



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

**ASOCIACIÓN DE SUICIDABILIDAD, ÍNDICE DE MASA CORPORAL E
INSATISFACCIÓN CORPORAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR QUE SE ENCUENTRAN
HOSPITALIZADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMON
DE LA FUENTE MUÑIZ**

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

DR. HESQUIO ALEJANDRO MARTÍNEZ ORDAZ

ASESORES:

TUTOR TEÓRICO: **DRA. BRISA GISSEL MONROY CORTÉS**

TUTOR METODOLÓGICO: **DR. JUAN JOSÉ CERVANTES NAVARRETE**

CD. MX. 2023



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.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA

RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

 INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ
31 MAYO 2023
DIRECCIÓN DE ENSEÑANZA
NOMBRE: <u>Silvia</u>
HORA: <u>10:45</u>

**ASOCIACIÓN DE SUICIDABILIDAD, ÍNDICE DE MASA CORPORAL E
INSATISFACCIÓN CORPORAL EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR QUE SE ENCUENTRAN
HOSPITALIZADOS EN EL INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA RAMÓN
DE LA FUENTE MUÑIZ**

000707

TESIS DE POSGRADO PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN

PSIQUIATRÍA

PRESENTA:

DR. HESQUIO ALEJANDRO MARTÍNEZ ORDAZ

ASESORES:

TUTOR TEÓRICO: **DRA. BRISA GISEL MONROY CORTÉS**

TUTOR METODOLÓGICO: **DR. JUAN JOSÉ CERVANTES NAVARRETE**

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN

Antecedentes.....	3
-------------------	---

METODOLOGÍA

Planteamiento del problema.....	18
Justificación.....	18
Objetivos.....	19
Objetivo General.....	19
Objetivo específico.....	19
Hipótesis.....	20

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño de estudio.....	20
Tamaño de la muestra.....	20
Población.....	20
Criterios de inclusión.....	21
Criterios de exclusión.....	21
Criterios de eliminación.....	21
Definición conceptual y definición operacional de las principales variables de estudio.....	21
Escalas de medición.....	25

PROCEDIMIENTO.....

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....

CONSIDERACIONES ÉTICAS.....

RECURSOS

Recursos Humanos.....	32
Recursos Materiales.....	32
Cronograma De Actividades.....	33

RESULTADOS.....

DISCUSIÓN.....

REFERENCIAS.....

ANEXOS.....

ANTECEDENTES

SUICIDABILIDAD

Una de las definiciones más amplias proviene de Haenel T, 1986, y que entienden suicidabilidad como “el potencial de todos los poderes y funciones mentales que tienden a la autodestrucción”. Otros definen a la suicidabilidad como la suma de todas las formas de pensar, comportarse y experimentar de las personas que, en sus pensamientos, a través de la acción activa u omisión pasiva o la falta de acción, luchan por su muerte o aceptan su propia muerte como posible resultado de una acción (Wolfersdorf, 2008).

La suicidabilidad está influenciada por la interacción de una variedad de factores biológicos, clínicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales. Se han propuesto múltiples modelos generales para comprender la suicidabilidad y la mayoría de los modelos reconocen que la suicidabilidad es el resultado de la interacción entre factores predisponente y factores precipitantes (O’Connor, 2018).

La suicidabilidad es un término general que describe el continuo de la ideación suicida, la intención, la conducta autolesiva, los intentos y el suicidio consumado (Meyer RE, 2010).

La suicidabilidad en todo el espectro, es un problema de salud pública con un impacto significativo a nivel mundial. El suicidio fue la décima causa principal de muerte para todos los grupos de edad y esta tasa únicamente ha ido aumentando desde el 2006. (Centers for Disease Control and Prevention, 2016).

La suicidabilidad se puede conceptualizar como un continuo que comienza en un extremo con pensamientos de desesperanza y fantasías de muerte, y que progresa a pensamientos de autolesión, desarrollando planes específicos, con la intención de actuar sobre el plan suicida, y la etapa final del intento de suicidio, exitoso o no (Cornelius JR, 1996).

SUICIDABILIDAD Y TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

En la mayoría de los estudios de personas que mueren por suicidio, aproximadamente nueve de cada diez personas parecen haber tenido un trastorno psiquiátrico en el momento de su muerte (Cavanagh, 2003).

Los estudios donde se aplican autopsias psicológicas a pacientes que han muerto por suicidio, han demostrado que la depresión es el más común de estos trastornos y ocurre en la mitad o dos tercios de los casos (Harwood, 2001).

El trastorno depresivo mayor (TDM) representa una de las enfermedades médicas más comunes en todo el mundo con una tasa de prevalencia media de 12 meses del 6,9% y una tasa de prevalencia a lo largo de la vida que varía entre el 11,2 y el 16%.

Se estima que hasta el 10% de todos los pacientes con TDM intentan suicidarse, y comparado con la población general se sugiere que las personas con trastorno depresivo mayor tienen hasta 20 veces mayor riesgo de morir por suicidio (Dold, 2018).

Es probable que la coexistencia de síntomas depresivos y otros factores inhibidores del control de la conducta contribuyan al comportamiento suicida. Además, un estudio transnacional ha demostrado que los trastornos caracterizados por la ansiedad y el control deficiente de los impulsos están fuertemente asociados con la transición de la ideación suicida a un intento suicida (Nock, 2009).

NEUROBIOLOGÍA DEL SUICIDIO

El mecanismo fisiopatológico subyacente detrás de la suicidabilidad sigue siendo poco conocido, pero lo que se conoce proviene de estudios que involucran varios diseños de estudio que incluyeron técnicas post-mortem, así como técnicas in vivo. En los cuales se ha identificado que el sistema neurotransmisor de la serotonina y la respuesta al estrés del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal presentan anomalías en pacientes suicidas.

A nivel celular, los estudios post mortem han identificado tres patrones de cambios celulares que se asocian con las personas que tienen un diagnóstico de trastorno del estado de ánimo, incluida la pérdida celular de la glía (astrocitos, oligodendrocitos), atrofia celular o menor densidad neuronal y mayor cantidad de células serotoninérgicas.

También se han evaluado problemas de circuitos serotoninérgicos mediante neuroimágenes funcionales y estudios moleculares. Los estudios moleculares han encontrado que la hipofunción prefrontal localizada y la respuesta serotoninérgica alterada son proporcionales a la letalidad de la conducta suicida.

Los estudios que utilizaron la tomografía por emisión de positrones (PET), los cuales demostraron la existencia un déficit en la expresión y unión del transportador de serotonina en estudios post mortem de suicidios consumados.

La resonancia magnética estructural también se ha utilizado para evaluar anomalías en los intentos de suicidio no fatales, incluidos los déficits de volumen del lado derecho de la materia gris en ciertas áreas corticales, un mayor volumen en el tálamo y la amígdala derecha. Así como hiperintensidades de la sustancia blanca junto con un aumento de los volúmenes bilaterales de tractos frontales de materia blanca. Estos datos apuntan a la presencia de deficiencias en la conectividad estructural dentro de los circuitos de serotonina.

Se cree que la adversidad en la vida temprana conduce a cambios epigenéticos que pueden estar asociados con un mayor suicidabilidad, y se ha demostrado que es un factor de riesgo importante de suicidio. En estudios post mortem se encontró que los pacientes que murieron por suicidio y tenían antecedentes de adversidad infantil tenían una mayor metilación del ADN del promotor del receptor de glucocorticoides y una menor expresión del gen del receptor en el hipocampo en comparación con aquellos sin adversidad infantil.

Múltiples estudios han identificó concentraciones bajas de ácido 5-hidroxiindolacético en el líquido cefalorraquídeo, el cual es el metabolito principal de la serotonina en el cerebro, en pacientes psiquiátricos después de un intento de suicidio. Este hallazgo fue uno de los primeros en señalar una deficiencia en la liberación de serotonina. También se ha propuesto

que las anomalías del eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal contribuyen a una respuesta al estrés no funcional.

Los estudios en animales, principalmente en ratones han encontrado que la metilación del ADN del receptor de glucocorticoides conduce a una expresión disminuida, la inhibición por retroalimentación alterada y una respuesta al estrés excesivo (Mann JJ, 2014).

EPIDEMIOLOGÍA DEL SUICIDIO

La prevalencia del suicidio se estima en 11,4 por 100.000 habitantes, lo que finalmente causa 804.000 suicidios anualmente en todo el mundo. En comparación con la mortalidad por suicidio, los intentos de suicidio son mucho más frecuentes (Turecki G. &, 2016).

Se cree que varios factores explican las grandes diferencias en las tasas de suicidio en todo el mundo, incluidas la poca precisión de las estadísticas del suicidio, falta de aceptación del suicidio como un suceso, en los diferentes contextos religiosos o culturas y de la accesibilidad a servicios de salud mental (Turecki, 2019).

Cada año, alrededor de 800.000 seres humanos mueren por suicidio; en otras palabras, cada 40 segundos, alguien muere de manera deliberada. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado que la tasa de mortalidad anual mundial es de 10,7 por 100.000 personas, con variaciones entre los grupos de edad y los países (WHO Mental Health, 2014).

En nuestro país, desde 1970 a 2007, la tasa de suicidios ha crecido 275%. Actualmente el suicidio se ha visto incrementado en el grupo de los 15 a los 29 años de edad. La prevalencia de por vida de ideación suicida en adultos de 18 a 29 años fue de 9.7% y solo 3.8% reportaron intento de suicidio. Entre los habitantes de la República mexicana, 6, 601, 210 tuvieron ideación suicida en los últimos 12 meses, 593 600 personas intentaron suicidarse y 99 731 utilizaron servicios médicos como consecuencia de un intento de suicidio (Borges, 2010).

ÍNDICE DE MASA CORPORAL

El índice de masa corporal (IMC) es la métrica que se utiliza para definir las características antropométricas de altura / peso en adultos y posteriormente categorizarla en grupos.

También se usa ampliamente como factor de riesgo para el desarrollo o la prevalencia de varios problemas de salud. Además, se usa ampliamente para determinar las políticas de salud pública. El IMC ha sido útil en estudios poblacionales en virtud de su amplia aceptación para definir categorías específicas de masa corporal como un problema de salud (Nuttall, 2015).

La evaluación de las múltiples variables que integran el índice de masa corporal se calculó según la fórmula (peso [kg]/talla [m]²), y se categorizó en cuatro grupos: bajo peso (<18,5 kg / m²), peso normal (≥ 18,5 a <25 kg / m²), sobrepeso (≥ 25 a <30 kg / m²), obesidad (≥ 30 kg / m²). En los análisis, se agrupa el grupo de obesidad en dos categorías: obesidad (≥ 30 a <40 kg / m²) y obesidad extrema (≥ 40 kg / m²) (Sohrab Amiri, 2018).

RELACIÓN DE ÍNDICE DE MASA CORPORAL Y SUICIDABILIDAD

Se han realizado estudios extensos para investigar el papel del índice de masa corporal (IMC) en el suicidio, sin embargo los resultados de los estudios son controvertidos, algunos estudios han demostrado que el IMC está inversamente asociado con la mortalidad por suicidio (Bjerkeset, 2008; Carpenter, 2000; Kaplan, 2007).

