

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



FACULTAD DE MEDICINA, DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO SUBDIVISION DE MEDICINA
FAMILIAR

TITULO DEL PROYECTO

*FRECUENCIA DE TRASTORNOS PSICOLÓGICOS Y DISFUNCIÓN FAMILIAR EN PACIENTES CON
SOBREPESO U OBESIDAD DE LA UMF No. 50, COSALÁ, SINALOA*

AUTOR:

**DR. LUIS ÁNGEL MÉNDEZ CAMACHO ADSCRITO A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 50,
COSALÁ, SINALOA, TELÉFONO: 01 (696) 9650109, CORREO: lmend@hotmail.com**

ASESOR DE TESIS:

MC. PAULA FLORES FLORES

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

DR. JUAN JOSÉ MAZÓN RAMÍREZ

COORDINADOR EN DOCENCIA

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

TESIS

**COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIA No. 50, COSALA, SINALOA. 2017



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.

Í N D I C E

I. OBJETIVOS DEL ESTUDIO	3
General	3
Específicos.....	3
II. MARCO TEÓRICO	4
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
IV. JUSTIFICACIÓN	15
V. HIPOTESIS.....	16
VI. MATERIAL Y MÉTODOS	17
Lugar de estudio	17
Periodo de estudio	17
Diseño y tipo de estudio.....	17
Criterios de selección	17
Criterios de inclusión	17
Criterios de exclusión	17
Criterios de eliminación	17
Técnicas y procedimientos.....	18
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	21
DISEÑO ESTADÍSTICO	24
MUESTREO	24
MUESTRA.....	24
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	25
RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES.....	26
Recursos Humanos.....	26
Recursos Materiales	26
CONSIDERACIONES ÉTICAS	27
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	28
VII. RESULTADOS.....	30
VIII. DISCUSIÓN	40
IX. CONCLUSIONES	42
X. BIBLIOGRAFÍA.....	44
XI. ANEXOS	47

I. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General

Describir la frecuencia de trastornos psicosociales y disfunción familiar en pacientes con sobrepeso/obesidad de la Unidad de Medicina Familiar No. 50 Cosalá, Sinaloa.

Específicos

- Registrar las condiciones sociodemográficas de los pacientes con sobrepeso u obesidad adscritos a la UMF No. 50, Cosalá, Sinaloa.
- Estimar el peso, talla e índice de masa corporal
- Determinar el porcentaje de pacientes que sufren de ansiedad, depresión, trastornos alimenticios.
- Evaluar el grado de funcionalidad familiar usando la escala de APGAR.

II. MARCO TEÓRICO

El sobrepeso y la obesidad se caracterizan por la acumulación anormal y excesiva de grasa corporal que es perjudicial para la salud, y su grado dependerá de acuerdo con las condiciones de cada población, según el ámbito geográfico, la raza o etnia, el status económico y la susceptibilidad de cada individuo.¹ Ambas, se acompañan de alteraciones metabólicas que incrementan el riesgo para desarrollar comorbilidades tales como: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares y cerebrovasculares, así como algunas neoplasias en mama, endometrio, colon y próstata, entre otras.

Desde 1980 la obesidad se ha duplicado en todo el mundo, en el 2008, habían 1400 millones de adultos, de 20 y más años, que tenían sobrepeso (35%), y de éstos 200 millones de hombres y 300 de millones mujeres eran obesos (11%). En el 2012, más de 40 millones de niños menores de 5 años tenían sobrepeso.² Expertos en salud pública de diferentes países han consensuado la postura de que el trabajo prioritario de investigación en torno a la obesidad debería enfocarse en la edades pediátricas por un lado y en trabajos de intervención primaria y secundaria por el otro.³

En los Estados Unidos, así como a nivel mundial, se ha producido un aumento significativo en las tasas de sobrepeso y obesidad. El Sistema de Vigilancia Nutricional Pediátrica (Pediatric Nutrition Surveillance System, PedNSS) informó que en el 2001, un 13.1% de niños desde el nacimiento hasta los cinco años, presentaron sobrepeso (sobre o en el percentil 95, IMC por edad). Resultados recientes de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (National Health and Nutrition Examination Survey, NHANES) del período 1999-2000 indican que entre los niños estadounidenses de seis a 19 años, un 31% de ellos presentaban riesgo de sobrepeso u obesidad, y un 16% de ese 31% presentaban sobrepeso. El estudio señala además que, en la población adulta, cerca de dos tercios (65.1%) de ella tuvo exceso de peso en el periodo 1999-2002. En este grupo, el 30.4% fue clasificado como obeso y el 4.9% como obeso mórbido.⁴

En la actualidad, la obesidad es considerada en México como un problema de salud pública, debido a su magnitud y trascendencia; por esta razón, los criterios para su manejo deben orientarse a la detección temprana, la prevención, el tratamiento integral y el control del creciente número de pacientes que presentan esta enfermedad lo que implica la participación de un equipo multidisciplinario conformado por médicos, psicólogos, nutriólogos y licenciados en educación física y deporte, además de un manejo conductual basados en a familia, en donde se ha observado que cuando los niños y los padres son blanco de los cambios de comportamiento en conjunto, los resultados de pérdida de peso generalmente mejoran.^{5,6}

También es de vital importancia tomar en consideración los aspectos psicológicos y culturales, a fin de generar intervenciones y políticas públicas en el combate contra la obesidad así como de realizar una vigilancia efectiva de normativas en materia de publicidad alimentaria y en el etiquetado accesible a todo público de los producto comestibles.⁷

Estudios recientes demuestran que la incidencia y prevalencia del sobrepeso y la obesidad han aumentado de manera progresiva durante los últimos seis decenios y de modo alarmante en los últimos 20 años, hasta alcanzar cifras de 10 a 20% en la infancia, 30 a 40% en la adolescencia y 60 a 70% en los adultos.

Podemos definir al sobrepeso al estado caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal (IMC) igual o mayor a 25 kg/m² y menor a 30 kg/m² y la obesidad para un IMC de 30 kg/m² o más.

En menores de 19 años, el sobrepeso se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentila 85 y por debajo de la 95, de los cuadros de edad y sexo de la OMS.

Obesidad es 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.

En menores de 19 años, la obesidad se determina cuando el IMC se encuentra desde la percentila 95 en adelante, de los cuadros de IMC para edad y sexo de la OMS.

Percentila es el valor que divide un conjunto ordenado de datos estadísticos, de forma que un porcentaje de tales datos sea inferior a dicho valor. Así, un individuo en el percentil 85, está por encima del 85% del grupo a que pertenece.

Estatura baja es la clasificación que se hace como resultado de la medición de estatura menor a 1.50 metros en la mujer adulta y menor de 1.60 metros para el hombre adulto.

Índice de Masa Corporal es el criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso en kilogramos, entre la talla en metros elevada al cuadrado (IMC).⁸

De acuerdo a la encuesta nacional de salud y nutrición 2012 (ENSANUT), la prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población infantil en México fue de 34.4% (19.8 y 14.6% respectivamente); 32% para las niñas (20.2 y 11.8%, respectivamente) y 36.9% para los niños (19.5 y 17.4% respectivamente). Estas prevalencias en niños en edad escolar representan alrededor de 5,664,870 niños con sobrepeso y obesidad en el ámbito nacional, de los cuales el 38.1% son derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, y la región noroeste de México es la que tiene la mayor prevalencia, la cual esta 12% arriba de la media nacional.^{9,10} El sobrepeso y obesidad en Sinaloa en niños (recién nacidos a 11 años) es del 31.6%, en los adolescentes (12 a los 19 años) es del 29.9% y en los adultos (20 o mas años) es del 69.7%.¹¹

La obesidad es en sí misma un factor de riesgo de enfermedades crónicas, ya mencionadas, tanto en la niñez como en la edad adulta. Es por ello que la definición y profundización en el estudio de los factores biológicos, psicológicos y sociales relacionados con esta problemática cobran gran relevancia.

Cabe resaltar la trascendencia y determinación que tienen los aspectos psicológicos en la producción y mantenimiento de la obesidad. Estos factores precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos, por lo que deben contemplarse si se pretende

mantener un peso adecuado. La atención de las características psicológicas es de fundamental importancia, de lo contrario la persona difícilmente será capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento, y por consecuencia tendrá mayor dificultad para bajar de peso y/o mantenerlo.¹²

El origen de esta enfermedad es multifactorial cuya etiopatogenia, expresión clínica y tratamiento sólo se pueden entender mediante un enfoque biopsicosocial.

Independientemente del grado de obesidad, la preocupación por la comida se puede conectar con la insatisfacción de la imagen corporal y el desarrollo de practicas riesgosas como son las dietas restrictivas, que pueden conducir al desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria, situación que causa, favorece y mantiene el problema de obesidad.

Durante muchos años se ha mantenido la teoría de que los obesos son personas que tienen problemas afectivos o de personalidad que intentan aliviar mediante la conducta de comer. Esto, aunado a las condiciones ambientales –culturales y sociales– en que se desenvuelve un paciente, influye en su funcionamiento y bienestar psicológico, físico y social.¹³

Las personas con sobrepeso viven hoy en una sociedad “obeso-fóbica” que estigmatiza al obeso. Esto trae consecuencias en la autoestima, alteración en sus relaciones interpersonales, menos posibilidades de acceso a los mejores trabajos y mejores parejas, provocando mayor depresión y ansiedad, haciendo de esto un círculo.

Se viven sentimientos de desvalorización cotidianos, todos se enfrentan a la misma presión social, lo que no quiere decir que todos la elaboren de la misma manera. Así, de acuerdo a su historia personal y en combinación con los conflictos generados por un medio social hostil, la persona obesa puede o no desarrollar una psicopatía y en algunos casos trastornos alimentarios.

