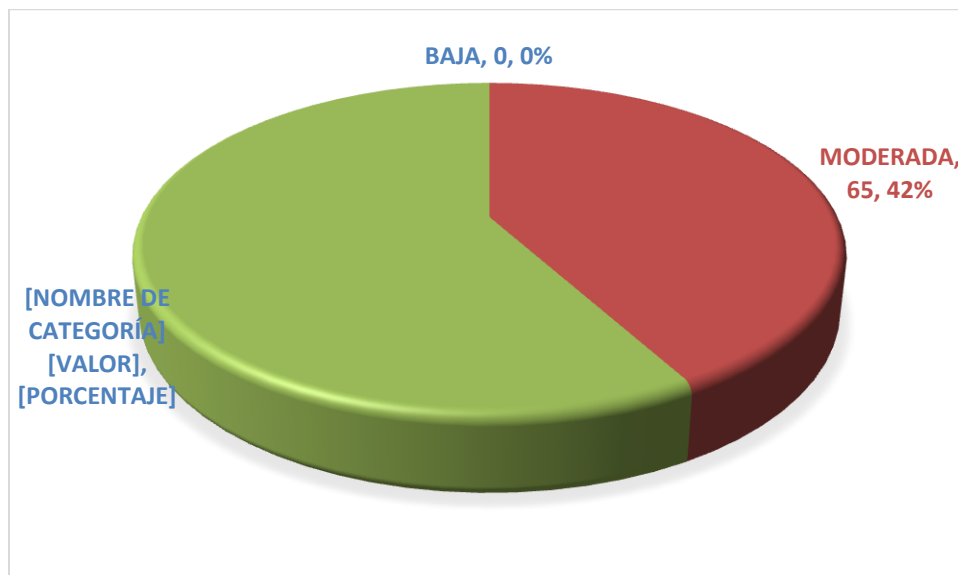
Referente al Gráfico 7 se identificó que los factores protectores externos de 90 pacientes (57.5 por ciento) predominó en pacientes con resiliencia alta, seguido de paciente con resiliencia moderada en un 42.5 %.

Cuadro No. 7
Factores Protectores Externos en pacientes con obesidad,
Unidad de Medicina Familiar 220,2018.

Factores Protectores Externos	F	%
BAJA	0	0
MODERADA	65	42.5
ALTA	90	57.5
TOTAL	155	100%

Fuente: Sabana de Datos
 Nota Aclaratorias: F = Frecuencia, % = Porcentaje

Gráfica no.7
Factores protectores externos en pacientes con obesidad, Unidad de Medicina
Familiar 220,2018.



Fuente: Sabana de Datos

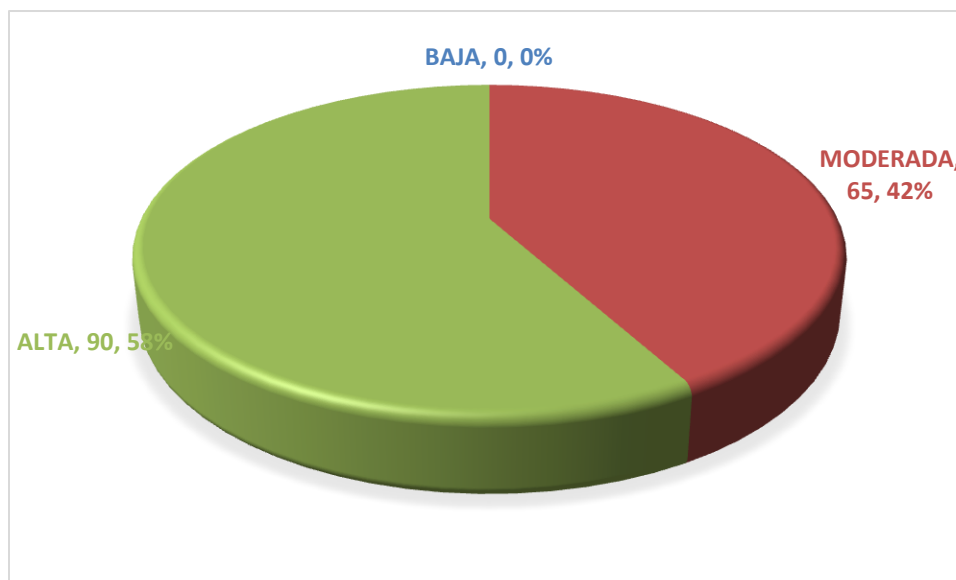
Respecto al Gráfico 8 se identificó que los factores protectores internos de 90 pacientes (57.5 por ciento) predominó en pacientes con resiliencia alta, seguido de paciente con resiliencia moderada en un 42.5 %

Cuadro No. 8
Factores Protectores Internos en pacientes con obesidad,
Unidad de Medicina Familiar 220,2018.