Sin embargo, otros estudios también muestran una asociación positiva entre el IMC y la ideación suicida (Brunner, 2006; Dong, 2006; Eaton, 2005).

Es importante mencionar que estos estudios fueron realizados en población de países desarrollados, por lo que no son aplicables en todos los países por las diferencias sociodemográficas y culturales.

ASOCIACIÓN DE OBESIDAD Y SUICIDABILIDAD

La obesidad es uno de los problemas de salud más prevalentes en la actualidad. (Finucane, 2011), midiendo el IMC, se estima que un tercio de la población adulta en todo el mundo tiene sobrepeso. (Lehnert, 2013)

Durante las últimas décadas, la prevalencia de la obesidad ha aumentado drásticamente, en el transcurso de cuatro décadas, la prevalencia estandarizada por edad de la obesidad aumentó del 3,2% en 1975 al 10,8% en 2014 para los hombres y del 6,4% al 14,9 % en mujeres. (NCD, 2016)

ASOCIACIÓN DE OBESIDAD Y DEPRESIÓN

La obesidad está asociada con un mayor riesgo de depresión y otras enfermedades mentales (Bjerke, 2008). Es probable que los mecanismos que relacionan el índice de masa corporal y la depresión sean complejos, ya que varios estudios han indicado que cada uno puede inducir o agravar al otro. Un alto índice de masa corporal podría influir en el riesgo de padecer depresión a través de mecanismos biológicos como la inflamación, la desregulación de los sistemas de estrés hormonal y el mayor riesgo de desarrollar enfermedades físicas que pueden tener efectos secundarios en la salud mental, mientras que la obesidad también podría a su vez tener efectos psicológicos negativos, por ejemplo, en cuanto a la autoimagen del paciente (Luppino FS, 2010).

Los mecanismos que relacionan estas dos condiciones se han estudiado extensamente, lo que indica la participación de la desregulación hipotalámica-pituitaria-suprarrenal (HPA), inflamación, estrés oxidativo, así como disfunción endocrina (Bornstein SR, 2006; Hryhorczuk C, 2013).

Está bien establecido que la depresión es una enfermedad inflamatoria crónica. Los hallazgos que apoyan esta noción incluyen evidencia de aumento de citocinas proinflamatorias en estado depresivo y disminución de estas citocinas tras la resolución de los síntomas depresivos, efecto inhibitorio sobre la producción de citocinas de antidepresivos

y regulación positiva persistente de citocinas proinflamatorias en la depresión resistente al tratamiento (Miller AH, 2009).

Los factores que pueden inducir inflamación y síntomas depresivos son muchos, como el estrés psicológico y la obesidad (Berk M, 2013).

La obesidad también es un trastorno de inflamación sistémica. Por ejemplo, la adiposidad central en la obesidad es una fuente de citocinas inflamatorias que pueden promover la neuroinflamación.

Además, las alteraciones metabólicas en la obesidad pueden conducir a aumentos de los niveles de cortisol, leptina e insulina, lo que da como resultado una desregulación del eje HPA y resistencia a la insulina, lo que puede inducir más inflamación y empeorar la depresión (Hryhorczuk C, 2013)

La depresión también podría influir en el riesgo de un índice de masa corporal alto a través de estilos de vida poco saludables, ya que las enfermedades mentales están asociadas con la inactividad física y las dietas no saludables (Daumit GL, 2005)

Asimismo, los medicamentos recetados para algunas enfermedades mentales pueden provocar un aumento de peso (Dent R, 2012).

La asociación entre obesidad y depresión también podría asociarse por causas en común de la obesidad y trastornos mentales, como lo es una mala posición socioeconómica (Moore ME, 1997).

Los mecanismos causales que subyacen a la asociación entre el peso corporal y el suicidio no se comprenden totalmente. Se han sugerido diferentes explicaciones posibles. Un índice de masa corporal alto podría influir directamente en el índice de suicidabilidad, por ejemplo, a través de una disminución de los comportamientos agresivos e impulsivos posiblemente debido a la influencia del índice de masa corporal en varias hormonas y neurotransmisores como los niveles de testosterona, leptina y serotonina.

Sin embargo, las asociaciones también podrían verse influenciadas por el uso indebido de sustancias, otras enfermedades médicas o trastornos mentales que se asocian con un índice de masa corporal bajo (Klinitzke G, 2013).

Un gran número de estudios ha demostrado un papel importante de la serotonina (Ressler KJ, 2000) y las hormonas glucocorticoides (Steckler T, 1999) en la etología de la depresión. Hay más informes que sugieren que estos sistemas también funcionan de manera inadecuada en la conducta suicida y en la consumación del suicidio (Costanza A, 2013).

A este respecto, es interesante observar que tanto el control del peso corporal como la ingesta de alimentos y, en consecuencia, el índice de masa corporal, están regulados por la serotonina y los glucocorticoides a nivel cerebral. Los niveles bajos de serotonina cerebral provocan hiperfagia y un aumento en la ingesta de alimentos. Por tanto, es de interés que el índice de masa corporal parece estar asociado negativamente con la unión al transportador de serotonina (SERT) en varias partes del cerebro, incluido el mesencéfalo (Erritzoe D, 2010).

Por lo tanto, un índice de masa corporal bajo se asocia con niveles más altos de SERT en el cerebro, lo que puede dar como resultado una disminución de los niveles extracelulares de serotonina, lo que podría interpretarse como un estímulo compensatorio para estimular la ingesta de alimentos.

Las alteraciones en la fisiología de la hormona glucocorticoide en individuos con síntomas de depresión y en víctimas de suicidio pueden involucrar varios niveles del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA). Las concentraciones plasmáticas elevadas de cortisol y las pruebas de provocación neuroendocrina anormales apuntan a un eje HPA hiperactivo en pacientes deprimidos (Steckler T, 1999).

Actualmente es imposible trazar una imagen concluyente y completa de los mecanismos neurobiológicos que relacionan el índice de masa corporal con la depresión y la consumación del suicidio. Sin embargo, lo más probable es que la composición exacta de

los cambios en la neurotransmisión serotoninérgica y la fisiología de la hormona glucocorticoide, junto con los cambios en otros sistemas como la neurotransmisión GABAérgica y también la leptina, determinarán tanto el índice de masa corporal como la psicopatología, incluida la afectiva y el suicidio (Yamada N, 2011).

ASOCIACIÓN DE IMC Y MÉTODO DE SUICIDIO

Se han observado asociaciones negativas entre la obesidad y la mayoría de los métodos de suicidio, excepto las intoxicaciones, para las que se observó una asociación positiva. Una tendencia similar se observó en el grupo con sobrepeso, aunque no de manera concluyente para las intoxicaciones. En el grupo de infrapeso observamos una asociación negativa con el ahogamiento y asociaciones leves negativas con el suicidio con armas de fuego y saltos de altura (Wingren, 2016).

El método principal de suicidio en los hombres fue el ahorcamiento y en las mujeres la intoxicación. (Ajdacic-Gross V, 2008)

La obesidad y el sobrepeso se asociaron negativamente con el ahorcamiento tanto en hombres como en mujeres. La asociación podría ser causal y se especula que los individuos obesos utilizan este método debido a la movilidad física reducida y la dificultad para utilizar ciertos otros métodos, como el ahorcamiento, además de tener una mayor índice de morbilidad y por lo tanto, un acceso más fácil a los medicamentos (Austin AE, 2014).

Se ha observado que en hombres con infrapeso existe una asociación negativa con los ahorcamientos, pero no en las mujeres (Flaig B, 2013).

Existe evidencia de que la concentración letal de alcohol en sangre es menor en individuos obesos en comparación con aquellos de peso normal. (Wingren CJ, 2014)

INSATISFACCIÓN DE IMAGEN CORPORAL

Según Kolb, la imagen corporal se refiere a todas las percepciones, actitudes, emociones y reacciones personales del individuo en relación con su propio cuerpo. A su vez sugirió una relación importante entre su satisfacción con su imagen corporal y el equilibrio emocional (Marsella, 1981).

La insatisfacción con la imagen corporal se ha investigado prioritariamente en mujeres por ser un factor de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) (Morales A, 2015);sin embargo, actualmente se inician estudios con varones porque, pese a tener menor prevalencia, también se observan TCA y comportamientos alimentarios de riesgo. . (Lydecker, 2018).

Estudios sugieren que, independientemente de la edad, las mujeres cuentan con niveles más altos de insatisfacción corporal e ideación suicida en comparación con los hombres. (Jones, D.C., 2004; McCabe MP, 2004;Marsella, 1981).

OBESIDAD E INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

La obesidad puede tener graves consecuencias psicológicas. (Friedman, 1995). A veces se argumenta que la insatisfacción con la vida, la desventaja social y la angustia de la imagen corporal producida por la obesidad son beneficiosas porque motivan a las personas a perder peso.

Es más probable que estos formen barreras para la regulación de las emociones que, tanto por razones biológicas como psicológicas, conducen a un aumento de la ingesta de alimentos.

También es posible que estas consecuencias, quizás a través de su impacto en trastornos graves como la depresión, forman un vínculo entre la obesidad y las enfermedades crónicas.

Comprender la imagen corporal es importante para especificar la experiencia social y psicológica de ser obeso, las consecuencias médicas y los factores psicológicos que contribuyen a la etiología de la obesidad, sino también a la prestación de atención. (Schwartz, 2004)

ASOCIACIÓN DE INSATISFACCIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL E ÍNDICE DE SUICIDABILIDAD

En los últimos años, ha existido una gran cantidad de evidencia que ha apuntado a fuerte relación entre la insatisfacción corporal y el comportamiento suicida, incluida la ideación suicida (Whetstone LM, 2007; Kim, 2009).

La insatisfacción corporal es un predictor valioso de ideación suicida 2 años después, que mostró una fuerte relación entre la insatisfacción corporal y los intentos de suicidio. (Rodríguez-Cano T, 2006),

FACTORES QUE DETERMINAN LA SUICIDABILIDAD

El objetivo de una evaluación individualizada de la suicidabilidad es identificar, tratar y manejar de forma aguda los factores de riesgo específicos del paciente. Ha habido muchos factores que se han asociado con un mayor riesgo de suicidio, ya que se correlacionan con futuros intentos o con el suicidio. Al igual que con los factores de riesgo, ha habido ciertos factores psicosociales que se asocian con una disminución del índice de suicidabilidad.

Estos factores comúnmente hacen que los pacientes se sientan socialmente apoyados, y proporcionan una base para que sean factibles la realización de proyectos a futuro, incluyendo la paternidad, el embarazo, la religión/espiritualidad, el apoyo social, el acceso a la atención y la cohesión familiar (JM., 2015).

Un aspecto crucial para comprender completamente el estado de ánimo de un paciente y la motivación detrás de un intento de suicidio es qué factores estresantes, desencadenantes o pérdidas psicosociales pueden haber atribuido a la angustia del paciente.

Algunos de estos factores pueden modificarse, mientras que otros no. La categorización de estos problemas identificados permite intervenciones más dirigidas a lo que es más relevante y beneficioso para el paciente.