Sumado a todo esto, están las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas hipocalóricas estrictas (como aumento de depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad), de los ciclos de pérdida – recuperación de peso (efecto yo – yo), que los hacen sentir culpables, avergonzados, inadecuados y criticados por su fracaso por familiares, compañeros de trabajo y profesionales de la salud, logrando conducir al obeso al desarrollo de nuevas patologías psiquiátricas, entre las que destacan la depresión, la ansiedad, angustia y hasta el trastorno alimentario compulsivo.¹⁴

Se han realizado diversas investigaciones internacionales con adultos procedentes de distintas poblaciones. Así, comenzando con macro encuestas llevadas a cabo en Estados Unidos se han encontrado los siguientes resultados: a) en 2008, aprovechando una encuesta epidemiológica sobre alcohol y condiciones relacionadas a 41,654 personas, se encontró que aquellas obesas o extremadamente obesas, en comparación con las que no lo eran, mostraban mayores niveles de prevalencia de trastornos del ánimo, ansiedad o consumo de alcohol; b) en una encuesta similar, publicada en 2010, realizada en dos periodos de tiempo (1991- 1992 y 2001-2002) entrevistando a 39,312 y 39,625 adultos respectivamente, los cuales fueron seleccionados de manera aleatoria, se encontró una fuerte asociación entre historia familiar de alcoholismo o problemas con el alcohol y la obesidad, sobre todo en mujeres; c) en un tercer informe publicado en 2007 a partir de datos de la encuesta nacional sobre salud elaborada también entre 2001 y 2002, se halló que el sobrepeso y la obesidad estaban relacionados con ciertos problemas de orden psicológico como los episodios depresivos, el trastorno de pánico, las fobias, la personalidad antisocial y el trastorno por evitación, si bien se encontraron importantes diferencias de género, dado que en hombres la relación más clara era solo entre sobrepeso y trastorno de pánico. En Estados Unidos también se han realizado estudios en población infanto-juvenil, por ejemplo, el estudio publicado en 2010, donde se evaluó a 367 adolescentes (12.7 años de edad media) en quienes observaron que aquellos con comportamiento compulsivo con respecto a la comida tenían significativamente mayor tendencia hacia los trastornos alimentarios, así como más síntomas depresivos y de ansiedad, que aquellos que no tenían dicho comportamiento

compulsivo.

En otros países, utilizando también la metodología de encuestas se ha encontrado comorbilidad entre obesidad y psicopatología. En Canadá destacan los siguientes dos trabajos: en el primero, publicado en 2010, en el que se encuestó a 1,490 adolescentes, se comprobó que aquellos que eran obesos, en comparación con los adolescentes con peso bajo o normal, tenían mayor insatisfacción corporal y mayor sintomatología depresiva, en particular, niveles más elevados de anhedonia, autoestima negativa y depresión general; en el segundo, publicado en 2009 y relativo a una encuesta de salud comunitaria realizada a 36.984 personas mayores de 15 años siguiendo los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* cuarta edición (DSM- IV), se comprobó que la obesidad estaba asociada a una mayor probabilidad de padecer diferentes trastornos mentales como depresión, manía, ataques de pánico, fobia social y agorafobia sin trastorno de pánico, así como ideación y tentativa suicidas.

Por otro lado, en Francia en 2010 se publicó una encuesta realizada a 1,030 niños de 6 a 11 años y a sus familiares, de la que se concluyó que el exceso de peso estaba asociado no solo a ciertas variables psicosociales, como bajos ingresos mensuales, sino también con variables psicopatológicas como mayores niveles de ansiedad generalizada, trastornos de conducta informados por los padres, problemas emocionales y dificultades con los compañeros.¹⁵

En el año del 2003, se realizó un estudio descriptivo transversal, de ansiedad, depresión y conducta alimentaria en obesos sin diagnóstico psiquiátrico previo en atención primaria. Se analizaron pacientes de ambos sexos de 15 a 42 años, sin diagnóstico ni tratamiento previo psiquiátrico, cuyo IMC fue mayor a 27. Se tomaron medidas antropométricas para calcular el IMC y se utilizaron las escalas de *Hamilton* por ansiedad, de depresión de Montgomery-Asberg, el inventario de trastornos alimentarios (EDI), test de bulimia Edimburgo (BITE).

Se encuestaron 248 personas de las cuales el 64.5% eran mujeres, la edad media fue de 27.8 años, el 43% de los pacientes obesos presentó rasgos depresivos, el 10% de

los obesos, en el inventario de trastornos alimentarios, presentó un impulso a la delgadez, el 39% presentó una insatisfacción corporal, el patrón bulímico se presentó en el 12% de los obesos.¹⁶

En agosto del 2006 en Chile se realizó un artículo sobre la detección de síntomas depresivos en pacientes con sobrepeso y obesidad en un centro de atención de salud especializado de Santiago oriente, entre marzo y agosto del 2005, estudiándose 100 pacientes que acudieron a control de sobrepeso y obesidad, incluyéndose personas de ambos sexos entre 18 y 72 años. En su primer consulta se realizaron estudios antropométricos, se clasificaron de acuerdo a su IMC y psicológicos. Se consideró a los pacientes con sobrepeso si presentaban un IMC entre 25 y 29.9, y obesos de 30 o mayor. La evaluación psicológica se realizó mediante la aplicación de la subescala de depresión del cuestionario de Goldberg, obteniéndose como resultado que el 61% de los pacientes encuestados presentaban un grado de depresión.¹⁷

En noviembre del 2006 también en Chile se realizó un estudio acerca de la ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad, en este estudio se incluyeron 65 pacientes que acudieron a control de sobrepeso/obesidad a un centro de atención de salud especializado en la atención de sobrepeso y obesidad, en el sector oriente de Santiago, entre marzo y mayo del 2005, incluyendo sujetos entre los 18 y 72 años. Se les realizaron medidas antropométricas, calculando el IMC, para clasificar a los pacientes en sobrepeso u obesidad y para valorar en estado de ansiedad, se les aplicó la Escala de Ansiedad del Cuestionario de Goldberg y obteniendo los siguientes resultados: 73.9% de los pacientes con sobrepeso u obesidad presentaron ansiedad.¹⁸

En el artículo ansiedad, depresión y calidad de vida del paciente obeso (2008) se valoraron 296 pacientes obesos (entre 18 y 79 años) que acudieron a una clínica de control de peso, valorando los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida, aplicándose la escala de Beck para depresión y *Hamilton* para ansiedad, además de un cuestionario de calidad de vida, comparándose los resultados en hombres y mujeres, además de la medición el índice de masa corporal para clasificar a los pacientes en

cuanto a su peso. Los resultados reportaron una media en la escala de ansiedad de *Hamilton* de 16, lo que significó una ansiedad de intensidad leve, una media en la escala de Beck de 12, lo que corresponde a una depresión leve y el cuestionario de calidad de vida en donde se encontró poca satisfacción de los pacientes sobre su peso, figura, imagen corporal, bienestar físico, imagen social, ambiente laboral.¹⁹

En otro artículo de asociación depresión-obesidad (2009), realizado en la unidad de medicina familiar # 80 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Morelia, Michoacán, se decidió realizar entre marzo y diciembre del 2006 un estudio transversal en el que se aplicaron encuestas a 105 pacientes adultos, de la unidad, entre 20 y 65 años donde predominó el sexo femenino, se calculó el IMC en los pacientes para clasificar el grado de sobrepeso u obesidad, encontrándose obesidad grado I en 70% de los pacientes, obesidad moderada en 23%, y obesidad severa en 7%, la depresión fue estudiada con el auxilio de la escala de *Zung*, los resultados reportaron lo siguiente: 76% de los adultos encuestados (80/105) no estaban deprimidos, tenían depresión ligera 23% (24/105), depresión moderada 1% (1/105) y ninguno depresión severa.²⁰

En el 2009 en el Hospital General de Zona #4 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalupe, Nuevo León, se realizó un estudio, expuesto el artículo en el 2011, de casos y controles pareado por sexo y edad en 130 niños de 8 a 15 años con sobrepeso y obesidad. Los 130 controles fueron escolares, buscando evaluar la asociación entre la obesidad y sobrepeso y los factores psicológicos, sociales, biológicos y ambientales. Se aplicó la encuesta CDI-S (children's Depression Inventory-Short) versión en español para estudiar la depresión en estos pacientes, reportando que en solo 10% de los pacientes se encontraba en riesgo de presentar depresión.²¹

En el año del 2010, en España se realizó un estudio descriptivo, transversal acerca de la implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad, tomando a 281 jóvenes, entre los 11 y 17 años, en su mayoría mujeres (56%). Se calculó el IMC, usando los cuadros de la OMS, y se utilizaron los cuestionarios Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2), cuestionario de depresión (CDI) y cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI), obteniendo los siguientes resultados:

12% presentaron ansiedad y 11% depresión, y en estos pacientes se encontró mayores trastornos en la alimentación, bulimia en 17% de los pacientes con ansiedad y 12% con depresión, desconfianza, 10% en pacientes con ansiedad y 16% con depresión, obsesión por delgadez 11% pacientes con ansiedad y 12% con depresión, conciencia introceptiva, 18% en pacientes con ansiedad y 16% con depresión.²²

En el mismo año se realizó un estudio descriptivo, transversal, para evaluar la depresión en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar # 19 en Colima, México, con diagnóstico de sobrepeso u obesidad. Fueron analizados 181 personas con sobrepeso y obesidad, clasificados de acuerdo IMC que presentaban, que acudieron a consulta externa de dicha unidad. La depresión fue estudiada con el inventario de Beck de Depresión II, y teniendo como resultados una prevalencia de la depresión en 28.7% de los pacientes, siendo el género femenino el más afectado.²³

También en el 2010, en Lima, Perú, se realizó una revisión bibliográfica acerca de la depresión y autoestima en adolescentes con obesidad y sobrepeso, tomando como referencia diversas bases de datos como DOYMA, SCIELO, PUBMED, BIREME, LILACS, a partir del año del 2005, centrándose en pacientes entre los 6 y 19 años de edad como grupo de estudio. En las bibliografías revisadas se encontró una relación directa entre la depresión y la obesidad y sobrepeso. Además se encontró que las mujeres resultan mas afectadas que los varones, así como también a mayor índice de masa corporal mayor es el grado de intensidad de la depresión.²⁴

En el año del 2013 se publicó un estudio descriptivo de la prevalencia del trastorno de ansiedad asociado a sobrepeso y obesidad en pacientes de 8-14 años que asisten a consulta de filtro de endocrinología pediátrica del hospital militar central entre los años 2012 y 2013. Se analizaron 184 pacientes con diagnostico de sobrepeso u obesidad y se les aplico la escala breve de evaluación psiquiátrica y la escala de ansiedad en niños y adolescentes, además se evaluó la frecuencia de exposición de los trastornos de ansiedad.

Los resultados fueron los siguientes: en el 56.4% de los pacientes se documentó el trastorno de ansiedad y de estos el 70% eran obesos.²⁵ Aunado a lo mencionado, se ha sugerido que la dinámica familiar juega un papel trascendental en la génesis del sobrepeso y obesidad.

El sistema familiar de sujetos obesos, se caracteriza por ser más conflictivo, desorganizado, crítico y amurallado. A su vez, la alta incidencia de inmadurez, pasividad y conflictos en las relaciones interpersonales es algo que siempre existe en una familia con miembros obesos. Esta clase de familias también se caracteriza por la presencia de amalgamiento y rigidez; así mismo, utilizan patrones de comunicación pobres, lo que impide a veces expresar sus emociones. La comunicación en estas familias presenta disturbios en el contenido de los mensajes, presencia de conflictos emocionales y roles difusos, dando como resultado niveles de comunicación inefectivos.