Factores Protectores Internos	F	%
BAJA	0	0
MODERADA	65	42.5
ALTA	90	57.5
TOTAL	155	100%

Fuente: Sabana de Datos
 Nota Aclaratorias: F = Frecuencia, % = Porcentaje

Gráfica No.8
Factores Protectores Internos en pacientes con obesidad,
Unidad de Medicina Familiar 220,2018.



Fuente: Cuadro 8

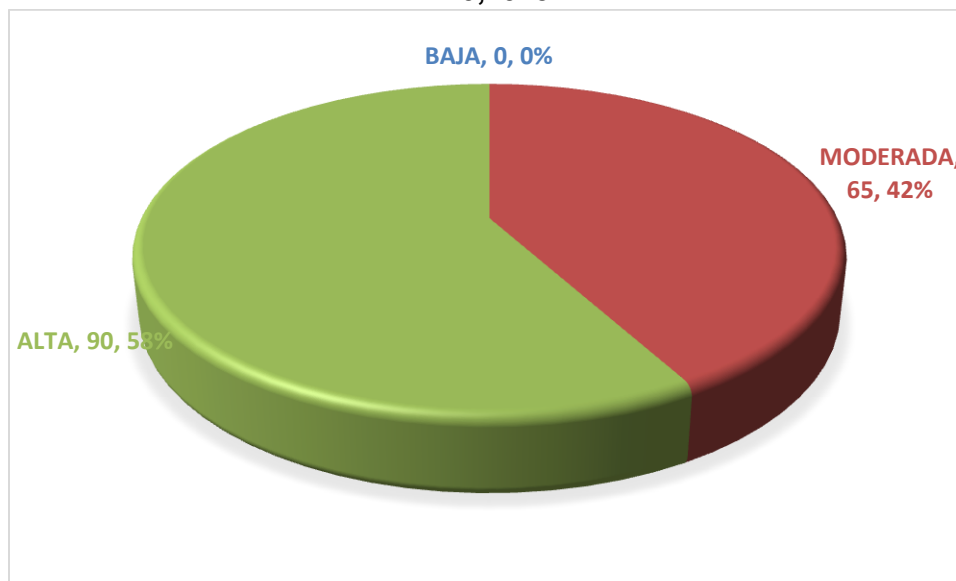
Finalmente, en cuanto al Gráfico 9 se identificó que los factores protectores internos de 90 pacientes (57.5 por ciento) predominó en pacientes con resiliencia alta, seguido de paciente con resiliencia moderada en un 42.5 %

Cuadro No. 9
Empatía en pacientes con obesidad, Unidad de Medicina Familiar
220,2018.

Empatía	F	%
BAJA	0	0
MODERADA	65	42.5
ALTA	90	57.5
TOTAL	155	100%

Fuente: Sabana de Datos
 Nota Aclaratorias: F = Frecuencia, % = Porcentaje

Grafica No. 9
Empatía en pacientes con obesidad, Unidad de Medicina Familiar
220,2018.



Fuente: Cuadro 9

4. DISCUSIÓN

La deducción que se puede hacer con el desarrollo del presente estudio con respecto a la Resiliencia en pacientes con obesidad en la Unidad de Medicina Familiar No 220 es la siguiente:

Al realizar un análisis de los resultados de resiliencia tomando la variable edad, observamos que a medida que aumenta la edad, existe una resiliencia menor, como lo señala Johnson y Tarrier (2012) que reportan que los adultos jóvenes son el grupo más resiliente con respecto a la capacidad de regulación emocional y resolución de problemas. Los estudios de Saavedra y Villalta (2008), indican que los niveles de resiliencia no están relacionados directamente a los tramos de edad y sólo aprecia una diferencia significativa entre 19 y 24 años que reportan puntajes más altos en resiliencia y los adultos entre 46 y 55 años de edad los más bajos.