A continuación se describirán las principales variables a estudiar en el presente proyecto

SEXO

La tasa general de suicidios de 10,7 por 100.000 habitantes abarca una relación hombre: mujer de 1,7. Por tanto, los hombres se suicidan casi el doble que las mujeres. A nivel mundial y desde 1990, los suicidios en los hombres se han acelerado considerablemente en número (World Health Organization, 2017).

EDAD

En adolescentes y adultos jóvenes entre 15 y 29 años, la muerte por suicidio alcanza las cifras más altas.

Sin embargo, en el grupo de edad de 10 a 14 años, el suicidio es la tercera causa más común de muerte, representando la segunda causa más común hasta la edad de 34 años a partir de entonces (National Center for Injury Prevention and Control., 2016).

En general, muchos más jóvenes que ancianos mueren por suicidio, pero el número relativo por grupo de edad es hasta ocho veces mayor en los ancianos (Värnik, 2012).

De manera similar, según la OMS, los niños y adolescentes hasta la edad de 15 años exhiben las tasas globales de suicidio más bajas (por cada 100.000 habitantes), que aumentan constantemente a partir de entonces hasta la edad de 70 años o más (WHO Mental Health, 2014).

DEPRESIÓN

La presencia de un trastorno depresivo aumenta significativamente el riesgo de suicidio y es el diagnóstico psiquiátrico más frecuentemente identificado (20% -35%) en las personas que consumaron el suicidio y en las que acudieron al servicio de urgencias por un intento de suicidio, hasta en un 58,5% (Hawton K, 2013).

La depresión es la principal causa de muerte por suicidio en todo el mundo y es el segundo lugar en años vividos con discapacidad (globalmente hasta el 11%) (Ferrari, 2013).

La mitad de todos los suicidios consumados están relacionados con trastornos depresivos y otros trastornos del estado de ánimo; en comparación con los sujetos sanos, se notificó un aumento del riesgo de 20 veces (Ösby, 2001).

Recibir tratamiento para la depresión está asociado con la disponibilidad del tratamiento y la gravedad de los síntomas depresivos.

Sin embargo, hasta el 50% de las personas con depresión en los países de ingresos altos y hasta el 85% en los países de ingresos bajos y medianos; parecen no recibir tratamiento durante un período de 1 año (Lépine & Briley, 2011).

ANTECEDENTE DE INTENTOS SUICIDAS PREVIOS

La historia de un intento de suicidio previo es uno de los predictores de suicidio más poderosos. (Blumenthal, 1984).

Aproximadamente el 1% de los que intentan suicidarse se suicidan cada año; entre el 10 y el 20 por ciento de los que intentan suicidarse terminan por suicidarse. Además, las personas que amenazan con suicidarse tienen tasas más altas de suicidio consumado. (Fowler HC, 1979)

CONSUMO PERJUDICIAL DE SUSTANCIAS

Los trastornos por consumo de sustancias comprenden una amplia gama de sustancias desde nicotina, alcohol, medicamentos recetados, cannabis, estimulantes, ente otras. En 2010, el 33,4% de los pacientes que se suicidaron habían ingerido alcohol previo a su muerte.(Centers for Disease Control and Prevention, 2016)

La comorbilidad de un trastorno por consumo de alcohol aumenta el riesgo casi 10 veces en comparación con la población general. (Zaheer J, 2008)

Las personas que usan drogas inyectables son aproximadamente 14 veces más propensas al suicidio. Hasta el 40% de los pacientes con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias, que buscan tratamiento, informan un historial positivo de intentos de suicidio previos y, a menudo, cuentan un mayor índice de suicidabilidad y síntomas depresivos, en parte causados por presencia de estresores de pareja, empleo, salud y estabilidad financiera. (Yuodelis-Flores C, 2015;Zaheer J, 2008)

RED DE APOYO DEFICIENTE

El paciente suicida a menudo carece de personas importantes (parientes, amigos), empleo en un trabajo significativo o apoyos de grupos religiosos.

Individualmente, estos apoyos pueden no ser estadísticamente significativos, pero colectivamente representan un factor importante e importante para evaluar en pacientes suicidas. Muchos autores comentan esto, especialmente en lo que respecta a la pérdida reciente de algún apoyo social o pérdida de status (Youngman, 1968).

PLAN ORGANIZADO DE SUICIDIO

La persona con un plan suicida específico bien delineado que contemple un método letal disponible tiene un riesgo mucho mayor que otros.

El grado de organización a menudo se muestra por comunicación indirecta de la intencionalidad suicida, al buscar atención médica o asesoramiento antes del intento, "poner los asuntos en orden", y por notas de suicidio. De hecho, más de dos tercios de los suicidios comunican ideas suicidas, 41% expresando específicamente sus intenciones (Lilman, 1975).

PERSONAS SEPARADAS O DIVORCIADAS

Existe evidencia de que personas divorciadas y las personas separadas presentan mayores tasas de suicidio que sus contrapartes casadas. Se ha observado que hombres divorciados y separados tenían casi 2,4 veces más probabilidades de suicidarse, que los hombres casados o con pareja estable. Dicho de otra manera, por cada mujer divorciada que se suicida, más de nueve hombres divorciados se suicidan. (Kposowa, 2003)

El alcance de la planificación del intento y la letalidad del plan son ambos factores que requieren mayores grados de organización. (Patterson, 1983)

COMORBILIDADES MÉDICAS

La presencia de una enfermedad médica crónica es otro factor de riesgo importante para el suicidio en todos los grupos de edad. En particular, las enfermedades con un curso debilitante crónico son desencadenantes frecuentes para la conducta suicida. (Dorpat T, 1968)

La prevalencia de enfermedades físicas en los suicidios varía del 25 al 70 por ciento de los casos y parece ser una causa importante que contribuye en el 11 al 51 por ciento. Entre los trastornos asociados con mayor frecuencia al suicidio se encuentran el cáncer, la corea de Huntington, la epilepsia, los trastornos musculoesqueléticos y la úlcera péptica. (Mackenzie TB, 1987)

Las enfermedades médicas parecen contribuir al comportamiento suicida de varias formas, entre las que se incluyen: precipitar una depresión grave o exacerbar una condición psiquiátrica; o producir un trastorno mental orgánico (como el delirium) que conduce a cambios perceptivos, cognitivos y del estado de ánimo que pueden predisponer a alteraciones del juicio, impulsividad y comportamiento suicida.

En algunos casos, la elección de morir por suicidio puede ser un acto racional en el que la perspectiva de sufrimiento y pérdida de la dignidad es intolerable. Sin embargo, la

evidencia de la investigación sugiere que el suicidio en las enfermedades, rara vez ocurre en ausencia de un trastorno psiquiátrico (Dorpat TL, 1968).

METODOLOGÍA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El suicidio fue la décima causa principal de muerte para todos los grupos de edad y esta tasa únicamente ha ido aumentando desde el 2006, en la mayoría de los estudios de personas que mueren por suicidio, aproximadamente nueve de cada diez personas parecen haber tenido un trastorno psiquiátrico en el momento de su muerte, siendo el más común de ellos la depresión.

Existen múltiples estudios respecto a la correlación existente entre índice de masa corporal, el índice de suicidabilidad y determinación de factores asociados como la insatisfacción de la imagen corporal, sin embargo, no son concluyentes y dichos estudios no han sido aplicados a población Mexicana. El objetivo de determinar el índice de suicidabilidad en un paciente es identificar los puntos vulnerables para poder prevenir consecuencias tales como el suicidio.

JUSTIFICACIÓN

Existe evidencia de estudios que asocian la obesidad y los factores asociados como factor de riesgo para depresión, sin embargo la literatura se muestra ambivalente respecto a sí alguna categorización del índice de masa corporal; ya sea la obesidad, el sobrepeso, normopeso o el infrapeso actúan como factores protectores o de riesgo para presentar mayor índice de suicidabilidad en pacientes deprimidos.

Estos mismos estudios no han sido aplicados a población mexicana o incluso en América latina, y tomando en cuenta que tanto el sobrepeso como la obesidad es actualmente

reconocida como uno de los retos más importantes de salud pública en México, dado el tamaño y rápido crecimiento de la población afectada por el mismo, así como el efecto negativo de estas condiciones en enfermedades crónico degenerativas, es de importante el indagar sobre qué efectos que tiene esto sobre la salud mental de la población mexicana.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Asociar el índice de masa corporal, índice de suicidabilidad y grado de insatisfacción de imagen corporal, en personas con diagnóstico de trastorno depresivo mayor que se encuentren hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas de las personas hospitalizadas con Trastorno depresivo mayor.
- Determinar el índice de masa corporal de las personas hospitalizadas con Trastorno depresivo mayor.
- Determinar el índice de suicidabilidad en las personas hospitalizadas con Trastorno depresivo mayor de acuerdo al puntaje de las escalas de SADS PERSONS, escala de ideación suicida de Beck y el inventario de depresión de Beck.
- Determinar el grado de insatisfacción corporal en las personas hospitalizadas con Trastorno depresivo mayor.
- Asociar el índice de masa corporal con el índice de suicidabilidad en personas hospitalizadas con Trastorno depresivo mayor.
- Asociar el índice de masa corporal con el grado de insatisfacción corporal en personas hospitalizadas con Trastorno depresivo mayor.
- Asociar el índice de suicidabilidad y el grado de insatisfacción corporal en personas hospitalizadas con Trastorno depresivo mayor.

HIPÓTESIS

Hipótesis General

- Los participantes con mayor índice de masa corporal tendrán mayor índice de suicidabilidad y mayores niveles de insatisfacción en su imagen corporal en contraste con aquellos participantes que tengan un menor índice de masa corporal.

Hipótesis específicas

- Los participantes con mayor índice de masa corporal tendrán mayor índice de suicidabilidad.
- Los participantes con mayor índice de masa corporal tendrán mayor nivel de insatisfacción corporal.
- Los participantes con mayor índice de suicidabilidad tendrán mayor insatisfacción corporal.

DISEÑO DE ESTUDIO

De acuerdo a Feinstein, el objetivo del estudio es descriptivo, la asignación de la maniobra es observacional, según el periodo y secuencia del estudio es transversal, de acuerdo a la fuente de las que se obtuvieron los datos es retrolectivo (Feinstein, 1994).

TAMAÑO DE LA MUESTRA

La muestra comprendió un total de 58 participantes, los cuales contaban con diagnóstico de trastorno depresivo mayor y se encontraban hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” en el periodo de julio del 2022 a febrero del 2023.

POBLACIÓN

Participantes con diagnóstico de trastorno depresivo mayor que se encuentren en el servicio de hospitalización en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”(INPRFM).