Por tanto, no es de extrañarse que la obesidad de los niños y niñas se encuentre asociada con la salud mental de otros miembros de la familia y con el funcionamiento familiar.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Como se ha comentado anteriormente el sobrepeso/obesidad es un problema de salud publica mundial y se conoce su alta incidencia en el desarrollo de trastornos psicológicos encontrando la ansiedad y la depresión hasta en un 70% y 25% respectivamente, siendo el sexo femenino el genero mas vulnerable para presentar dichos trastornos, así como los adultos mayores. Además es importante mencionar la insatisfacción corporal y la discriminación que representa para estos paciente, lo que favorece aun mas la presencia de estos trastornos psicológicos e incrementa el riesgo de perpetuar la obesidad. El pasar por alto estos trastornos o no identificarlos oportunamente complicara la salud de los pacientes y además provocara alteraciones en la función familiar.

Es por esto que se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de trastornos psicosociales (ansiedad, depresión, trastornos en la alimentación) y de la disfunción familiar (alteración en el afecto, comunicación, cuidado) en pacientes con sobrepeso/obesidad de la Unidad de Medicina Familiar No. 50, Cosalá, Sinaloa?

IV. JUSTIFICACIÓN

El sobrepeso y la obesidad en un problema de salud pública mundial, con un incremento acelerado en los últimos años, afectando a cerca del 50% de la población mundial, afectando además al 70% de los adultos en México convirtiéndolo en el país con mayor número de personas con sobrepeso y obesidad en el mundo.

Además fallecen más de 3 millones de personas en el mundo por causas directas o indirectas de esta enfermedad.

Se conoce que la obesidad esta relacionada con patologías como las enfermedades crónico degenerativas, algunas neoplasias y en trastornos psicosociales, deteriorando la calidad de vida y capacidad funcional de las personas.

Los trastornos psicosociales (ansiedad, depresión, problemas familiares) son una causa importante de fracaso en la reducción de peso, e influyen indirectamente en el descontrol de sus co-morbilidades

El exceso en la ingesta de alimento por parte de las personas obesas, esta relacionado en gran parte por ansiedad (75%), depresión (25%) y problemas familiares, usándolo como barrera para esconderse de sus problemas, provocando a su vez, incremento de peso, perdida de la autoestima, disfunción familiar y aumento de los trastornos psicosociales, haciendo un circulo difícil de manejar por parte de estos pacientes.

Realizando una detección oportuna de los trastornos psicosociales mas frecuentes y dándole un manejo adecuado desde el primer nivel de atención, se lograra con éxito el manejo de la obesidad e indirectamente control satisfactorio de sus co-morbilidades, reduciendo además complicaciones tanto agudas como crónica de estas y así disminuir costos en el manejo de las mismas a nivel institucional.

V. HIPOTESIS

Los pacientes con sobrepeso y obesidad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 50 de Cosalá, Sinaloa, presentan una mayor prevalencia en los trastornos psicosociales, ansiedad, depresión, trastornos alimentarios, así como disfunción familiar, en comparación a lo reportado en la literatura.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

Lugar de estudio

Unidad de Medicina Familiar No. 50, primer nivel de atención médica, en el municipio de Cosalá, Sinaloa.

Periodo de estudio

El proyecto se realizó de agosto del 2014 a agosto del 2015

Diseño y tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional, prospectivo, transversal, descriptivo.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Se incluyeron pacientes derechohabientes con sobrepeso u obesidad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 50, Cosalá, Sinaloa.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no aceptaron realizar los test de medición de ansiedad, depresión, trastornos alimentarios o funcionalidad familiar.
- Pacientes con discapacidad que impidió la realización de mediciones antropométricas.
- Paciente con discapacidad mental que impidió la realización de los test de evaluación.

Criterios de eliminación

Pacientes que decidieron no continuar con los test de evaluación.

Técnicas y procedimientos

Se incluyeron a todos los pacientes que acudieron a consulta externa a la Unidad de Medicina Familiar No. 50, que presentaron obesidad o sobrepeso, tomando como referencia los valores del IMC en adultos y los cuadros de percentilas en pacientes menores de 19 años, de la Organización Mundial de la Salud, con previa toma de las medidas antropométricas.

Para realizar el estudio se requirió de

- Una báscula mecánica marca BAME con altímetro, modelo 420, calibrada, para calcular el IMC.
- Cuadros de percentilas de la OMS para clasificar sobrepeso u obesidad. Anexo. (cuadro 1)
- Escala de *Hamilton* para ansiedad. Anexo (cuadro 2)
- Escala de *Zung* para depresión. Anexo (cuadro 3)
- Test de actitudes alimentarias (eat-40), para trastornos alimenticios. Anexo (cuadro 4)
- Escala de APGAR para valorar la funcionalidad familiar. Anexo (cuadro 4)

Los pacientes que acudieron a consulta, se les atendió en el área de medicina preventiva, y se le pidió que subiera a la báscula anotándose el peso y la talla, se les calculó el IMC -dividiendo el peso en kilogramos sobre la talla, en metros, al cuadrado-, y mediante los cuadros de percentilas de la OMS para pacientes menores de 19 años y la clasificación de sobrepeso u obesidad en adultos de acuerdo al IMC resultante.

Se definió sobrepeso a todo aquel paciente, menor de 19 años, en el que el IMC se encontrara por encima de la percentila 85 y por debajo de la 95 de los cuadros de edad y sexo de la OMS y en los pacientes adultos con un IMC mayor a 25 kg/m² y menor a 30 kg/m² o en personas de estatura baja (menor a 1.50 m en mujeres y 1.60 m en hombres) igual o mayor a 23 kg/m² y menor a 25 kg/m².

Se consideró obesidad a todo aquel paciente adulto que tuviera un IMC, previo cálculo por los métodos ya comentados, igual o mayor a 30 kg/m² o en personas de estatura baja, igual o mayor a 25 kg/m²; y en menores de 19 años, cuando el IMC se encontrara en la percentila 95 en adelante, de los cuadros de IMC para edad y sexo de la OMS.

Posterior a la selección y clasificación de los pacientes, en los elegidos valoramos el estado psicológico de cada uno aplicando las siguientes encuestas: escala de ansiedad de *Hamilton*, la cual consta de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último valora el comportamiento del paciente durante la entrevista, cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos donde 0 es ninguno, 1 leve, 2 moderada, 3 grave y 4 muy incapacitante y el rango de puntuación final va de 0 a 56 puntos y calificando el grado de ansiedad de acuerdo al resultado de tal manera que 0-5 no hay ansiedad, 6-13 hay una ansiedad menor, 14 o mas, ansiedad clínicamente manifiesta, 15 o mayor, es calificada como ansiedad mayor. También es importante mencionar que mide la ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 14) y ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

Escala de depresión de *Zung*, la cual identifica algún desorden depresivo, es una encuesta corta, que consta de 20 preguntas en las que se evalúan las 4 características más comunes de la depresión, efecto dominante, equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones y actividades psicomotoras, la escala de evaluación es de 1 a 4, donde 1 es poco tiempo, 2 es algo de tiempo, 3 una buena parte del tiempo y 4 la mayor parte del tiempo. El rango de calificación es de 20 a 80, donde 25-49 es normal, 50-59 es ligeramente deprimido, 60-69 moderadamente deprimido y 70 o más, severamente deprimido.

El Test de actitudes alimentarias (eat-40) para trastornos alimenticios, en el que se detectan actitudes alimentarias anómalas, consta de 40 ítems y mide: 1) dieta: evitación de alimentos que engordan; 2) control oral: control en el comer y presión percibida por parte de los demás para aumentar de peso y; 3) bulimia y preocupación por el alimento: pensamientos relacionados con los alimentos y conductas bulímicas. En los ítems directos, nunca = 0, casi nunca = 0, algunas veces = 0, bastantes veces = 1, casi

siempre= 2 y siempre = 3. Los ítems indirectos (1, 18, 19, 23, 27 y 39) se puntúan de forma inversa a los directos. Los ítems pueden ser clasificados según 3 subescalas (Dieta y preocupación por la comida: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39; Presión social percibida y malestar con la alimentación: 3, 8, 12, 24, 26, 33, 34, 5; trastornos psicobiológicos: 13, 19, 28, 29, 35, 40). Un puntaje igual o superior a 30 en el EAT-40 es indicativo de un trastorno del hábito del comer, anoréxico o bulímico, ya sea clínicamente existente o encubierto, que pudiera desencadenarse bajo ciertas circunstancias propicias.

Escala de APGAR, el cual es un cuestionario que consta de 5 ítems y valora la percepción de la persona sobre la función familiar, consta de 5 preguntas con puntuaciones de 0 a 2, donde 0 es casi nunca, 1 a veces y 2 casi siempre, y de acuerdo a la suma total nos dará la siguiente interpretación: 7-10 puntos, normo funcional, 3-6 puntos disfuncional leve y 0-2 puntos disfuncional grave.

Se dividieron los pacientes por edad y sexo para valorar en que grupo hay mayor prevalencia de los trastornos psicológicos y de disfunción familiar.

Todas las evaluaciones se realizaron en el área de medicina preventiva de esta unidad, apoyados por el personal de enfermería y médicos adscritos.