Un punto contradictorio es el relacionado con el nivel de resiliencia y género, pues mientras que algunos autores reportan que existen diferencias entre hombres y mujeres (Consedine, Magai & Krivoshekova; Nygren, Jonsen, Gustafson, Norberg & Lundman, 2005) hay quienes no encuentran diferencia alguna (Keneally, 1993).

Los resultados de esta investigación dejan ver que sí existe relación entre las variables estudiadas. Es decir, en la medida en que el individuo posea un estilo de enfrentamiento de tipo directo, se asocia con los factores protectores internos, externos y empatía de resiliencia. Lo cual coincide con Milgram y Palti (1993), quienes explican que las personas que enfrentan exitosamente diversas fuentes de estrés en la vida son aquellas que son activas frente a estas situaciones. Cuando los recursos naturales no son suficientes, estas personas los buscan como una forma de suplir sus necesidades.

5. CONCLUSIONES

Se puede concluir que esta investigación aportó datos relevantes para el investigador como el conocer que en la UMF 220 no haya ningún estudio sobre resiliencia y obesidad, se desconoce incluso del término, así como la importancia de dicha característica en el estudio y aplicación de la enfermedad como lo es la obesidad, al considerar los procesos salud enfermedad desde un enfoque de promoción, prevención e intervención positiva.

Se propone que con esta información se pueda hacer seguimiento de los pacientes con esta enfermedad; al mismo tiempo se deja como línea de investigación para que los que deseen profundizar en este problema lo tomen como base.

Es importante difundir los resultados obtenidos al personal médico que labora en la U.M.F. No. 220, así como establecer estrategias para mejorar la labor clínica del médico familiar a fin de prevenir y atender en forma oportuna al paciente con obesidad en la esfera psicológica, lo que impactaría en la morbi-mortalidad. En ese sentido, el uso del concepto de resiliencia funge como una alternativa para promover la aceptación e implementación de las modificaciones indicadas, lograr una adherencia terapéutica apropiada, así como una adaptación más sencilla a los nuevos hábitos de salud. Enfrentar la enfermedad crónica y adecuarse a nuevos hábitos de vida requiere esfuerzo, dedicación y superación de la situación. De esa manera, la resiliencia se ha mostrado como un concepto que puede contribuir para el control de la enfermedad crónica.

6. RECOMENDACIONES

Se recomienda que se realicen intervenciones psicosociales con personas en situación de riesgo como lo es la obesidad a través de talleres para incrementar los comportamientos protectores (resiliencia) y disminuir los factores de riesgo. Así como fomentar el interés en el personal de Salud que labora en la Unidad de Medicina Familiar 220 en los temas de resiliencia para continuar realizando investigaciones sobre estos temas con la finalidad de ampliar conocimientos que permitan desarrollar nuevas estrategias de prevención de dichas alteraciones. La necesidad de considerar esta epistemología del desarrollo humano, atiende a las particularidades del contexto y plantea la responsabilidad multidisciplinaria de promoción de la salud y la calidad de vida.

A partir de la revisión teórica; en cuanto al idioma de los estudios publicados en español, encontré reducida cantidad en comparación de los artículos publicados en inglés; por lo cual se sugiere animar a la formación de nuevos grupos de investigación sobre resiliencia en otras áreas geográficas como México de modo que posibiliten un panorama más general de los estudios sobre resiliencia con muestra y realidades culturales de nuestro país.

Finalmente, si bien estos resultados coinciden con otros estudios, se recomienda ser cautelosos para su generalización, ya que las muestras bajo estudio tienen sus propias particularidades como el ambiente y contexto de desarrollo. Además de que se trata de un estudio en proceso puede proporcionar importantes hipótesis e investigaciones futuras deberán determinar si los resultados obtenidos en este trabajo de investigación se mantienen de manera constante en un estudio con diseño longitudinal y que a la vez cubran otras variables.