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Hombres o mujeres de entre 18 a 59 años de edad.
- Que cursen con episodio depresivo según el DSM-5, ya sea primer episodio o recurrencia y que cuenten con un puntaje del inventario de depresión de Beck mayor a 14 puntos.
- Personas que se encuentren hospitalizados en el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, y que se encuentren dentro de los tres primeros días de hospitalización.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Presentar cualquier discapacidad que no permita la realización de la batería de pruebas, como discapacidad intelectual, discapacidad visual, participantes en episodio de agresividad psicomotriz.
- Participantes con sintomatología psicótica, obsesiva, que cumplan con los criterios diagnósticos de algún trastorno de la conducta alimentaria o de trastorno por consumo de sustancias.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Entrevistas incompletas
- Escalas incompletas

DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS PRINCIPALES VARIABLES DE ESTUDIO.

Variables independientes	Tipo	Medición	Definición conceptual
Índice de masa corporal	Ordinal y cuantitativa	Cuantificación de índice de masa corporal con la siguiente fórmula: IMC = peso [kg]/ estatura [m ²].	El índice de masa corporal (IMC) es la métrica que se utiliza para definir las características antropométricas de altura / peso en

			adultos y posteriormente categorizarla en grupos.
Insatisfacción de la imagen corporal	ordinal y cuantitativa	Body Shape Questionnaire	Percepciones, actitudes, emociones y reacciones personales negativas del individuo en relación con su propio cuerpo
Sexo	Dicotómica	Hombre/Mujer	Construcción social caracterizada por clasificar a los miembros de la especie humana.
Edad	Cuantitativa	Años	Tiempo medido en años que ha vivido el entrevistado.
Trastorno depresivo mayor	Cualitativa	Diagnóstico de trastorno depresivo mayor acorde al <i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)</i> .	Conjunto de criterios de diagnóstico con los que ingresa para calificar para el diagnóstico de depresión según el DSM-V
Intentos suicidas previos	Cuantitativa	Presencia o ausencia	Antecedente de intentos suicidas previos
Atención psiquiátrica previa	Cuantitativa	Presencia o ausencia	Antecedente de atención psiquiátrica previa
Abuso de sustancias	Cuantitativa	Presencia o ausencia	Presencia de consumo perjudicial de sustancias, alcohol, estimulantes, cannabis,

			alucinógenos, inhalables, tabaco. Sin que los mismos integren un diagnóstico de dependencia a la sustancia o que exista el antecedente del mismo.
Red de apoyo deficiente	Cuantitativa	Presencia o ausencia	El paciente suicida a menudo carece de personas, empleo en un trabajo significativo, que proporcionan confianza y apoyo.
Ideación suicida	Cuantitativa	Presencia o ausencia	Presencia de la organización de un plan suicida.
Estado Civil	Cualitativa Polinómica	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión libre	La situación personal del individuo, respecto a si se encuentra solo o en pareja y dentro de esta última situación, si lo está de jure o de facto. Se relaciona estrechamente con la libertad personal, dignidad y la libertad de pensamiento, atiende a la decisión autónoma de entrar o no en una relación personal permanente con otra persona, respecto de la cual se crean consecuencias dependiendo de dicho estado. (Jurisprudencia Civil, 2016)

Presencia de comorbilidades	Cualitativa Polinómica	Diabetes mellitus Hipertensión arterial sistémica Patología tiroidea Cáncer etcétera	Conjunto de criterios de diagnóstico con los que ingresa para calificar para un diagnóstico psiquiátrico en particular.
Situación ocupacional	Cualitativa	Trabajo no remunerado (ejemplo. Amas de casa y estudiantes) Trabajo remunerado No trabaja, pero es remunerado (Jubilados o pensionados) No trabaja y no es remunerado	La situación personal del individuo, respecto a su situación laboral.
Escala de ideación suicida de Beck.	ordinal	Puntuación total de 19 reactivos.	Cuantificación y evaluación de la recurrencia consciente de pensamientos suicidas
Escala SAD PERSONS	ordinal	Puntuación total de 10 reactivos.	Cuantificación y evaluación de factores de suicidabilidad
Inventario de depresión de Beck	ordinal	Puntuación total de 21 reactivos.	Cuantificación y evaluación de sintomatología depresiva.
Body Shape Questionnaire	ordinal	Puntuación total de 34 reactivos.	Cuantificación y evaluación de insatisfacción de la imagen corporal.

ESCALAS DE MEDICIÓN

ESCALA DE SAD PERSONS

La Escala de SAD PERSONS fue desarrollado por Patterson et al en 1983, como una guía práctica para la valoración de la probabilidad de que haya un intento de suicidio. Durante las pruebas se identificó una capacidad significativa mayor para evaluar con precisión y hacer recomendaciones para la toma de decisiones, dependiendo el grado de riesgo que presente el paciente.

Se evalúan diez reactivos: Sexo masculino, 45 o más años de edad o 19 años o menos, existencia del diagnóstico de depresión, antecedente de intentos suicidas previos o atención psiquiátrica previa, abuso de sustancias, pérdida del pensamiento racional, red de apoyo deficiente, plan organizado de suicidio, si los participantes son divorciados, viudos, separados o solteros; ya que presentan un mayor índice de suicidabilidad que los participantes casados, el papel de la existencia de alguna enfermedad física es algo inconsistente en los estudios de participantes suicidas, pero se cree que la enfermedad crónica, debilitante y grave es un factor de riesgo definitivo.

Esta escala cuenta con 10 elementos nemotécnicos donde cada letra corresponde a un factor de riesgo suicida sexo, edad, depresión, intento suicidas previos o atención psiquiátrica previa, consumo perjudicial de sustancias, pérdida del pensamiento racional, red de apoyo deficiente, plan organizado, sin cónyuge, enfermedad.

Cada factor se puntúa como 1 si está presente, 0 si está ausente, lo que da como resultado una puntuación acumulativa que se interpreta como una especificación en el nivel de riesgo. La escala de 0 a 10 se analizó con una prueba T de significancia para determinar si el uso de la escala SAD PERSONS tendría un impacto positivo en el juicio clínico de un estudiante al evaluar el potencial suicida. Una comparación entre las calificaciones medias de los grupos de control y de investigación para el paciente de bajo riesgo arrojó una diferencia significativa ($p < .01$), y el grupo de control tendió a calificar a esta mujer como más suicida que el grupo de investigación. (ratificaciones medias de 5,10 frente a 3,06, respectivamente).

La calificación de 3,06 difiere poco de la 3 obtenida por los tres psiquiatras en su propia evaluación separada.

También se obtuvo una diferencia significativa ($P < .01$) con las calificaciones para el hombre de alto riesgo.

Con una media del grupo de control de 8,14 y una media del grupo de investigación de 4,94, el grupo de control nuevamente calificó al paciente en mayor riesgo que el grupo de investigación, aunque este último le dio a este paciente en riesgo una calificación lo suficientemente alta, muy cercana al dado por los tres psiquiatras. (Patterson W. M., 1983)

Para el resultado del intento de suicidio, la Escala SAD PERSONS tuvo una sensibilidad del 15 % (95 % IC 8–24) y una especificidad del 97 % (96–98). Los puntos de corte son los siguientes 0 a 4 puntos bajo riesgo, 4 a 6 puntos riesgo moderado, 7 a 10 puntos riesgo alto. (Runeson, 2017)

ESCALA DE IDEACIÓN SUICIDA DE BECK.

Esta escala fue diseñada para cuantificar y evaluar la recurrencia consciente de pensamientos suicidas; poner en la balanza varias dimensiones de autodestructividad: pensamientos o deseos. La ideación suicida también puede abarcar la “amenaza de suicidarse”, expresada abiertamente a otros.

La ISB consta de 19 reactivos aplicados en el contexto de una entrevista clínica semiestructurada. Estos reactivos miden la intensidad de las actitudes, conductas y planes específicos para suicidarse. Cada reactivo se registra en un formato de respuesta de 3 opciones, con un rango de 0 a 2.

Las mediciones se sumaron para obtener un puntaje global. De este modo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38. Si la puntuación de los reactivos (4) “Deseo de intentar suicidarse” e “Intento pasivo de suicidarse”, es “0”, se omiten las secciones siguientes y se suspende la entrevista, codificando como: “No aplicable”. En caso contrario, se sigue aplicando

La consistencia interna de la Escala de Ideación Suicida de Beck: los 20 reactivos de la Escala de ISB se sometieron a un análisis de confiabilidad y se obtuvo un coeficiente alpha de Cronbach = .84. Como el último reactivo indaga sobre el número de intentos suicidas

llevados a cabo anteriormente, se evaluó también su consistencia con solo los 19 reactivos restantes, y alcanzó el mismo nivel de confiabilidad: $\alpha = .84$.

Fue satisfactoria la consistencia interna de la Escala de ISB, con los 16 reactivos que correlacionaron $>.20$ con el puntaje total $\alpha = .85$. Las sub-escalas originalmente propuestas por Beck en 1979, fueron las siguientes:

I. Características de las actitudes hacia la vida y la muerte (5 reactivos), II. Características de los pensamientos y los deseos de suicidarse (6 reactivos), III. Características del intento suicida (4 reactivos) y IV. Actualización del intento suicida (4 reactivos).

La sub escala I: Características de las actitudes hacia la vida y la muerte (5 reactivos), quedó conformada por 1 factor que explicó 71.2% del total de la varianza, obteniendo una consistencia interna de $\alpha = .90$.

La sub- escala II: Características de los pensamientos y de los deseos de suicidarse (5 reactivos), arrojó 2 factores que explicaron 62.6% de la varianza. Al calcular la consistencia interna de cada factor se obtuvieron coeficientes $\alpha = .65$ en el primer factor, y $\alpha = .45$ en el segundo.

Como la consistencia interna de los 5 reactivos fue de $\alpha = .65$ se consideró pertinente integrar esta sub-escala con los 5 reactivos en una sola dimensión.

La sub-escala III: Características del intento suicida (4 reactivos), se integró en un factor que explicó 46.4% de la varianza, y alcanzó una consistencia interna de α .

La sub escala: IV; Actualización del intento suicida (2 reactivos), se consideró como el indicador (por el reducido número de reactivos que la integraron) que explicó 64.5% de la varianza; obtuvo un coeficiente $\alpha = .45$. La estructura factorial descrita concuerda con la obtenida y registrada por Beck y cols. 1979). el índice de especificidad fue de 98.1%, comparado con el criterio clínico. Al comparar la consistencia interna en esta población, con lo reportado por Beck, se observa que coincidimos en el número de reactivos que se correlacionaron con $R > .20$ (p.05) y en el índice de confiabilidad $\alpha = .85$, que es muy aceptable (Beck, 1979).

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

El Inventario de Depresión de Beck (BDI) se encuentra en todo el mundo entre las escalas de autoevaluación más utilizadas para medir la sintomatología depresiva. Desde la construcción de la prueba en 1961, la prueba se ha empleado en más de 2000 estudios empíricos.

La consistencia interna ha sido confirmada por numerosos estudios en psiquiatría. y muestras no psiquiátricas (Zur, 1991;Roderer-Verlag, 1988).

La mayoría de los investigadores informan coeficientes alfa, en el promedio superior a 0,75. Según Richter (Zur, 1991), el coeficiente promedio para las muestras psiquiátricas asciende a 0,88, la puntuación correspondiente para las muestras no psiquiátricas es 0,82. Solo unas pocas investigaciones informan coeficientes bajos. Los coeficientes bajos son a menudo debido a los efectos de muestreo, que conducen a una reducción en la varianza del sujeto y, por lo tanto una reducción en el tamaño de los coeficientes de consistencia. Por tanto, la consistencia interna es baja en estudios que calculan coeficientes para subgrupos homogéneos.