Al término de la encuesta a los pacientes se les citó en 1 mes para control de sobrepeso u obesidad.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION OCUPACIONAL	TIPO Y ESCALA DE MEDICION
EDAD	Años cumplidos que tiene el paciente desde su nacimiento hasta el día de la entrevista	Numérica, cuantitativa
GÉNERO	Tipo de género: <ul style="list-style-type: none"> • Femenino • Masculino 	Nominal, cualitativa
PESO	Se registró en kilogramos	Numérica, cuantitativa
ESTATURA	Se registró en metros	Numérica, cuantitativa
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	Se calculó con la siguiente formula: $\text{peso}/\text{talla}^2$	Numérica, cuantitativa
CLASIFICACIÓN DE PESO DE ACUERDO A ÍNDICE DE MASA CORPORAL	Nos apoyamos con los cuadros de percentilas de la OMS para pacientes menores de 19 años y la clasificación de sobrepeso y obesidad en adultos de acuerdo al IMC resultante. Se definió sobrepeso a todo aquel paciente, menor de 19 años, en el que el IMC se encuentre por encima de la percentila 85 y por debajo de la 95 de los cuadros de edad y sexo de la OMS y en los pacientes adultos con un IMC mayor a 25 kg/m ² y menor a 29.9 kg/m ² o en personas de estatura baja (menor a 1.50 m en mujeres y 1.60m en hombres) igual o mayor a 23 kg/m ² y menor a 25 kg/m ² . Se consideró obesidad a todo aquel paciente adulto que tenga un IMC, previo calculo por los métodos ya comentados, igual o mayor a 30 kg/m ² o en personas de estatura baja, igual o mayor a 25 kg/m ² . Y en menores de 19 años, cuando el IMC se encuentre en la percentila 95 en adelante, de los cuadros de IMC para edad y sexo de la OMS.	Ordinal, cualitativa
ESTADO CIVIL	Situación civil en la que se encuentran los pacientes: <ul style="list-style-type: none"> • Soltero • Casado • Unión libre • Divorciado • viudo 	Nominal, cualitativa
ESCOLARIDAD	Nivel de enseñanza hasta donde curso el	Ordinal,

	<p>paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Primaria • Secundaria • Bachillerato • Licenciatura • Analfabeta • Sabe leer y escribir 	cualitativa
ANSIEDAD	<p>Respuesta emocional de carácter displacentero con sentimiento de miedo, desasosiego y preocupación. Se utilizó la escala de ansiedad de <i>Hamilton</i>, la cual consta de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último valora el comportamiento del paciente durante la entrevista, cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos donde 0 es ninguno, 1 leve, 2 moderada, 3 grave y 4 muy incapacitante y el rango de puntuación final va de 0 a 56 puntos y calificando el grado de ansiedad de acuerdo al resultado de tal manera que 0-5 no hay ansiedad, 6-13 hay una ansiedad menor, 14 o más, ansiedad clínicamente manifiesta, 15 o mayor, es calificada como ansiedad mayor</p>	Ordinal, cualitativa
DEPRESION	<p>Trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida durante un periodo de tiempo. Se utilizó la escala de depresión de <i>Zung</i>, la cual consta de 20 preguntas en las que se evalúan las 4 características más comunes de la depresión, efecto dominante, equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones y actividades psicomotoras, la escala de evaluación es de 1 a 4, donde 1 es poco tiempo, 2 es algo de tiempo, 3 una buena parte del tiempo y 4 la mayor parte del tiempo. El rango de calificación es de 20 a 80, donde 25-49 es normal, 50-59 es ligeramente deprimido, 60-69 moderadamente deprimido y 70 o más, severamente deprimido.</p>	Ordinal, cualitativa
TRASTORNOS ALIMENTICIOS	<p>Alteraciones emocionales que conllevan una preocupación excesiva por el peso. Se utilizará el Test de actitudes alimentarias (eat-40), en el, se detectan actitudes alimentarias anómalas, consta de 40 ítems y mide: 1) dieta: evitación de alimentos que engordan; 2)</p>	Ordinal, cualitativa

	<p>control oral: control en el comer y presión percibida por parte de los demás para aumentar de peso y; 3) bulimia y preocupación por el alimento: pensamientos relacionados con los alimentos y conductas bulímicas. En los ítems directos, nunca = 0, casi nunca= 0, algunas veces = 0, bastantes veces = 1, casi siempre= 2 y siempre = 3. Los ítems indirectos (1, 18, 19, 23, 27 y 39) se puntúan de forma inversa a los directos. Los ítems pueden ser clasificados según 3 subescalas (Dieta y preocupación por la comida:2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39; Presión social percibida y malestar con la alimentación: 3, 8, 12, 24, 26, 33, 34, 5; trastornos psicobiológicos:13, 19 28, 29, 35, 40). Un puntaje igual o superior a 30 en el EAT-40 es indicativo de un trastorno del hábito del comer, anoréxico o bulímico, ya sea clínicamente existente o encubierto, que pudiera desencadenarse bajo ciertas circunstancias propicias.</p>	
<p>FUNCIONALIDAD FAMILIAR</p>	<p>Resultante de los procesos entre los integrantes de la familia. Para evaluar la función familiar se utilizó APGAR, es un cuestionario que consta de 5 ítems y valora la percepción de la persona sobre la función familiar, consta de 5 preguntas con puntuaciones de 0 a 2, donde 0 es casi nunca, 1 a veces y 2 casi siempre, y de acuerdo a la suma total nos dará la siguiente interpretación: 7-10 puntos, normo funcional, 3-6 puntos disfuncional leve y 0-2 puntos disfuncional grave.</p>	<p>Ordinal, cualitativa</p>

DISEÑO ESTADÍSTICO

MUESTREO

Muestreo no probabilístico a conveniencia

MUESTRA

Se calculó la muestra con fórmula para estudio descriptivo

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 (p)(1 - p)}{\delta^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.12)(1 - 0.12)}{(0.03)^2} = 450$$

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó estadística descriptiva: Para variables cualitativas (nominales u ordinales) se calculó frecuencias y porcentajes, para las cuantitativas (discretas o continuas) se estimaron las medidas de tendencia central y de dispersión, así como intervalos de confianza.

Una vez obtenida la información se procedió a su captura en una base de datos electrónica y se verificó su calidad. Posteriormente se procedió a su organización para ello se utilizó cuadros y gráficas que mejor ilustraran la situación.

Todos los análisis estadísticos se llevaron a cabo usando el software estadístico Stata intercooled versión 14. Un valor $p < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo

RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES

Recursos Humanos

- Médico general
- Personal de enfermería

Recursos Materiales

- Báscula mecánica con altímetro marca BAME, modelo 420
- Impresora
- Copiadora
- Computadora
- Hojas
- Lápiz

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se solicitó de manera verbal el consentimiento al paciente para realizarle la encuesta, así como también se le informó del procedimiento para la realización del estudio. Se explicó que se va a mantener confidencialidad de los datos.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

	MARZO 2014	ABRIL 2014	MAYO 2014	JUNIO 2014	JULIO 2014	AGO 2014	SEP 2014	OCT 2014	NOV 2014
Elaboración de protocolo	X				X				
Revisión por CLIES						X		X	
Recolección de datos									X
Análisis de resultados									
Informe de trabajo final									
Presentación									
envío tesis UNAM									

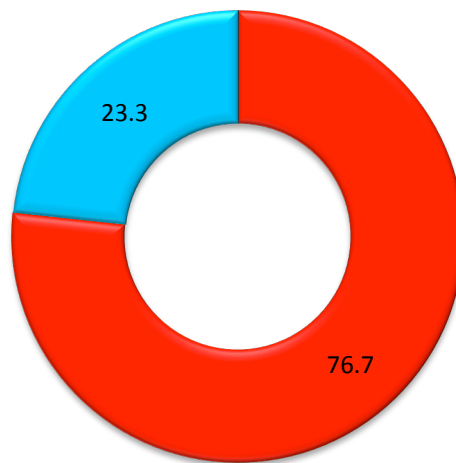
	DIC 2014	ENE 2015	FEB 2015	MARZO 2015	ABRIL 2015	MAYO 2015	JUN 2015	JUL 2015	AGO 2015
Elaboración de protocolo									
Revisión por CLIES									
Recolección de datos				X					
Análisis de resultados					X				X
Informe de trabajo final									
Presentación									
envío tesis UNAM									

	SEP 2015	OCT 2015	NOV 2015	DIC 2015	ENE 2016	FEB 2016	MAR 2016	ABRIL 2106	MAY 2016
Elaboración de protocolo									
Revisión de CLIES									
Recolección de datos									
Análisis de resultados									
Informe de trabajo final			X						
Presentación							X		
Envío tesis UNAM									

VII. RESULTADOS

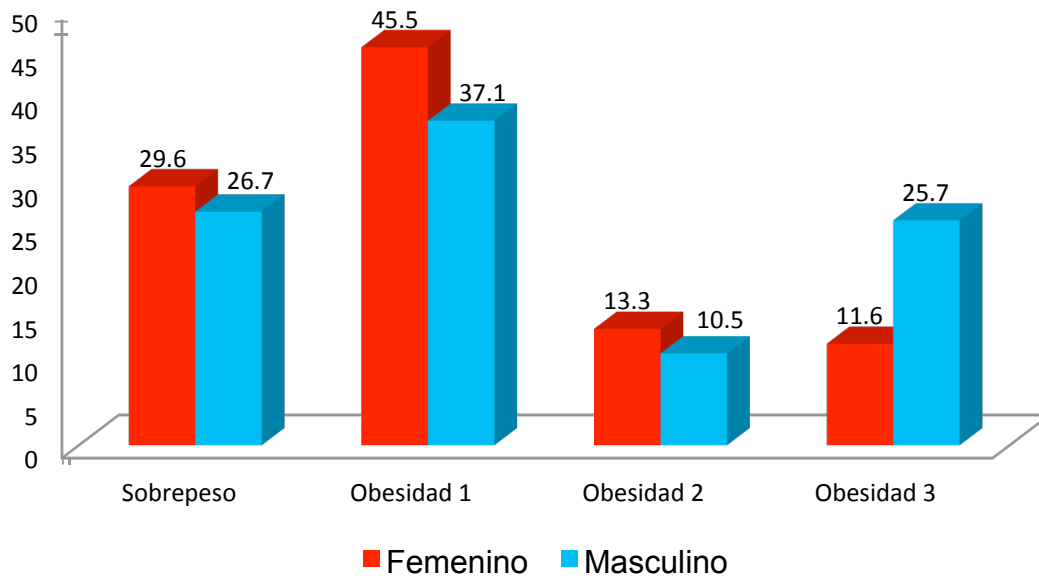
La muestra quedó constituida por 450 pacientes. La edad promedio fue de 41.4 años (± 12.7). El peso, estatura e índice de masa corporal, promedio, fue de 85.4 kg (± 17.4), 1.6 m (± 0.08) y 33.3 kg/m² (± 6.2), respectivamente. El índice de masa corporal no resultó estadísticamente diferente por género, $p=0.407$.

El 76.7% (n=345) de los participantes correspondió al género femenino.