BIBLIOGRAFIA

1. Cabrejos J. La promoción de la resiliencia y el diseño de políticas sociales. Rev. Fac. Cien. Ecón. Univ. Nac. Mayor de San Marcos 2015;10 (28): 47 - 70.
2. Grotberg E. Nuevas tendencias en resiliencia. En: Melillo A, Suárez EN, compiladores. Resiliencia, descubriendo las propias fortalezas. Paidós; 2013. p. 20.
3. Trujillo M. La resiliencia en la psicología social. Psicología Online 2006.
4. Scoville M. Wartime tasks of psychiatric social workers in Great Britain. American Journal of Psychiatry 2012; 99, 358 - 363.
5. Lösel F. On the concept of invulnerability: evaluation and first results of the bielefeld project. En: Brambring M, Lösel F, Skowronek H, editors. Children and risk: assessment, longitudinal research, and intervention. New York: Walther de Gruyter; 2013. pp. 186 - 219.
6. Palomar J, et al. Desarrollo de una escala de medición de la resiliencia con mexicanos. Rev. Interdisciplinaria 2010; 27(1): 7-22.
7. Suárez E. El concepto de resiliencia desde la perspectiva de la promoción de salud Resiliencia: Construyendo en adversidad. Santiago (Chile): CEANIM; 2006. pp. 51 - 64.
8. López V. Educación y resiliencia: alas de la transformación social. Rev. Actualidades Investigativa en Educación 2010; 10 (2): 1-14.
9. Kotliarenko M, Estado del arte en resiliencia. Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Organización Mundial de la Salud, Centro de Estudios de Atención al Niño y la Mujer; 2007.
10. González N, Resiliencia y personalidad en adultos, Revista electrónica de psicología Iztacala, 14, (4) 2011.
11. Pablo G, et al. (2016). Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016. Instituto Nacional de Salud Pública, Primera Edición 2016; 1-200.
12. Saavedra E. Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. LIBERAMIT: Lima, 14:31-40, 2010

13. Carballo, A., et al, El Problema de la Obesidad en México: diagnóstico y acciones regulatorias para enfrentarlo. Comisión Federal de Mejora Regulatoria, (02); 1-118.2012.
14. Secretaría de Salud[México] Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.México: Diario Oficial de la Federación;2010.
15. World Health Organization. 2008-2013 action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases: prevent and control cardiovascular diseases, cancers, chronic respiratory diseases and diabetes.Geneva: World Health Organization;2008.
16. Córdova A. Implementation in Mexico of the National Agreement for Nutrition and Health as a strategy against overweight and obesity. Cir Cir. 2010;78(2):105-7.
17. Secretaría de Salud [México]. Estrategia Nacional para la Prevención y el Control del Sobrepeso, la Obesidad y la Diabetes. México: Secretaría de Salud; 2013.
- 18.Prevencción, Diagnóstico y tratamiento de Obesidad Exógena. México. Secretaria de Salud, Guías de Prácticas Clínicas IMSS, actualizado en 2012
19. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012.
20. Olaiz-Fernández G, et.al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2016. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2016.
- 21.Gutiérrez JP, et al. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
- 22.OCDE (2011), Health at a Glance 2011: OCDE Indicators, OCDE Publishing. doi: 10.1787/health_glance-2011-en.
22. Swinburn B. A., et.al. The global obesity pandemic: shaped by global drivers and local environments. Lancet. 2011; 378: 804-814.
23. González Norma et.al Resiliencia :Diferencias por edad en Hombres y Mujeres Mexicanos, ACTA DE INVESTIGACIÓN PSIGOLÓGICA,2013, 3(1),941-9

ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento Informado



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:	PREVALENCIA DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON OBESIDAD EN LA UMF 220, 2018.
Patrocinador externo (si aplica):	ENERO A MARZO DEL 2018
Lugar y fecha:	
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	DETERMINAR LAPREVALENCIA DE RESILIENCIA EN PACIENTES CON OBESIDAD EN LA UMF 220, 2018.
Procedimientos:	OBSERVACIONAL
Posibles riesgos y molestias:	NINGUNA
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	MEJORAR TRATAMIENTO
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	LAS NECESARIAS
Participación o retiro:	DECISIÓN DEL PACIENTE
Privacidad y confidencialidad:	COMPLETAMENTE
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	NO APLICA ES OBSERVACIONAL
Beneficios al término del estudio:	MEJORAR LA ATENCIÓN Y EL SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON OBESIDAD
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	DRA. MARIBEL MELISSA SORIANO SANDOVAL
Colaboradores:	DRA. JANET MATA JIMÉNEZ

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:

Nombre y firma del sujeto	Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma	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