Este test consta de 21 preguntas con respuesta múltiple, donde el sujeto en cuestión que realiza el test deberá valorar en una escala de 0 a 3 el grado en el cual se identifica personalmente con la respuesta que ha contestado en el mismo (donde 0 es que no te identificas en absoluto, pudiendo concluir que no presentas los síntomas sobre los que versa la pregunta; y 3 es que hay una identificación absoluta, por lo cual, el sujeto padecería los síntomas).

Una vez realizado el test, se deben sumar los resultados obtenidos en la escala de valoración del sujeto, obteniendo un máximo posible de puntos de 63, ya que hay 21 preguntas y cada pregunta puede ser valorada con un máximo de 3 puntos:

- Valoración de 0 a 13: el sujeto no padece depresión.
- Valoración de 14 a 19: el sujeto padece una depresión leve.
- Valoración de 20 a 28: el sujeto padece una depresión moderada.
- Valoración de 29 a 63: el sujeto padece una depresión grave. (Beck A. T., 1961;Beck A. S., 1996)

BODY SHAPE QUESTIONNAIRE

Representa una medida objetiva de la preocupación sobre el peso y la imagen corporal, por lo que puede ser usado para evaluar trastornos de la imagen corporal en puntuaciones elevadas. También puede ser una herramienta útil para el estudio exploratorio de individuos en riesgo de desarrollar un trastorno del comportamiento alimentario, teniendo en cuenta que la insatisfacción corporal es sólo uno de los componentes de esta patología y que individuos obesos o con dietas severas pueden también puntuar alto en el BSQ (aunque puede haber dificultades para discriminar insatisfacción en este tipo de personas).

El Body Shape Questionnaire (Cooper, 1987) tiene 34 preguntas que evalúan un solo concepto psicológico que puede dividirse en dos versiones del mismo problema: insatisfacción corporal y preocupación por el peso.

El cuestionario es autoadministrado y tiene una escala tipo Likert de 6 puntos que va desde Nunca hasta Siempre. La persona responde según su autopercepción y el grado de identificación sobre cada ítem en las últimas cuatro semanas.

El objetivo central de la prueba es evaluar las alteraciones actitudinales de la imagen corporal.

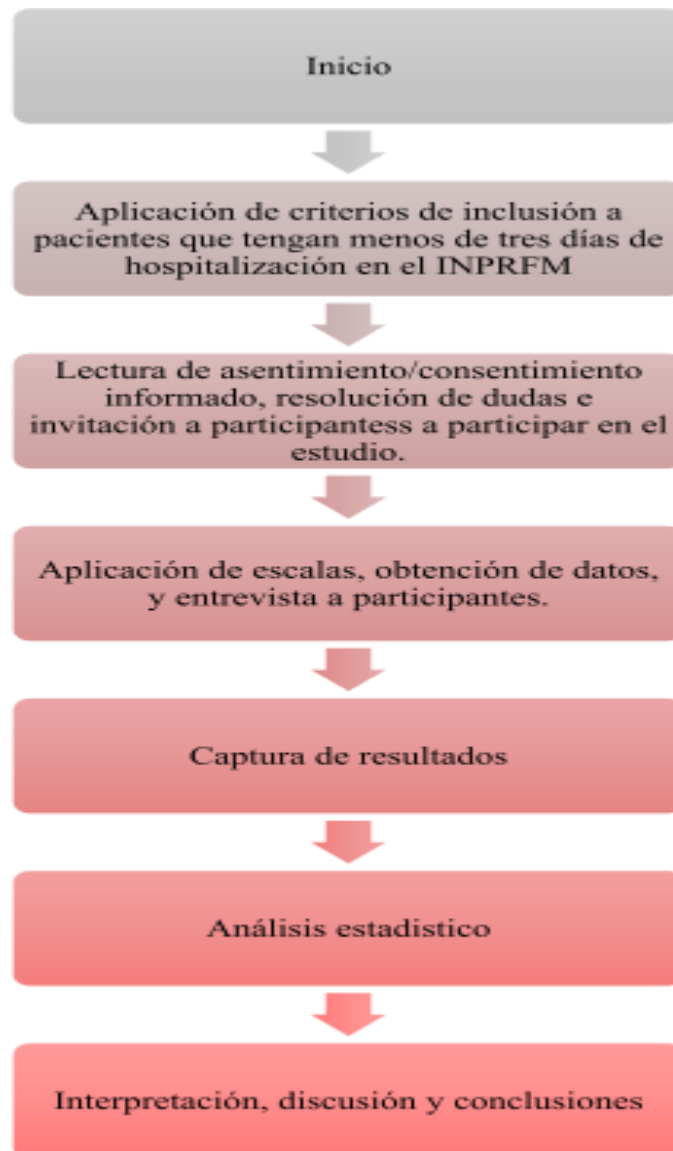
Los coeficientes de correlación de Pearson obtenidos en la prueba de validez convergente con las escalas Body Dysmorphic Disorder Examination - BDDE, Body Self-Relations Questionnaire y la subescala Body Dissatisfaction de la escala Eating Disorder Examination -EDE, se comportaron entre 0,61 a 0,81.

El coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) obtenido para el BSQ en una muestra no clínica de 342 mujeres fue de 0,97. El coeficiente de correlación intraclase (CCI) obtenido en la prueba test-retest, administrada con 21 días de diferencia, fue de 0,88.

No hay puntos de cohorte fijos, en pacientes con alteracion el puntaje medio fue 136,9, mientras que en población media fue 81,5. (Raich, 1996)(Cooper, Taylor, & Cooper, 1987)

Aunque en el artículo original de la escala la autora en su tesis que propuso la escala originalmente propone los siguientes puntajes como menor a 80, sin preocupación por la figura corporal, 80 a 110, preocupación leve por la figura corporal, 111 a 140, preocupación moderada por la imagen corporal, mayor a 140 se considera como preocupación marcada con la figura corporal. (Taylor, M. J., 1987).

PROCEDIMIENTO



ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó estadística descriptiva de cada una de las variables con frecuencias, rangos y proporciones. Se analizó como variable dependiente o de exposición el índice de suicidabilidad expresado cuantitativamente en los instrumentos mencionados y se correlacionaron mediante la prueba de Pearson con el índice de masa corporal y la determinación del grado insatisfacción corporal.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio fue evaluado por el comité de ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz (INPRFM), de acuerdo con el artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud este estudio entra dentro de la definición de “riesgo mínimo” al entrar dentro de la definición de estudios prospectivos que emplea el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico.

En caso de requerirse, se podrá brindar contención verbal por entrevistador, quien es profesional de la salud y cuenta con herramientas y habilidades necesarias para poder auxiliar al paciente en caso de ser necesario.

Para formar parte de la investigación, todos los participantes deberán aceptar de manera voluntaria y firmar un formulario de consentimiento informado por escrito donde se aclarará y garantizará el anonimato, la confidencialidad en la participación del estudio y que podrán abandonar la investigación en el momento que lo deseen.

Los apartados que constituirán a dicho consentimiento informado serán: 1) La justificación y objetivos de la presente investigación y 2) Los procedimientos a seguir durante la investigación.

Cuando los participantes externaron dudas sobre los procedimientos involucrados en el estudio, riesgo, beneficios o cualquier otro tema relacionados con la presente investigación, se procederá a aclararlas y brindar respuestas.

Así mismo, la información de los participantes únicamente será utilizada por el investigador principal. El acceso a la base de datos la tendrán únicamente los investigadores y no se proporcionará ningún dato que pudiera identificar al participante, para respetar la confidencialidad se le asignará a cada participante un código alfanumérico al momento de aplicar las escalas.

RECURSOS

Recursos humanos

Tesista: Dr. Hesiquio Alejandro Martínez Ordaz, residente del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

Tutor metodológico: Dr. Juan Jose Cervantes Navarrete. Médico Psiquiatra adscrito al servicio de hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

Tutora teórica: Dra. Brisa Monroy Cortes, Médico Psiquiatra adscrito al servicio de hospitalización del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

Participantes: Participantes hospitalizados del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz” que cumplan los criterios de inclusión al proyecto de tesis.

Recursos materiales

1. Hojas blancas
2. Fotocopias para las escalas que se aplicarán a los participantes.
3. Instalaciones del Instituto Nacional de Psiquiatría para realizar las entrevistas y evaluaciones que se realizarán a los participantes.

CRONOGRAMA

DE

ACTIVIDADES

Actividad	08/20	01/21	08/21	04/22	12/22	12/23
Entrega de cartas compromiso y título de proyecto	X					
Entrega de proyecto		X				
Primer seminario		X				
Avances seminario 2			X			
Avances seminario 3				X		
Entrega de tesis					X	
Publicación						X

Resultados

Características Demográficas

En el periodo de julio del 2022 a febrero del 2023 se recolectó una muestra total de 58 participantes, de los cuales el 79.3% (n= 46) correspondía a mujeres y el 20.7% (n= 12) a hombres. La edad promedio de la muestra global fue 28.5 años (DE= 11.18, rango 18 a 59 años), en cuanto al estado civil, el 84.5% (n= 49) se reportó sin pareja, y el 15.5% (n=9) con pareja, ya sea casados o en unión libre. En cuanto a situación ocupacional el 44.8% (n=26), se encontraron desempleados, el 36.2% (n=21) eran estudiantes, y el 19.0% (n=11) con empleo. Estas características demográficas se describen en la tabla 1.

Tabla 1. Datos demográficos

<i>Datos demográficos</i>			
Frecuencia (N)			
	Mujeres	Hombres	Total
	79.3% (n= 46)	20.7% (n= 12)	100% (n=58)

Estado Civil			
<i>Soltero</i>	82.6% (n=38)	91.7% (n=11)	84.55% (n= 49)
<i>Casado/Unión Libre</i>	17.4 % (n=8)	8.3% (n=1)	15.5% (n=9)
Ocupación			
<i>Desempleado</i>	50% (n= 23)	25% (n=3)	44.8% (n=26)
<i>Empleado</i>	17.4% (n= 8)	25% (n=3)	19% (n=11)
<i>Estudiante</i>	32.6% (n=15)	50% (n=6)	36.2% (n=21)
media (D.E.)			
<i>Edad (años)</i>	28.59 años (11.80)		

Características clínicas

En base a la clasificación de índice de masa corporal de la de la organización mundial de la salud, se encontró que el 24.1% (n=14) estaban en obesidad, el 29.3% (n=17) en sobrepeso, el 44.8% (n=26) en rango de peso normal, únicamente una participante se encontraba en infrapeso. Esta información se ve representada en la Figura 1.