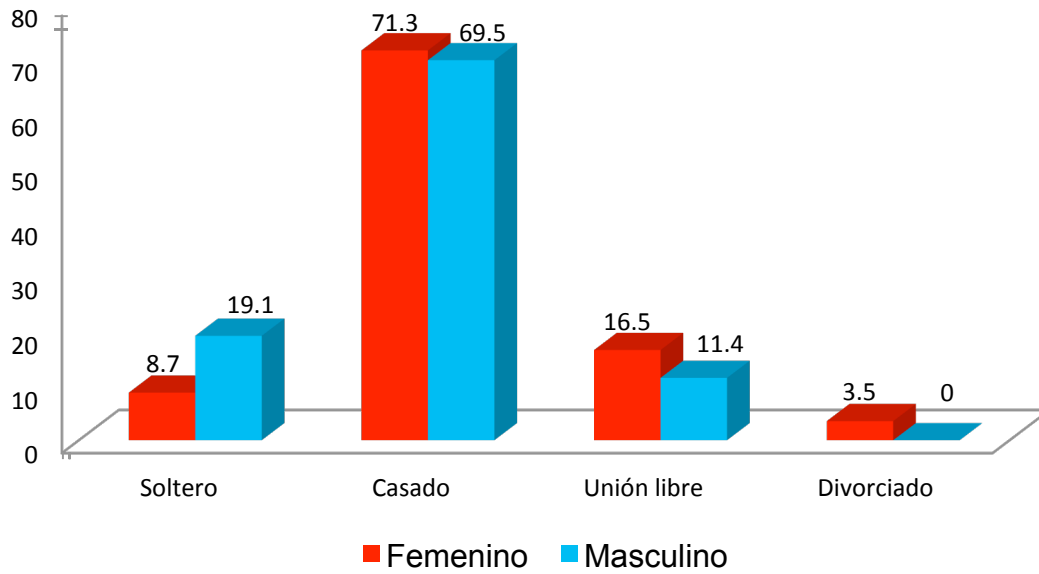


■ Femenino ■ Masculino

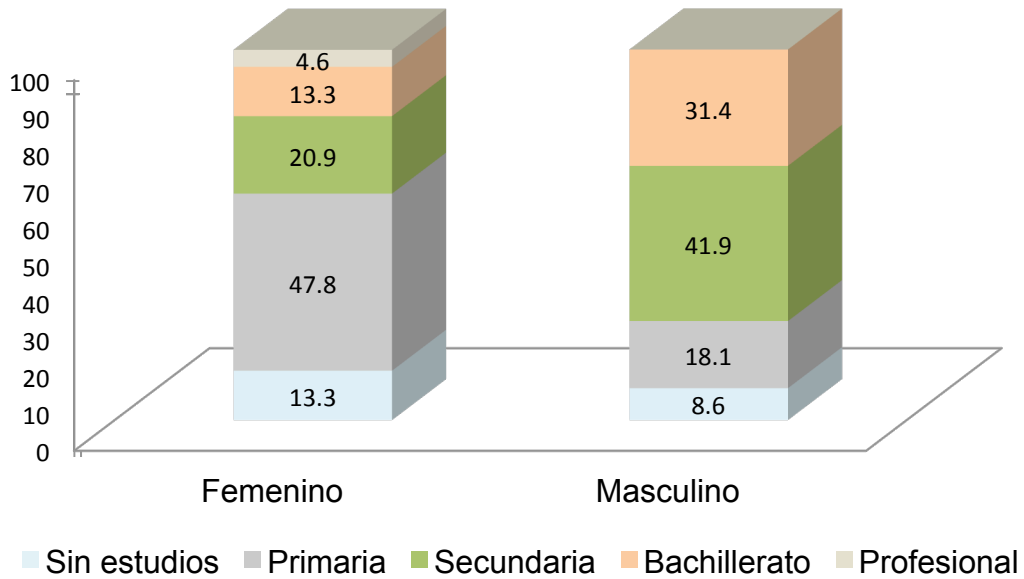
Respecto al exceso de peso corporal, el 28.9% (n=130) presentaron sobrepeso y la obesidad grado 1 resultó en el 43.6% (n=196) de los pacientes (femenino, 45.5% vs masculino, 37.1%), lo que evidenció una diferencia estadísticamente significativa por género, $p=0.005$.



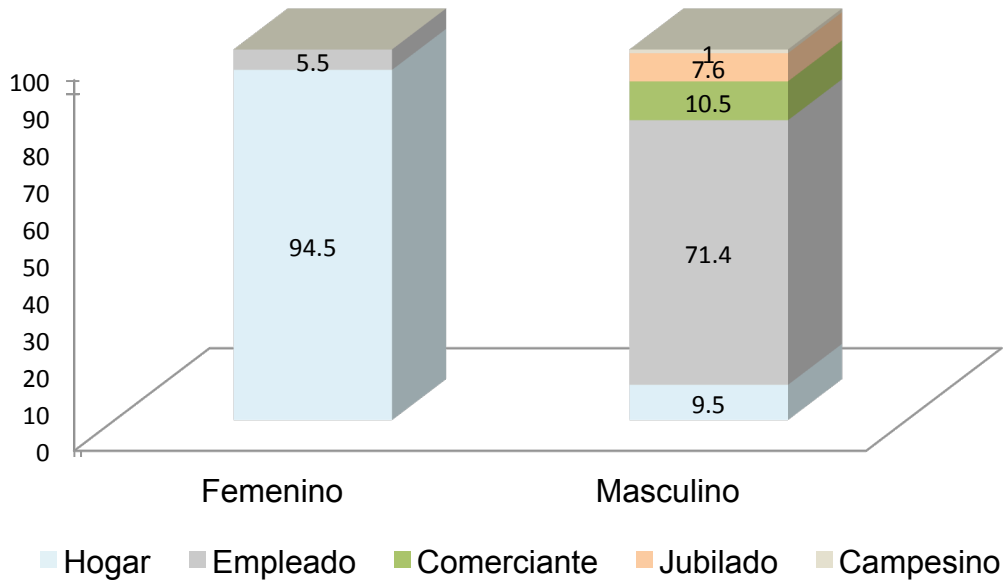
El mayor porcentaje de los participantes refirió ser casado, 70.9% (n=319), resultando estadísticamente diferente por género, $p=0.005$.



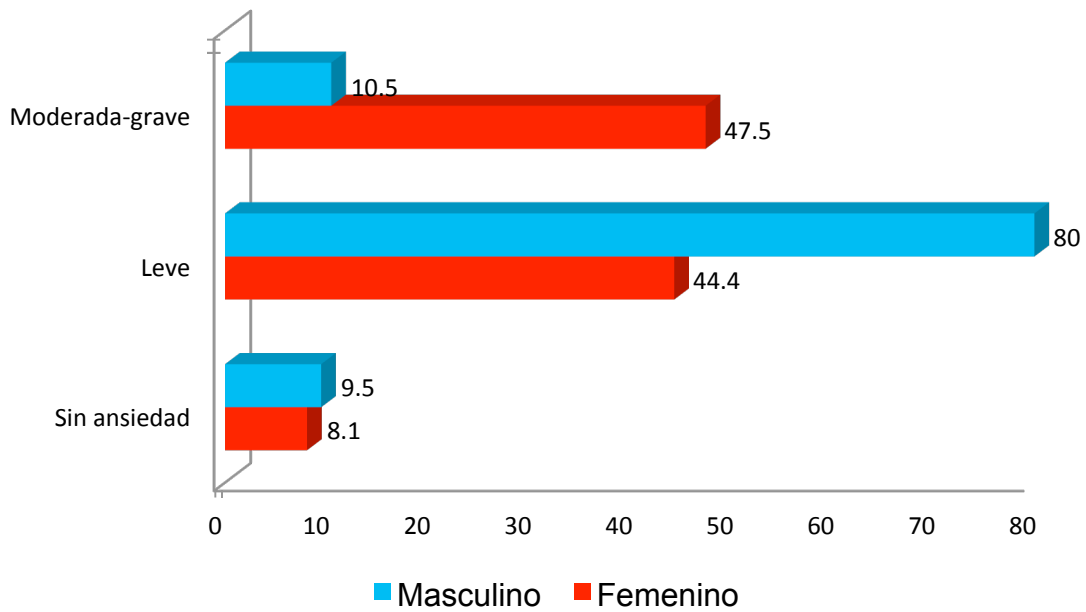
En relación a la escolaridad, el 12.2% (n=55) dijo no contar con estudios, la mayor proporción de mujeres refirió contar con nivel primaria y los hombres dijeron secundaria, con lo que se evidenció una significancia estadística, $p < 0.05$.



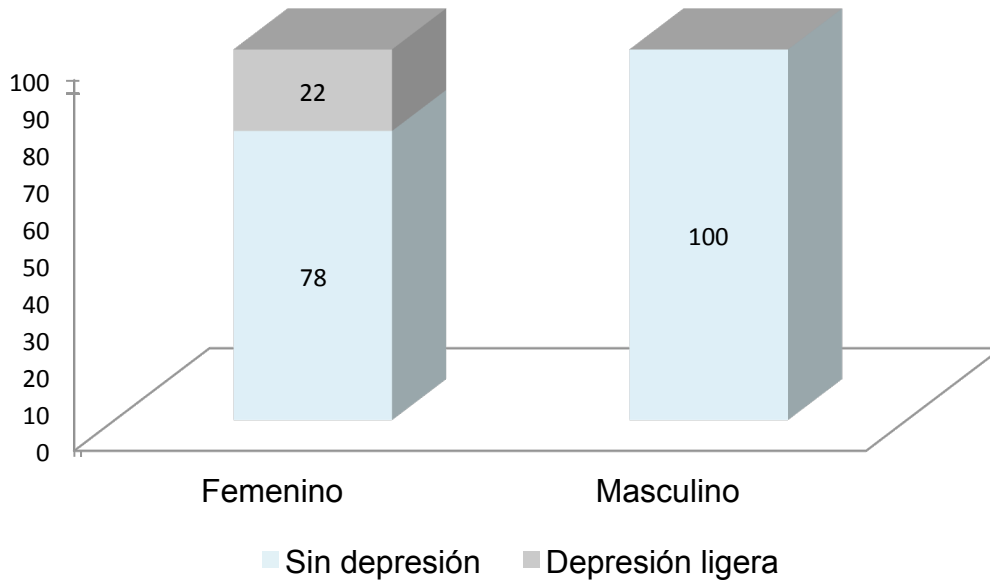
Las mujeres mencionaron en su mayoría dedicarse al hogar, 94.5% (n=326) y un 9.5% (n=10) hombres comentó dedicarse al hogar, en su mayoría los hombres refirieron ser empleados, 71.4% (n=75) y un 5.5% (n=19) de las mujeres dijo ser empleada.