ANEXO: 2 Cronograma de Gannt

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL						
NOMBRE INVESTIGADOR: Maribel Melissa Soriano Sandoval						
PROGRAM ADO			ACTIVIDAD A DESARROLLAR	REAL		
2017-2019				2017- 2019		
1ER AÑO	2DO AÑO	3ER AÑO		1ER. AÑO	2DO AÑO	3ER AÑO
25/03/2017			Planteamiento del problema	25/03/2017		
08/03/2017			Revisión y análisis de bibliografía	08/03/2017		
15/04/2017			Selección Director de Tesis	15/04/2017		
22/04/2017			Justificación	22/04/2017		
29/04/2017			Formulación de objetivos	29/04/2017		
06/05/2017			Material y métodos	06/05/2017		
13/05/2017			Resumen del proyecto	13/05/2017		
20/07/2017			Presentación del protocolo al CLI	20/07/2017		
25/07/2017			Elaboración de correcciones sugeridas por CLI	25/07/2017		
	03/03/2018		Presentación de correcciones al CLI		03/03/2018	
	07/04/2018		Recolección de datos		07/04/2018	
	11/05/2018		Codificación de los datos		11/05/2018	
	11/05/2018		Análisis estadístico de los datos		11/05/2018	
	09/11/2018		Elaboración de cuadros y graficas de los datos		09/11/2018	
		03/03/2019	Redacción de resultados			03/03/2019
		03/03/2019	Redacción de Discusión conclusiones			03/03/2019
		2019	Informe Final al CLI			2019
		2019	Difusión de los resultados			2019
		2019	Redacción del escrito científico			2019
			Publicación de los resultados			
ELABORO:			M.C MARIBEL MELISSA SORIANO SANDOVAL DRA. JANET MATA JIMENEZ			

ANEXO 3: Instrumento de investigación

Llenado desde ficha clínica:

1. Peso: _____
2. Estatura: _____
4. Edad: _____
5. Género: _____
6. Escolaridad: _____
7. Estado Civil: _____
8. Religión: _____
9. Actividad Laboral: _____

CUESTIONARIO DE RESILIENCIA 2011 (González-Arratia 2011)

Instrucciones. A continuación, se presenta una serie de preguntas que tienen por qué ver con tu forma de pensar y actuar ante la vida. Por favor coloca una (x) en el cuadrado que más se acerque a lo que tú eres, pensando en qué medida crees que te sentiste, actuaste o te comportaste en una situación de crisis o cuando hayas tenido algún problema. Siempre ten presente la situación. No dejes ninguna pregunta sin contestar. Por tu colaboración, muchas gracias.

No.	Pregunta	Siempre	La mayoría de las veces	Indeciso	Algunas veces	Nunca
1	Yo soy feliz cuando hago algo bueno por los demás					
2	Yo soy respetuoso de mí mismo y de los demás					
3	Soy agradable con mis familiares					
4	Soy capaz de hacer lo que quiero					
5	Confío en mí mismo					
6	Soy inteligente					
7	Yo soy acomedido y cooperador					
8	Soy amable					
9	Soy compartido					
10	Yo tengo personas que me quieren incondicionalmente					
11	Conmigo hay personas que quieren que aprenda a desempeñarme solo					
12	Hay personas que me ayudan cuando estoy enfermo o en peligro					
13	Cerca de mí hay amigos en quien confiar					
14	Tengo personas que me quieren a pesar de lo que sea o haga					

No.	Pregunta	Siempre	La mayoría de las veces	Indeciso	Algunas veces	Nunca
16	Tengo metas a futuro					
17	Estoy dispuesto a responsabilizarme de mis actos					
18	Estoy siempre pensando la forma de solucionar mis problemas					
19	Estoy siempre tratando de ayudar a los demás					
20	Soy firme en mis decisiones					
21	Me siento preparado para resolver mis problemas					
22	Comúnmente pienso en ayudar a los demás					
23	Enfrento mis problemas con serenidad					
24	Yo puedo controlar mi vida					
25	Puedo buscar la manera de resolver mis problemas					
26	Puedo imaginar las consecuencias de mis actos					
27	Puedo reconocer lo bueno y lo malo para mi vida					
28	Puedo reconocer mis cualidades y defectos					
29	Puedo cambiar cuando me equivoco					
30	Puedo aprender de mis errores					
31	Tengo esperanza en el futuro					
32	Tengo fe en que las cosas van a mejorar					

ANEXO 4. Sabana de Datos

Nombre (iniciales)	PESO	ESTATURA	IMC	GENERO	ESCOLARIDAD	EDO CIVIL	RELIGIÓN	ACT.LABORAL	FPI	FPE	EMPATIA