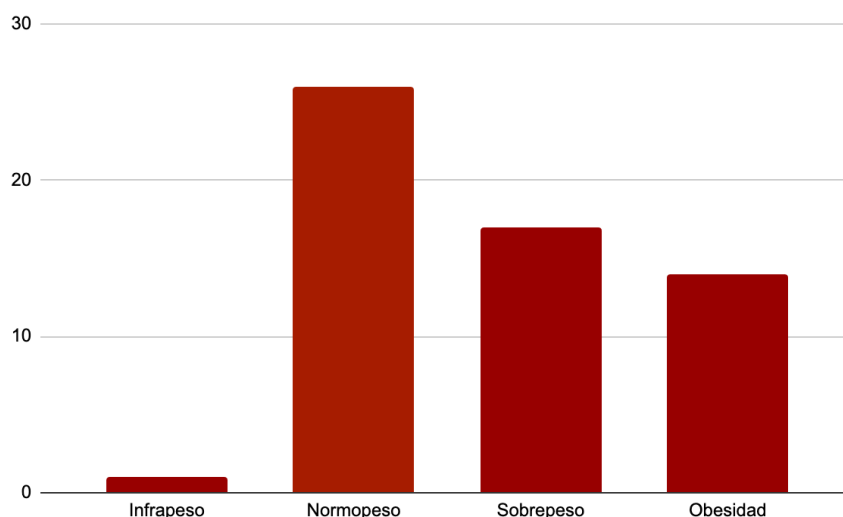


Figura 1. Frecuencias en muestra global dentro de la clasificación de índice de masa corporal según la organización mundial de la salud.

Respecto a los intentos suicidas previos, el 87.9% (n=51) reportaron al menos un intento suicida, y el resto, es decir, el 12.1% (n=7) de los participantes lo negó. Con relación al antecedente de atención psiquiátrica, el 87.9% (n=51) refirió haberla requerido en algún momento, sin embargo, el 12.1% (n=7) no contaba con atención psiquiátrica previa a la hospitalización actual.

En el 56.9% (n=33) no se encontró registro en expediente de que alguna sustancia psicoactiva haya causado dependencia en el último año, el resto, que sumaría un total del 43.1% (n=25) si contaron con registro por expediente clínico de dependencia de al menos una sustancia en el último año.

Al realizar la entrevista clínica, el 17.2% (n= 10) reportó contar con una adecuada red de apoyo, mientras que el 82.8% (n=48) reportó carecer de personas o contar con algún empleo que proporcionara confianza y apoyo.

Tanto por medio de revisión de expediente como por la entrevista clínica, se encontró que el 72.4% (n=42) contaba con comorbilidades médicas, incluyendo sobrepeso, obesidad o infrapeso según fuera el caso, y el 27.6% (n=16) mencionó no contar con ninguna. Véase tabla 2.

Entre otras comorbilidades médicas reportadas con más frecuencia, se encuentra la hipertensión arterial sistémica en el 14.04% (n=8), hipotiroidismo en el 12.28% (n=7), migraña en el 5.26% (n=3), diabetes tipo II en el 5.26% (n=3), síndrome de ovario poliquístico en el 3.51% (n=2).

Tabla 2. Características clínicas

<i>Características clínicas</i>			
	Mujeres (N)	Hombres (N)	Total
	79.3% (n= 46)	20.7% (n= 12)	100% (n=58)
Intentos suicidas previos			
<i>Uno o más</i>	91.3% (n=42)	75% (n=9)	87.9% (n= 51)
<i>Ninguno</i>	8.7% (n=4)	25% (n=3)	12.1% (n=7)

Atención psiquiátrica previa			
<i>Antecedente de atención previa</i>	91.3% (n= 42)	75 (n=9)	87.9% (n=51)
<i>Ninguna atención previa</i>	8.7% (n= 4)	25% (n=3)	12.1% (n=7)
Consumo perjudicial de sustancias			
<i>Si al momento del internamiento</i>	39.1% (n=18)	58.3% (n=7)	43.1 % (n=25)
<i>No en el último año</i>	60.9% (n=28)	41.7% (n=5)	56.9% (n=33)
Red de apoyo			
<i>Deficiente</i>	84.8% (n=39)	75% (n=9)	82.8% (n=48)
<i>No deficiente</i>	15.2% (n=7)	25% (n=3)	17.2% (n=10)
Comorbilidades			
<i>Si</i>	76.1% (n=35)	41.7% (n=5)	69.0% (n=40)
<i>No</i>	23.9% (n=11)	58.3% (n=7)	31.0% (n=18)

IDEACIÓN SUICIDA, INSATISFACCIÓN POR IMAGEN CORPORAL Y GRAVEDAD DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

Al revisar la inventario de depresión de Beck al ingreso la cual se incluye en el expediente clínico, el puntaje se encontró dentro de un rango de 61 a 18 puntos, la media 31.8 puntos ($DE \pm 9.46$) que lo clasifica en depresión grave. El puntaje con mayor frecuencia fue de 22 puntos, siendo obtenido por el 8.6% (n=5), mismo que se clasifica como depresión moderada. El resto de las frecuencias se detallan en la figura 2.1, posteriormente en la figura 2.2. y 2.3 se dividieron las frecuencias por sexo.

Se representan de manera gráfica los resultados obtenidos a continuación:

Figura 2.1 Frecuencias en muestra general para inventario de depresión de Beck por puntajes.

Resultados de muestra general para inventario de depresión de Beck

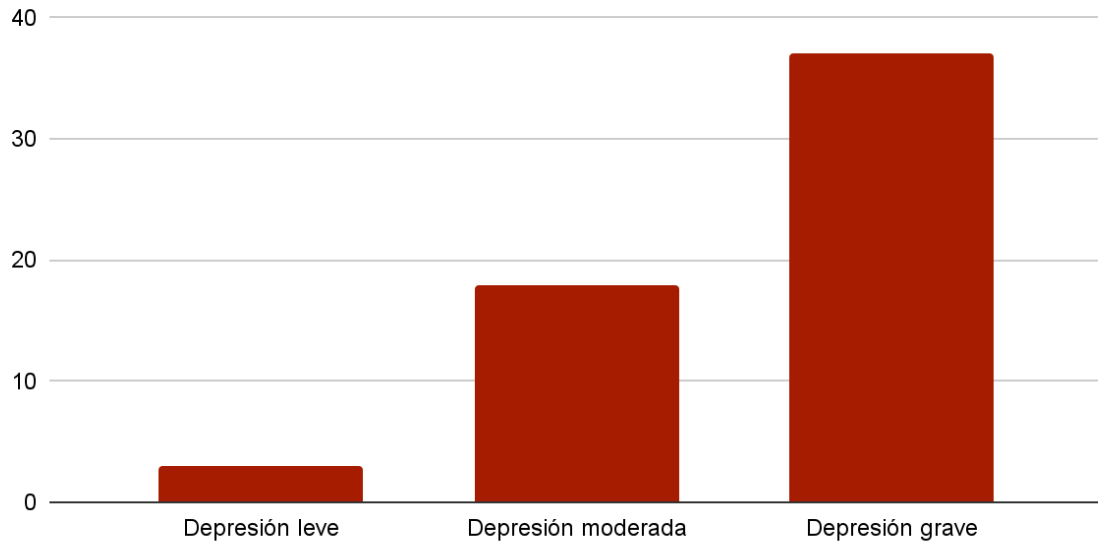


Figura 2.2 Frecuencias en muestra de mujeres para inventario de depresión de Beck por puntajes.

Frecuencias en muestra de mujeres para inventario de depresión de Beck por puntajes.

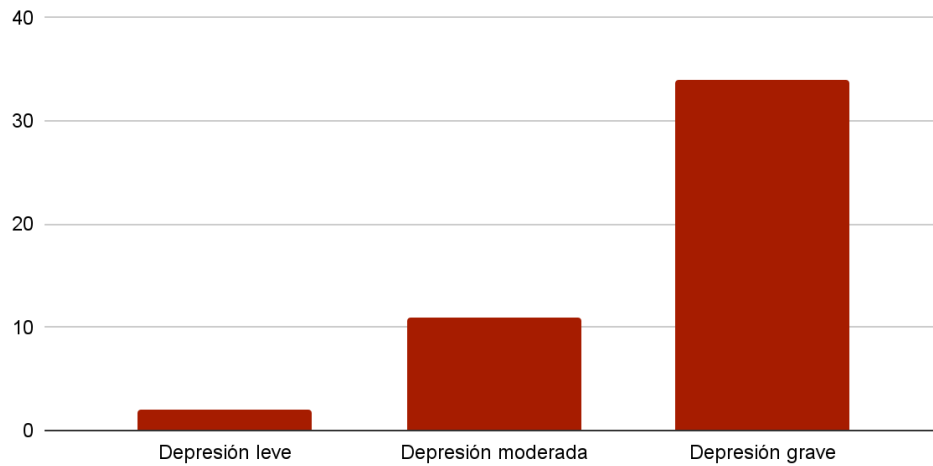
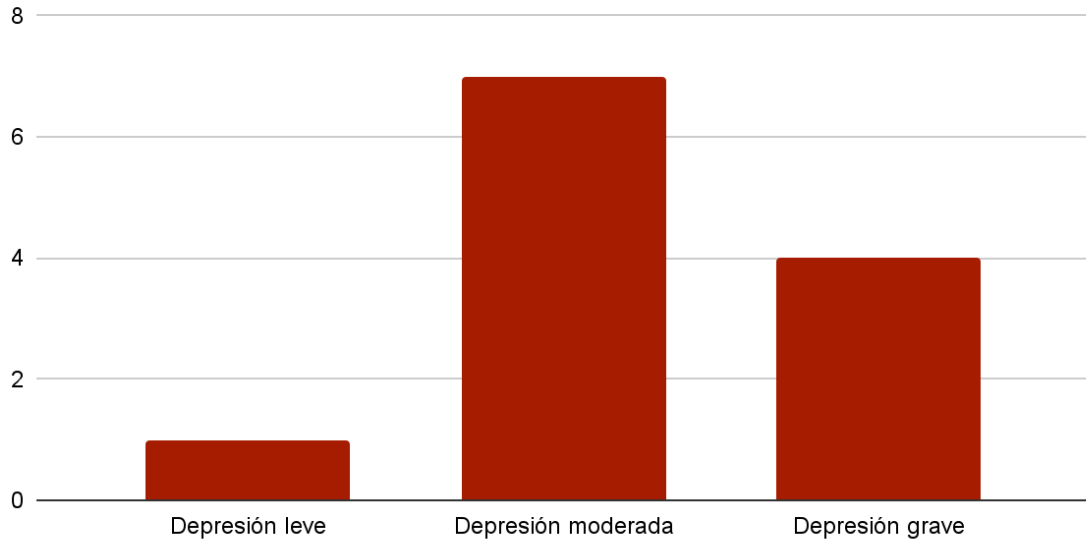


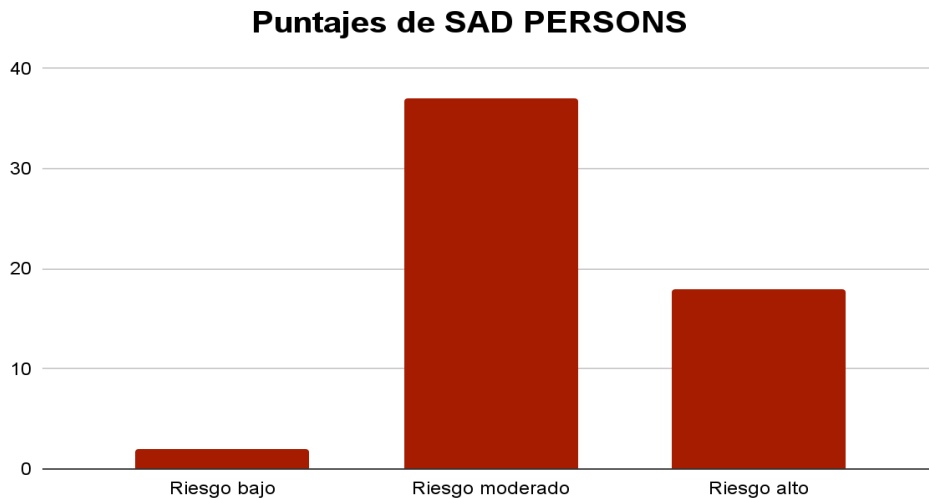
Figura 2.3 Frecuencias en muestra de hombres para inventario de depresión de Beck por puntajes.