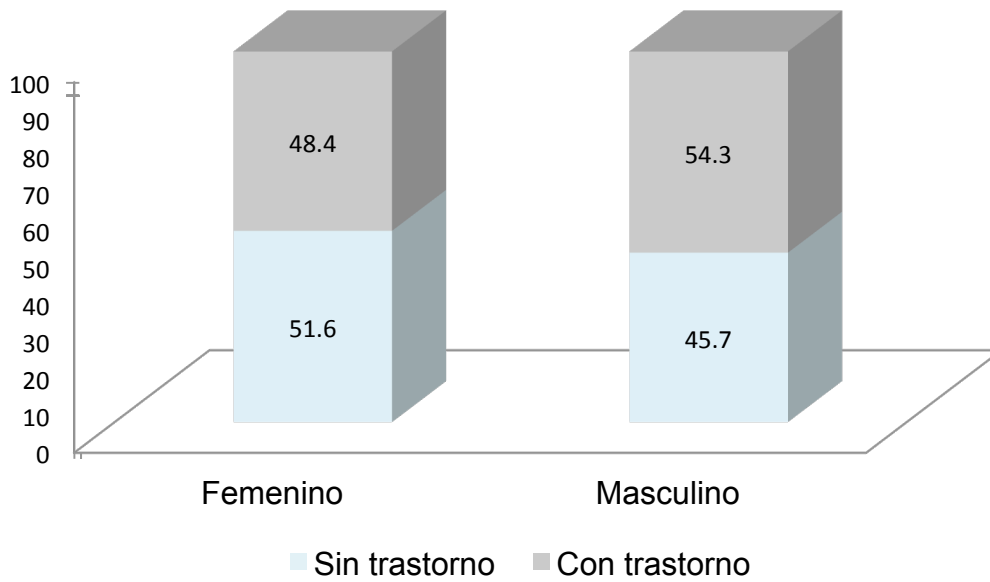
Únicamente el 8.4% (n=38) de los pacientes no presentó ansiedad, según la escala de *Hamilton*, el 47.5% (n=164) de las mujeres presentó ansiedad moderada grave contra un 10.5% (n=11) de los hombres, esta distribución fue estadísticamente diferente por género, $p < 0.05$.



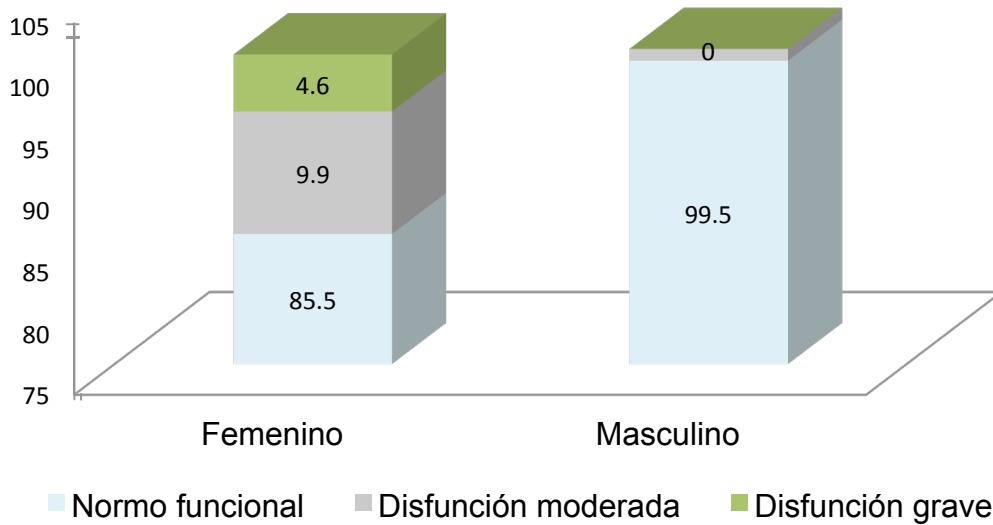
La depresión ligera, según clasificación de *Zung*, se presentó en el 22% (n=76) de las mujeres, en los hombres no se manifestó la depresión, $p < 0.05$.



El trastorno alimentario se presentó en el 49.8% (n=224) de los pacientes, similar por género, p=0.291.



El 88.7% (n=399) fue clasificado como un paciente que habita en una familia normo funcional, mientras que el resto de ellos fueron clasificados en familias con moderada o grave disfunción. Se observa que las mujeres viven en familias con más disfunción, $p=0.001$.



La asociación entre el sobrepeso/obesidad y cada uno de los trastornos psicológicos (ansiedad, depresión y trastornos alimenticios) y disfunción familiar, se llevó a cabo; una prueba ji-cuadrada de *Pearson* fue utilizada para tal fin, obteniéndose los siguientes resultados.

		Sobrepeso	Obesidad			Valor p
			Grado 1	Grado 2	Grado 3	
Ansiedad	Sin	0 (0.0)	25 (12.8)	0 (0.0)	13 (19.4)	0.000*
	Leve	60 (46.2)	116 (59.2)	45 (79.0)	16 (23.9)	
	Moderada-grave	70 (53.9)	55 (28.1)	12 (21.1)	38 (56.7)	
Depresión	Sin	107 (82.3)	168 (85.7)	46 (80.7)	53 (79.1)	0.571
	Ligera	23 (17.7)	28 (14.3)	11 (19.3)	14 (20.9)	
Trastorno alimenticio	No	66 (50.8)	124 (63.3)	12 (21.1)	24 (35.8)	0.000*
	Si	64 (49.2)	72 (36.7)	45 (79.0)	43 (64.2)	
funcionalidad Familiar	Sin	119 (91.5)	169 (86.2)	45 (79.0)	66 (98.5)	0.000*
	Moderada	11 (8.5)	12 (6.1)	12 (21.1)	0 (0.0)	
	Grave	0 (0.0)	15 (7.7)	0 (0.0)	1 (1.5)	

* Significancia estadística al 5% Frecuencia (%)

Porcentajes significativamente más altos

VIII. DISCUSIÓN

La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (National Health and Nutrition Examination Survey, NHANES) 1999-2000 indican que en la población adulta, cerca de dos tercios (65.1%) de ella tuvo exceso de peso. En este grupo, el 30.4% fue clasificado como obeso y el 4.9% como obeso mórbido, inferior a lo estimado en este estudio, donde el 71.1% de los obesos encontrados en este estudio el 14.9% presentaron obesidad mórbida. La diferencia marcada en el grado de obesidad entre ambos estudios puede deberse a los cambios en el estilo de vida y alimentarios en la actualidad, donde predomina el sedentarismo, la ingesta de alimentos poco saludables y de alto valor calórico desde edades muy tempranas, la falta de apego a la lactancia materna, con predominio hacia formulas de suplemento lácteo, lo que conlleva a un incremento importante en el peso de las personas.

Tapia y colaboradores, en el año 2006, al realizar una evaluación psicológica, en pacientes con exceso de peso corporal, obtuvo que el 61% de ellos presentaron un grado de depresión en contraste con lo reportado por Padilla-Tellez y colaboradores en el año 2009 con el 24%, similar a lo reportado en este estudio que solamente se estimó un 17%.

Respecto a la ansiedad, Tapia en el año 2006, encuentra que el 73.9% de los pacientes con sobrepeso u obesidad presentaron ansiedad inferior a lo estimado en este estudio, 91.6%.

Chaskel y colaboradores en el año 2014, reportaron que en el 56.4% de los pacientes se documentó el trastorno de ansiedad y de estos el 70% eran obesos, estadísticamente igual a lo estimado en este estudio, 68.4%.

Con lo antes mencionado y analizado esta mas que demostrada la relación que existe entre sobrepeso/obesidad con los trastornos de ansiedad y depresión. En el presente estudio se encontró que el trastorno predominante fue la ansiedad sobre la depresión, con resultados contrastantes a la literatura antes mencionada, y esto puede explicarse

en base al estilo de vida de la población estudiada, en donde predominan los malos hábitos dietéticos, demostrados en el 50% de los pacientes que sufren algún trastorno alimenticio, así como, en que el trastorno de ansiedad con predominio en el género femenino, en su mayoría se encuentra en el hogar con escasas actividades, provocando cierto grado de ansiedad. Además, en la literatura consultada el trastorno depresivo se relacionó con mayor frecuencia a otros factores como exposiciones traumáticas durante la niñez. También es importante mencionar que el 88.7% de los pacientes analizados viven en una familia funcional y en donde la mayoría se sienten apoyados y satisfechos en como le expresan afecto.

Ceja y colaboradores en el año 2010, estimaron que el 29% de los pacientes sufrían de depresión, siendo el género femenino el más afectado, resultado que concuerda con lo estimado en esta investigación, 22%. La depresión en pacientes con sobrepeso es más común que se presente en el género antes mencionado ya que influyen factores psicosociales y de autoestima, en donde el sexo masculino le resta importancia.

IX. CONCLUSIONES

- La edad promedio fue de 41.4 años. El índice de masa corporal, promedio, fue de 33.3 kg/m², no resultó estadísticamente diferente por género, $p=0.407$.
- El 76.7% de los participantes correspondió al género femenino.
- Respecto al exceso de peso corporal, el 28.9% presentaron sobrepeso y la obesidad grado 1 resultó en el 43.6% de los pacientes (femenino, 45.5% vs masculino, 37.1%), lo que evidenció una diferencia estadísticamente significativa por género, $p=0.005$.
- Más del 70% de los participantes refirió ser casado, resultando estadísticamente diferente por género, $p=0.005$.
- La escolaridad resultó estar estadísticamente asociada por género, $p<0.05$.
- Únicamente el 8.4% de los pacientes no presentó ansiedad, según la escala de *Hamilton*, el 47.5% de las mujeres presentó ansiedad moderada grave contra un 10.5% de los hombres, esta distribución fue estadísticamente diferente por género, $p<0.05$.
- La depresión ligera, según clasificación de *Zung*, se presentó en un 17% de las mujeres, en los hombres no se manifestó la depresión, $p<0.05$.
- Aproximadamente el 50% de los pacientes presentó trastorno alimenticio, similar por género, $p=0.291$.
- El 88.7% fue clasificado como un paciente que habita en una familia normo funcional, mientras que el resto de ellos fueron clasificados en familias con moderada o grave disfunción. Se observa que las mujeres viven en familias con más disfunción, $p=0.001$.

- El sobrepeso/obesidad fue estadísticamente significativo con la ansiedad, trastorno alimenticio y disfunción familiar.

X. BIBLIOGRAFÍA

1. Brito O., Josefa López, Emma Beatriz Exiga González, Oscar Armenta Llanes y cols. "Medidas antropométricas en la población infantil urbana de 6 a 12 años del noroeste de México". Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014; 52 (supl 1):S34-S41.
2. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>
3. Larrosa A., Guillermo Julián González-Pérez, Edgar Manuel Vásquez-Garibay, Enrique Romero y cols. "Modelo de predicción de obesidad en niños a partir de variables dietéticas y actividad física". Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014; 52 (supl 1):S18-S25.
4. Ventura, A. K., J. S., Savage, A. L., May, y L. L. Birch. "Predictores psicosociales, familiares y conductuales tempranos de sobrepeso y obesidad infantil." Enciclopedia sobre el Desarrollo de la Primera Infancia, (2010)1-11.
5. Rodríguez M., Eduardo Mendoza Ávila, Agustín Cumplido Fuentes, Luis E. Simental Mendía y cols. "Terapia cognitivo-conductual en el manejo integral de la obesidad en adolescentes". Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014; 52 (supl 1):S68-S73.
6. González R., Oscar Castañeda Sanchez, Cruz Mónica López Morales, Olga Rosa Brito Zurita y cols. "Intervención familiar para el manejo de sobrepeso y obesidad en escolares". Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014; 52 (supl 1):S74-S77.
7. Martínez C. y Gabriela Navarro Contreras. "Factores psicológicos sociales y culturales del sobrepeso y la obesidad infantil en México". Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014; 52 (supl 1):S94-S101.
8. La obesidad, sobrepeso y. Norma oficial mexicana NOM-008-SSA3-2010," para el Tratamiento Integral del Sobrepeso y la Obesidad".
9. López C., Jennifer Pascalis Orozco, Ricardo González Heredia, Olga Brito y cols. "Depresión y estado de nutrición en escolares de Sonora". Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014; 52 (supl 1):S64-S67.
10. Peralta J., Jaime Héctor Gómez Zamudio, Bárbara Estrada Velasco, Roberto Karam Araujo y cols. "Genética de la obesidad infantil". Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014; 52 (supl 1):S78-S87.

11. <http://ensanut.insp.mx/informes/Sinaloa-OCT.pdf>
12. Guzmán Saldaña, Rebeca María Elena, Arturo del Castillo Arreola y Melissa García Meraz. "Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad." *Obesidad*, 2010, cap. 13, p. 201-218.
13. Vázquez, V. "¿ Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del paciente obeso." *Rev Endocrinol Nutr* 4(13) (2004): 136-142.
14. Silvestri, Eliana, y Alberto Eduardo Staville. "Aspectos psicológicos de la obesidad." Córdoba, Argentina: Posgrado en Obesidad a Distancia. Universidad Favaloro. (2005), p. 1-37.
15. Baile Ayensa, J.I., y M.J. González Calderon. "Comorbilidad psicopatológica en obesidad." *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34.2 (2011): 253-261.
16. Rodríguez, Reina, M. P. Cortés Viana, y T. Morató Cortinas. "Ansiedad, depresión y conducta alimentaria en obesos sin diagnóstico psiquiátrico previo en atención primaria." (2003).
17. Tapia, Alexis, y Lilia Masson. "Detección de síntomas depresivos en pacientes con sobrepeso y obesidad." *Revista chilena de nutrición* 33(2) (2006): 162-169.
18. Tapia, Alexis. "Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad." *Revista chilena de nutrición* 33 (2006): 352-357.
19. Martínez, B. P. R., G. A. R. Rodríguez, R. Á. Cordero, F. A. C. González, G. R. Wiella, J. P. P. Millán, y K. R. Ochoa, (2008). "Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso." *Acta Médica Grupo Ángeles*, 6(4), 147.
20. Padilla-Téllez, Eliud, Javier Ruiz García, y Alain R. Rodríguez-Orozco. "Asociación depresión-obesidad." *salud pública de méxico* 51.4 (2009): 275-276.
21. Aguilar, H. J., P. Pérez, E. Díaz, y H. Cobos-Aguilar, (2011). "Factores psicosociales asociados a sobrepeso y obesidad en niños de 8 a 15 años." *Pediatría de México*, 13(1), 17-23.
22. Calderón, C., Ma Forns, y V. Varea. "Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad." *Nutr Hosp* 25.4 (2010): 641-47.

23. Ceja, Gabriel, F. J. Vizcaino Orozco, R. Tapia Vargas, J. L. Cardenas Freixas, L. M. Baltazar Rodriguez y S. A. Montero Cruz. (2010). "Depresión en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar 19 con diagnóstico de sobrepeso y obesidad." *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 29(2), 237-243.
24. Aguilar, Midory, L. Manrique, M. Tuesta, y Y. Musayón, "Depresión y autoestima en adolescentes con obesidad y sobrepeso: un problema que pesa." *Rev enferm Herediana*, 2010;3(1):49-54.
25. Chaskel, Roberto, and Eduardo Rodriguez. "Prevalencia de trastornos de ansiedad en niños con sobrepeso y obesidad entre los 8-14 años que asisten a la consulta de filtro de endocrinología pediátrica del Hospital Militar Central entre los años 2012 y 2013." (2014). p.1-48.

XI. ANEXOS

Escala de Ansiedad de <i>Hamilton</i>			
Nombre del paciente: _____			
Fecha de evaluación _____ Ficha clínica: _____			
1 Ansiedad	Se refiere a la condición de incertidumbre ante el futuro que varía y se expresa desde con preocupación, inseguridad, irritabilidad, aprensión hasta con terror sobrecogedor.		Puntaje
	0	El paciente no está ni más ni menos inseguro o irritable que lo usual	
	1	Es dudoso si el paciente se encuentre más inseguro o irritable que lo usual	
	2	El paciente expresa claramente un estado de ansiedad, aprensión o irritabilidad, que puede ser difícil de controlar. Sin embargo, no interfiere en la vida del paciente, porque sus preocupaciones se refieren a asuntos menores.	
	3	La ansiedad o inseguridad son a veces más difíciles de controlar, porque la preocupación se refiere a lesiones o daños mayores que pueden ocurrir en el futuro. Ej: la ansiedad puede experimentarse como pánico o pavor sobrecogedor. Ocasionalmente ha interferido con la vida diaria del paciente.	
	4	La sensación de pavor está presente con tal frecuencia que interfiere notablemente con la vida cotidiana del paciente.	
2 Tensión	Este ítem incluye la incapacidad de relajación, nerviosismo, tensión corporal, temblor y fatiga.		Puntaje
	0	El paciente no está ni más ni menos tenso que lo usual	
	1	El paciente refiere estar algo más nerviosos y tenso de lo usual	
	2	El paciente expresa claramente ser incapaz de relajarse, tener demasiada inquietud interna difícil de controlar, pero que no interfiere con su vida cotidiana.	
	3	La inquietud interna y el nerviosismo son tan intensos o frecuentes que ocasionalmente han interferido con el trabajo cotidiano del paciente.	
	4	La tensión y el nerviosismo interfieren todo el tiempo con la vida y el trabajo cotidiano del paciente	
3 Miedo	Tipo de ansiedad que surge cuando el paciente se encuentra en situaciones especiales, que pueden ser espacios abiertos o cerrados, hacer fila, subir en un autobús o un tren. El paciente siento alivio evitando esas situaciones. Es importante notar en esta evaluación, si ha existido más ansiedad fóbica en el episodio presente que lo usual.		Puntaje
	0	No se encuentran presentes	

	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano	
4	Se refiere a la experiencia subjetiva del paciente de la duración del sueño (horas de sueño en un período de 24 horas), la profundidad o ligereza del sueño, y su continuidad o discontinuidad. Nota: la administración de hipnóticos o sedantes no se tomará en cuenta.		Puntaje
Insomnio	0	Profundidad y duración del sueño usuales	
	1	Es dudoso si la duración del sueño está ligeramente disminuida (ej: dificultad para conciliar el sueño), sin cambios en la profundidad del sueño.	
	2	La profundidad del sueño está también disminuida, con un sueño más superficial. El sueño en general está algo trastornado.	
	3	La duración y la profundidad del sueño están notablemente cambiadas. Los períodos discontinuos de sueño suman pocas horas en un período de 24 horas.	
	4	hay dificultad para evaluar la duración del sueño, ya que es tan ligero que el paciente refiere períodos cortos de adormecimiento, pero nunca sueño real.	
5	Se refiere a las dificultades para concentrarse, para tomar decisiones acerca de asuntos cotidianos y alteraciones de la memoria.		Puntaje
Dificultades en la concentración y la memoria	0	El paciente no tiene ni más ni menos dificultades que lo usual en la concentración y la memoria.	
	1	Es dudoso si el paciente tiene dificultades en la concentración y/o memoria	
	2	Aún con esfuerzo es difícil para el paciente concentrarse en su trabajo diario de rutina.	
	3	Dificultad más pronunciada para concentrarse, en la memoria o en la toma de decisiones. Ej: tiene dificultad para leer un artículo en el periódico o ver un programa de TV completo. Se califica '3', siempre que la dificultad de concentración no influya en la entrevista.	
	4	El paciente muestra durante la entrevista dificultad para concentrarse o en la memoria, y/o toma decisiones con mucha tardanza.	
6	Comunicación verbal y no verbal de tristeza, depresión, desaliento, inutilidad y desesperanza.		Puntaje

Animo deprimido	0	Animo natural	
	1	Es dudoso si el paciente está más desalentado o triste que lo usual. Ej: el paciente vagamente comenta que está más deprimido que lo usual.	
	2	El paciente está más claramente preocupado por experiencias desagradables, aunque no se siente inútil ni desesperanzado.	

	3	El paciente muestra signos no verbales claros de depresión y/o desesperanza.	
	4	El paciente enfatiza su desaliento y desesperanza y los signos no verbales dominan la entrevista, durante la cual el paciente no puede distraerse.	

7 Síntomas somáticos generales (musculares)	Incluyen debilidad, rigidez, hipersensibilidad o dolor franco de localización muscular difusa. Ej: dolor mandibular o del cuello.		
	0	No se encuentran presentes	Puntaje
	1	Presencia dudosa	
	2	El paciente ha experimentado ansiedad fóbica, pero ha sido capaz de combatirla.	
	3	Ha sido difícil para el paciente combatir o controlar su ansiedad fóbica, lo que ha interferido hasta cierto grado con su vida y trabajo cotidianos.	
	4	La ansiedad fóbica ha interferido notablemente con la vida y el trabajo cotidiano.	