Frecuencias en muestra de hombres para inventario de depresión de Beck por puntajes.



ESCALA SAD PERSONS

Respecto a la escala de SAD PERSONS el cual mide la probabilidad de que haya un intento de suicidio, la muestra tuvo una media de 6.03 puntos ($DE \pm 1.139$) lo cual sitúa a la muestra de este estudio en la categoría de riesgo suicida moderado. En la muestra se encontró con riesgo bajo (0 a 4 puntos) al 3.51% ($n=2$), en riesgo moderado (4 a 6 puntos) al 64.91% ($n=37$), y riesgo alto al 31.58% ($n=18$).



Al realizar el análisis sobre la escala de ideación suicida de Beck, misma que tiene como propósito medir de manera objetiva la intensidad del deseo de suicidarse, la media de los resultados en esta muestra fue de 24.79, no existen estudios que validen puntos de corte para la gravedad de la suicidabilidad, sin embargo, el rango teórico del puntaje es de 0 a 38, entre mayor sea el puntaje sera mayor la suicidabilidad.

BODY SHAPE QUESTIONNAIRE

El Body Shape Questionnaire representó una medida objetiva de la preocupación sobre el peso y la imagen corporal, el puntaje de la muestra general es 68.26 que según lo previamente mencionado la clasifica en sin preocupación por la imagen corporal, si dividimos la muestra por sexo los hombres contarían con una media de 43 puntos, y las mujeres un total de 74.85 puntos. Se representan de manera gráfica los resultados obtenidos en la Tabla 3.

Tabla 3.

Ideación suicida, insatisfacción corporal y gravedad de sintomatología depresiva				
Medida utilizada	Media	Desviación estándar	t	gl
Inventario de depresión de Beck	31.8	9.46	26.714	
SAD PERSONS	6.03	1.139	40.353	

Escala de Ideación suicida de Beck	24.79	8.516	22.173	57
Body Shape Questionnaire	68.26	49.008	10.607	

CORRELACIÓN ENTRE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN E ÍNDICE DE MASA CORPORAL

CORRELACIÓN DE SUICIDABILIDAD E ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Correlación de suicidabilidad e índice de masa corporal en grupo con normopeso

Al correlacionar suicidabilidad utilizando el instrumento de SAD PERSONS e índice de masa corporal en el grupo con normopeso, no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, se encontró una correlación con un valor $r_{(26)} = -.037$, $p = .857$, y con la escala de ideación suicida de Beck tampoco se encontró significancia estadística $r_{(26)} = .055$, $p = .790$.

Correlación de suicidabilidad e índice de masa corporal en grupo con sobrepeso

Al correlacionar suicidabilidad utilizando el instrumento de SAD PERSONS e índice de masa corporal en el grupo con sobrepeso, no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, se encontró una correlación con un valor $r_{(17)} = -0.24$, $p = .927$, y con la escala de ideación suicida de Beck tampoco se encontró significancia estadística $r_{(17)} = .384$, $p = .128$.

Correlación de suicidabilidad e índice de masa corporal en grupo con obesidad

Al correlacionar suicidabilidad utilizando el instrumento de SAD PERSONS e índice de masa corporal en el grupo con obesidad, no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, se encontró una correlación con un valor $r_{(14)} = -.0325$, $p = .933$, y con la escala de ideación suicida de Beck tampoco se encontró significancia estadística $r_{(14)} = .163$, $p = .577$.

Correlación de suicidabilidad e índice de masa corporal grupo con sobrepeso versus grupo con normopeso

El sobrepeso en comparación con el normopeso no demostró diferencias estadísticamente significativas en el riesgo suicida, donde las puntuaciones al utilizar el SAD PERSONS de los participantes con normopeso ($M = 5.96$; $DE \pm 1.076$) fue ligeramente menor que las de sobrepeso ($M = 6.12$; $DE \pm 1.166$), $T_{(41)} = -1.450$, $p = .655$, $d = 0.144$, al utilizar el segundo instrumento para medir suicidabilidad, en este caso la escala de ideación suicida de Beck, se encontraron resultados similares, al no encontrar diferencias estadísticamente

significativas, en donde los participantes con normopeso ($M= 24.31$; $DE \pm 8.620$), fue ligeramente menor que las de sobrepeso ($M= 28.12$; $DE \pm 8.336$), $T_{(41)}= -1.435$, $p= .159$, $d= 0.448$.

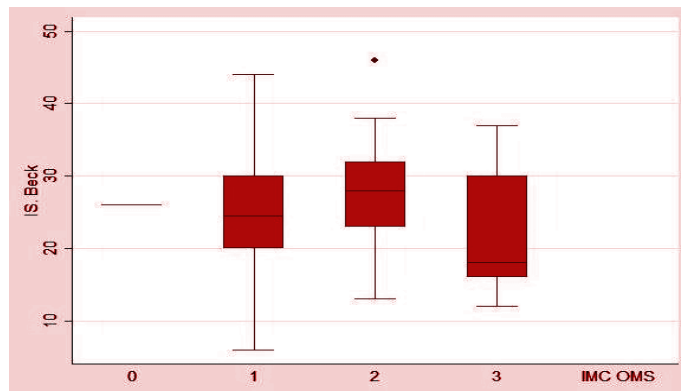
Correlación de suicidabilidad e índice de masa corporal grupo con obesidad versus grupo con normopeso

Al correlacionar obesidad con normopeso, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la suicidabilidad, donde las puntuaciones para los participantes con obesidad en la escala SAD PERSONS ($M= 6.14$; $DE \pm 1.076$) fue menor que los de normopeso ($M= 5.96$; $DE \pm 1.076$) $t_{(29)}= 38$, $p= 6.93$, $d= 0.156$), en cuanto a la escala de ideación suicida de Beck, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas. en pacientes con obesidad ($M= 21.57$, $DE \pm 7.959$), mientras que los pacientes con normopeso marcaron las siguientes puntuaciones ($M= 24.31$; $DE \pm 8.620$), $t_{(29)}=.983$, $p=.332$, $d=-0.326$.

Correlación de suicidabilidad e índice de masa corporal grupo con sobrepeso versus grupo con obesidad

En participantes con sobrepeso y correlacionarse con obesidad se encontraron diferencias significativas únicamente al utilizar ideación suicida de beck como medida objetiva de suicidabilidad pero no en escala de SAD PERSONS, en personas con sobrepeso las puntuaciones fueron ($M=28.12$; $DE \pm 8.336$) mayor a los que padecían obesidad ($M=21.57$, $DE \pm 7.959$) $t_{(17)}=29$, $p=0.34$. Al utilizar un gráfico de caja “box-plot”, podemos observar algunos datos atípicos “outliers” que podrían explicar este resultado, el cual se presenta como parte de la figura 3.1.

Figura 3.1 Gráfico de caja donde se resaltan aspectos de la distribución de las observaciones en la correlación de índice de masa corporal con puntajes de suicidabilidad con escala de ideación suicida de Beck.



CORRELACIÓN DE INSATISFACCIÓN DE IMAGEN CORPORAL CORPORAL E ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Correlación de insatisfacción de imagen corporal corporal e índice de masa corporal en participantes con normopeso

Al correlacionar la insatisfacción de imagen corporal y el índice de masa corporal en el grupo de normopeso, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, se encontró una correlación con un valor $r_{(26)} = .651$, $p = .000$.

Correlación de insatisfacción de imagen corporal corporal e índice de masa corporal en participantes con sobrepeso

Al correlacionar la insatisfacción de imagen corporal y el índice de masa corporal en el grupo con sobrepeso, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, se encontró una correlación con un valor $r_{(17)} = -.584$, $p = .014$.

Correlación de insatisfacción de imagen corporal corporal e índice de masa corporal en participantes con obesidad

Al correlacionar la insatisfacción de imagen corporal y el índice de masa corporal en el grupo con obesidad, no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, se encontró una correlación con un valor $r_{(14)} = -.256$, $p = .378$.

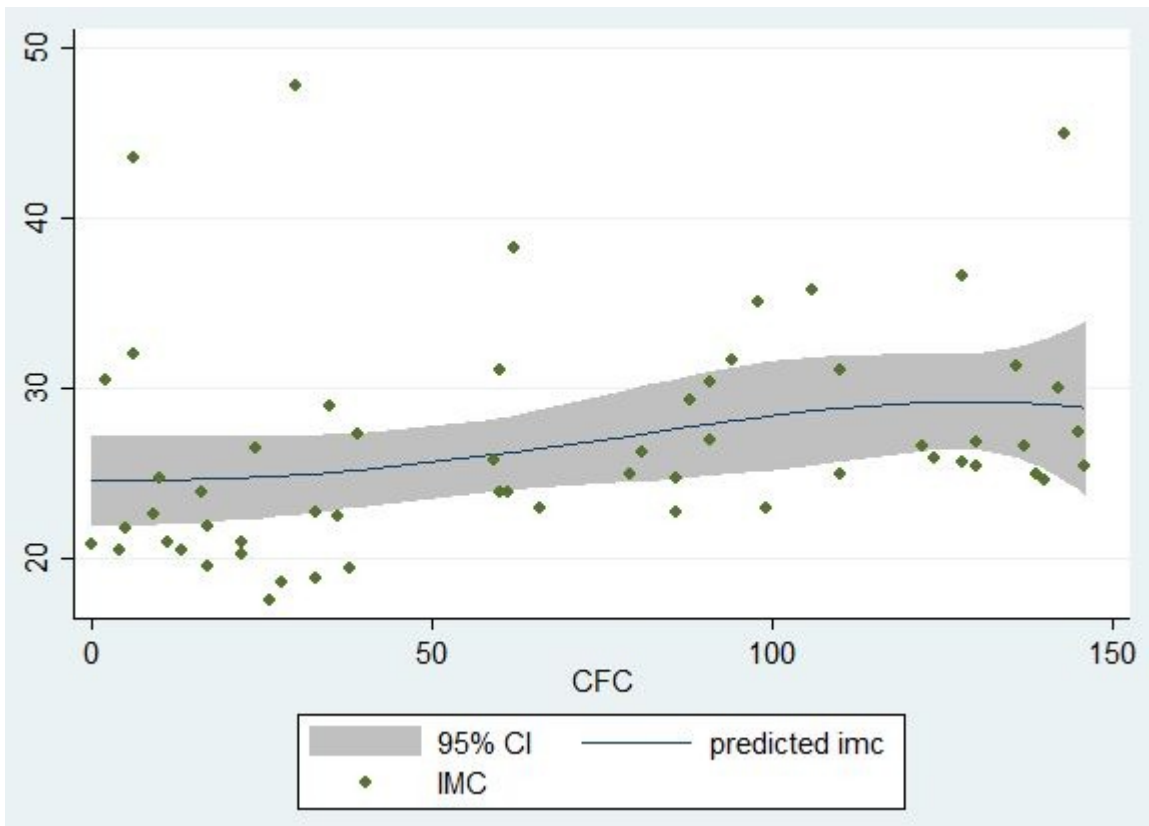
Correlación de insatisfacción de imagen corporal corporal e índice de masa corporal grupo con sobrepeso versus grupo con normopeso

La insatisfacción corporal mostró diferencias estadísticamente significativas en las personas con sobrepeso, donde las puntuaciones ($M = 92.12$; $DE \pm 45.768$) fue mayor que la de los participantes con normopeso ($M = 44.58$; $DE \pm 41.516$) $t_{(41)} = -3.526$, $p = .001$, $d = 1.100$ con efecto grande.