8 Síntomas somáticos generales (sensoriales)	Incluye aumento de la fatigabilidad y debilidad los cuales se constituyen en reales alteraciones de los sentidos. Incluye tinitus, visión borrosa, bochornos y sensación de pinchazos.		Puntaje
	0	No presente	
	1	Es dudoso si las molestias referidas por el paciente son mayores que lo usual.	
	2	La sensación de presión en los oídos alcanza el nivel de zumbido, en los ojos de alteraciones visuales y en la piel de pinchazo o parestesia.	
	3	Los síntomas generales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	

	4	Los síntomas sensoriales generales están presentes la mayor parte del tiempo e interfiere claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
9 Síntomas cardiovasculares	Incluye taquicardia, palpitaciones, opresión, dolor torácico, latido de venas y arterias y sensación de desmayo.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes	
	2	Los síntomas están presentes pero el paciente los puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas cardiovasculares, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral	
	4	Los síntomas cardiovasculares están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
10 Síntomas respiratorios	Incluye sensaciones de constricción o de contracción en la garganta o pecho, disnea que puede llevar a sensación de atoro y respiración suspirosa..		Puntaje
	0	No presente	
	1	Dudosamente presente	
	2	Los síntomas respiratorios están presentes pero el paciente puede controlarlos.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas respiratorios, los cuales interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral de él.	
	4	Los síntomas respiratorios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
11 Síntomas gastrointestinales	Incluye dificultades para deglutir, sensación de "vacío en el estómago", dispepsia, ruidos intestinales audibles y diarrea.		Puntaje
	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto a las molestias habituales del paciente).	
	2	Una o más de las molestias descritas arriba están presentes pero el paciente las puede controlar.	
	3	El paciente tiene frecuentes dificultades en controlar los síntomas gastrointestinales, los cuales interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del enfermo (tendencia a no controlar la defecación)	

	4	Los síntomas gastrointestinales están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente en la vida diaria y laboral del paciente.	
12	Incluye síntomas no orgánicos o psíquicos tales como polaquiuria, irregularidades menstruales, anorgasmia, dispareunia, eyaculación precoz, pérdida de la erección.		Puntaje
Síntomas genito urinarios	0	No presentes	
	1	Dudosamente presentes (o dudoso si es distinto de las sensaciones genito urinarias frecuentes del paciente).	
	2	Uno o más de los síntomas mencionados están presentes, pero no interfieren con la vida diaria y laboral del presente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas genito-urinarios mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto con la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas genito-urinarios están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
13	Incluye sequedad de boca, enrojecimiento facial o palidez, transpiración y mareo.		Puntaje
Síntomas autonómicos	0	No se encuentran presentes	
	1	Presencia dudosa	
	2	Una o más de las molestias autonómicas descritas más arriba están presentes pero no interfieren con la vida diaria y laboral del paciente.	
	3	El paciente tiene frecuentemente uno o más de los síntomas autonómicos mencionados arriba, de tal magnitud que interfieren hasta cierto punto en la vida diaria y laboral del paciente.	
	4	Los síntomas autonómicos están presentes la mayor parte del tiempo e interfieren claramente con la vida diaria y laboral del paciente.	
14	Incluye comportamiento del paciente durante la entrevista. ¿Estaba el paciente tenso, nervioso, agitado, impaciente, tembloroso, palido, hiperventilando o transpirando		Puntaje
Conducta durante la entrevista	0	El paciente no parece ansioso	
	1	Es dudoso que el paciente esté ansioso	
	2	El paciente está moderadamente ansioso	
	3	El paciente está claramente ansioso	
	4	El paciente está abrumado por la ansiedad. Tiritando y temblando completamente.	

Escala de ansiedad de *Hamilton*, la cual consta de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último valora el comportamiento del paciente durante la

entrevista, cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos donde 0 es ninguno, 1 leve, 2 moderada, 3 grave y 4 muy incapacitante y el rango de puntuación final va de 0 a 56 puntos y calificando el grado de ansiedad de acuerdo al resultado de tal manera que 0-5 no hay ansiedad, 6-13 hay una ansiedad menor, 14 o mas, ansiedad clínicamente manifiesta, 15 o mayor, es calificada como ansiedad mayor. También es importante mencionar que mide la ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 14) y ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung (SDS)

Por favor lea cada enunciado y decida con que frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (✓) la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. Me siento decaído y triste.				
2. Por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. Tengo problemas para dormir por la noche.				
5. Como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo problemas de estreñimiento.				
9. Mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. Me canso sin razón alguna.				
11. Mi mente está tan clara como siempre.				
12. Me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. Me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo normal.				
16. Me es fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y me necesitan.				
18. Mi vida es bastante plena.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung fue diseñada por W.W.Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo).

El rango de calificación es de 20-80.

- 25-49 rango normal
- 50-59 Ligeramente deprimido
- 60-69 Moderadamente deprimido
- 70 o más, Severamente deprimido

Zung, WW (1965) A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 12, 63-70.

Corrección e interpretación: En los ítems directos, nunca = 0, casi nunca= 0, algunas veces = 0, bastantes veces = 1, casi siempre= 2 y siempre = 3. Los ítems indirectos (1, 18, 19, 23, 27 y 39) se puntúan de forma inversa a los directos. Los ítems pueden ser clasificados según 3 subescalas (Dieta y preocupación por la comida: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 25, 27, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 39; Presión social percibida y malestar con la alimentación: 3, 8, 12, 24, 26, 33, 34, 5; trastornos psicobiológicos: 13, 19, 28, 29, 35, 40). Puntaje mayor o igual a 31 se considera que el paciente presenta un trastorno alimentario (bulimia, anorexia o atracón).

Cuestionario de Actitudes hacia la Comida (EAT-40)

Identificación **Fecha**

Ponga una marca en la casilla que mejor refleje su caso. Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta.

A: Nunca **B:** Casi nunca **C:** Algunas veces **D:** Bastantes veces **E:** Casi siempre **F:** Siempre

	<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>D</u>	<u>E</u>	<u>F</u>
1.- Me gusta comer con otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- Preparo comidas para otros, pero yo no me las como.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.- Me pongo nervioso/a cuando se acerca la hora de las comidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.- Me da mucho miedo pesar demasiado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.- Procuro no comer aunque tenga hambre.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.- Me preocupo mucho por la comida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.- A veces me he "atracado" de comida, sintiendo que era incapaz de parar de comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.- Corto mis alimentos en trozos pequeños.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.- Tengo en cuenta las calorías que tienen los alimentos que como.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.- Evito, especialmente, comer alimentos con muchos hidratos de carbono (por ejemplo: Pan, arroz, patatas, etc).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.- Me siento lleno/a después de las comidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12.- Noto que los demás preferirían que yo comiese más.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13.- Vomito después de haber comido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14.- Me siento muy culpable después de comer.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15.- Me preocupa el deseo de estar más delgado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16.- Hago mucho ejercicio para quemar calorías.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17.- Me peso varias veces al día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18.- Me gusta que la ropa me quede ajustada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19.- Disfruto comiendo carne.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20.- Me levanto pronto por las mañanas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21.- Cada día como los mismos alimentos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22.- Pienso en quemar calorías cuando hago ejercicio.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23.- Tengo la menstruación regular.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24.- Los demás piensan que estoy demasiado delgado/a.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25.- Me preocupa la idea de tener grasa en el cuerpo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26.- Tardo en comer más que las otras personas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27.- Disfruto comiendo en restaurantes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28.- Tomo laxantes (purgantes).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29.- Procuro no comer alimentos con azúcar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30.- Como alimentos de régimen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
31.- Siento que los alimentos controlan mi vida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32.- Me controlo en las comidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33.- Noto que los demás me presionan para que coma.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34.- Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35.- Tengo estreñimiento.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36.- Me siento incómodo/a después de comer dulces.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37.- Me comprometo a hacer régimen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38.- Me gusta sentir el estómago vacío.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39.- Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40.- Tengo ganas de vomitar después de las comidas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TOTAL:

APGAR FAMILIAR

Casi siempre: (2 puntos); Algunas veces. (1 punto); Casi nunca: (0 puntos).

Las puntuaciones de cada una de las cinco preguntas se suman posteriormente.

Una puntuación de 7 a 10 sugiere una familia muy funcional, una puntuación de 4 a 6 sugiere una familia moderadamente disfuncional. Una puntuación de 0 a 3 sugiere una familia con grave disfunción.

* Se define familia como la (s) persona (s) que normalmente vive con usted. En caso de vivir solo, su familia está formada por aquellas personas con quienes tenga actualmente relaciones emocionales muy estrechas.

CUESTIONARIO APGAR DE LA FAMILIA

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	CASI NUNCA
Estoy contento de pensar que puedo recurrir a mi familia en busca de ayuda cuando algo me preocupa.			
Estoy satisfecho con el modo que tiene mi familia de hablar las cosas conmigo y de cómo compartimos los problemas.			
Me agrada pensar que mi familia acepta y apoya mis deseos de llevar a cabo nuevas actividades o seguir una nueva dirección.			
Me satisface el modo que tiene mi familia de expresar su afecto y cómo responde a mis emociones, como cólera, tristeza y amor.			
Me satisface la forma en que mi familia y yo pasamos el tiempo juntos.			



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Frecuencia de trastornos psicológicos y disfunción familiar en pacientes con sobrepeso y obesidad de la umf no. 50, Cosalá, Sinaloa
Patrocinador externo (si aplica):	
Lugar y fecha:	Umf No. 50, Cosalá, Sinaloa, 27 De Agosto Del 2014
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Describir la frecuencia de trastornos psicológicos y disfunción familiar en pacientes con sobrepeso/obesidad de la umf no. 50, para dar un manejo oportuno en el control de peso e indirectamente en el control de sus co-morbilidades
Procedimientos:	Pesar y medir, calcular imc y estadificar en sobrepeso u obesidad y aplicarles las encuestas de ansiedad de <i>Hamilton</i> , de depresión de <i>Zung</i> , de trastornos alimentarios eat 40 y de disfunción familiar apgar
Posibles riesgos y molestias:	Tiempo en el que se realizaran las encuestas
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Mejor control del peso y a su vez control de sus co-morbilidades
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	1 año 3 meses
Participación o retiro:	Se garantiza la libertad de retirar su consentimiento y abandonar el estudio sin que afecte la atención médica posterior en el instituto
Privacidad y confidencialidad:	Hoja de consentimiento informado, se explica y garantiza la confidencialidad de los datos que proporcione
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):	
Beneficios al término del estudio:	Mejor control de peso y de sus co-morbilidades
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	DR. LUIS ANGEL MENDEZ CAMACHO mat. 99264176 adscrito a la UMF No. 50, Cosalá, Sinaloa, email: louis_mendezc@yahoo.com
Colaboradores:	

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Luis Ángel Méndez Camacho mat. 99264176

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

Encuesta

**FRECUENCIA DE TRASTORNOS PSICOLOGICOS Y DISFUNCION
FAMILIAR EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD DE LA
UMF # 50, COSALA, SINALOA**

Iniciales del paciente _____

Numero de afiliación _____ Folio _____

Edad _____ sexo _____ Peso _____ Talla _____ IMC _____

Clasificación IMC _____

Edo civil: soltero _____ casado _____, unión libre _____ viudo _____ divorciado _____

Lugar de residencia: _____ tel. _____

Escolaridad: sin escolaridad _____, primaria _____ secundaria _____

bachillerato/técnica _____, profesional _____, post grado _____, no aplica _____

Ocupación _____ 1) hogar, 2) campesino, 3) artesano/obrero, 4) comerciante, 5) estudiante
6) jubilado, 7) empleado.

Fecha elaboración encuesta: _____

Firma del entrevistador: _____