Correlación de insatisfacción de imagen corporal corporal e índice de masa corporal grupo con obesidad versus grupo con normopeso

Al correlacionar insatisfacción corporal en personas con obesidad también se encontraron diferencias significativas ($M = 86.29$, $DE \pm 47.798$) $t_{(38)} = -2.875$, $p = 0.007$. $d = 0.953$ con efecto grande. Respecto al índice de masa corporal y la insatisfacción corporal se encontró una correlación baja con un valor de $r_{(58)} = .286$, pero estadísticamente significativo $p = 0.030$.

figura 3.2 Gráfico de dispersión representando correlación de índice de masa corporal y la insatisfacción corporal



CORRELACIÓN DE SUICIDABILIDAD E INSATISFACCIÓN POR IMAGEN CORPORAL

Al comparar suicidabilidad con insatisfacción por imagen corporal con ambos instrumentos (escala SAD PERSONS e inventario de ideación suicida de BECK) no se obtuvo significancia estadística, utilizando el instrumento SAD PERSONS se encontró una correlación nula con un valor $r_{(58)} = -.174$, $p = .191$, y con la escala de ideación suicida de Beck una correlación muy baja con un valor $r_{(58)} = .098$, $p = .462$.

Correlación de suicidabilidad e insatisfacción por imagen corporal en grupo con normopeso

Al correlacionar suicidabilidad con el instrumento de SAD PERSONS e imagen corporal en el grupo de normopeso, no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, se encontró una correlación nula con un valor $r_{(26)} = -.149$, $p = .468$, y con la escala de ideación suicida de Beck tampoco se encontró significancia estadística $r_{(26)} = .029$, $p = .889$.

Correlación de suicidabilidad e insatisfacción por imagen corporal en grupo con sobrepeso

Al correlacionar suicidabilidad con el instrumento de SAD PERSONS e imagen corporal en el grupo de sobrepeso, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, se encontró una correlación con un valor $r_{(17)} = -.490$, $p = .046$, sin embargo, no fue estadísticamente significativo con la escala de ideación suicida de Beck $r_{(17)} = -.005$, $p = .985$.

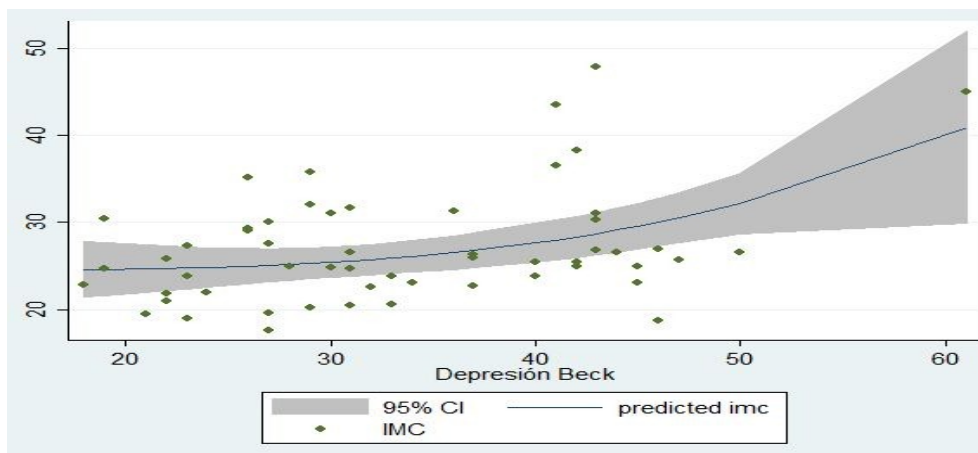
Correlación de suicidabilidad e insatisfacción por imagen corporal en grupo con obesidad

Al correlacionar suicidabilidad con el instrumento de SAD PERSONS e imagen corporal en el grupo de obesidad, no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, se encontró una correlación con un valor $r_{(14)} = -.149$, $p = .611$, tampoco fue estadísticamente significativo con la escala de ideación suicida de Beck $r_{(14)} = -.269$, $p = .353$.

CORRELACIÓN DE GRAVEDAD DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA E ÍNDICE DE MASA CORPORAL

Los resultados de la correlación entre sintomatología depresiva e índice de masa corporal se reportaron como con una correlación baja con un valor de $r_{(58)} = .386$, y con significancia estadística con $p = 0.003$.

Figura 3.2 Gráfico de dispersión representando correlación de índice de masa corporal y gravedad de sintomatología depresiva.



Correlación de gravedad de sintomatología depresiva e insatisfacción por imagen corporal en grupo con normopeso

Al correlacionar la gravedad de la sintomatología depresiva y la insatisfacción por imagen corporal en grupo de normopeso, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, con una correlación con un valor $r_{(26)} = .479$, $p = .013$.

Correlación de gravedad de sintomatología depresiva e insatisfacción por imagen corporal en grupo con sobrepeso

Al correlacionar la gravedad de la sintomatología depresiva y la insatisfacción por imagen corporal en grupo de sobrepeso, se obtuvieron resultados marginalmente significativos estadísticamente, con una correlación con un valor $r_{(17)}=.429$, $p=.086$.

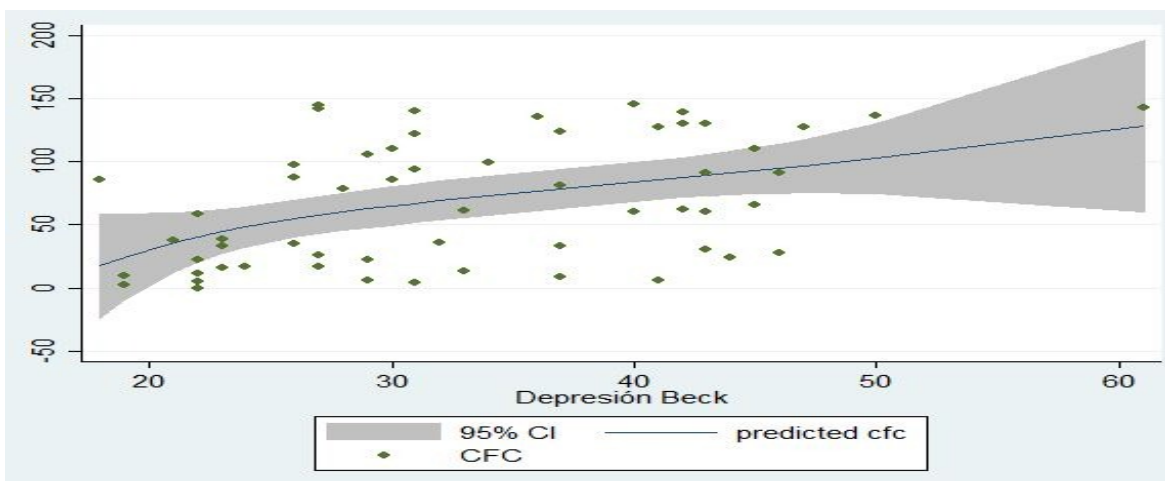
Correlación de gravedad de sintomatología depresiva e insatisfacción por imagen corporal en grupo con obesidad

Al correlacionar la gravedad de la sintomatología depresiva y la insatisfacción por imagen corporal en grupo de obesidad, no se obtuvieron resultados significativos estadísticamente, con una correlación con un valor $r_{(14)}=.158$, $p=.590$.

CORRELACIÓN DE GRAVEDAD DE SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA E INSATISFACCIÓN POR IMAGEN CORPORAL

Los resultados de la correlación entre gravedad de sintomatología depresiva e insatisfacción corporal fue moderada con un valor de $r_{(58)}=.438$, y estadísticamente significativo con $p=0.001$.

Figura 3.2 Gráfico de dispersión representando correlación de insatisfacción corporal y gravedad de sintomatología depresiva.



Correlación de sintomatología depresiva e índice de masa corporal en grupo con normopeso

Al correlacionar sintomatología depresiva e índice de masa corporal en el grupo de normopeso, se obtuvieron resultados marginalmente significativos estadísticamente, se encontró una correlación con un valor $r_{(26)} = .335$, $p = .097$.

Correlación de sintomatología depresiva e índice de masa corporal en grupo con sobrepeso

Al correlacionar sintomatología depresiva e índice de masa corporal en el grupo de sobrepeso, se obtuvieron resultados marginalmente significativos estadísticamente, se encontró una correlación con un valor $r_{(17)} = -.420$, $p = .093$.

Correlación de sintomatología depresiva e índice de masa corporal en grupo con obesidad

Al correlacionar sintomatología depresiva e índice de masa corporal en el grupo de obesidad, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos estadísticamente, se encontró una correlación con un valor $r_{(14)} = .610$, $p = .020$.

CORRELACIÓN SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y SUICIDABILIDAD

Los resultados de la correlación entre gravedad de sintomatología depresiva y suicidabilidad utilizando la escala SAD PERSONS fue nula con un valor de $r = -.004$, $p = .977$, con la escala de ideación suicida de Beck fue muy baja $r_{(58)} = .087$, $p = .514$.

Correlación de sintomatología depresiva y suicidabilidad en grupo con normopeso

Al correlacionar sintomatología depresiva y suicidabilidad con el instrumento de SAD PERSONS en el grupo de normopeso, no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, se encontró una correlación nula con un valor $r_{(26)} = -.075$, $p = .716$, y con la escala de ideación suicida de Beck tampoco se encontró significancia estadística $r_{(26)} = -.085$, $p = .680$.

Correlación de sintomatología depresiva y suicidabilidad en grupo con sobrepeso

Al correlacionar sintomatología depresiva y suicidabilidad con el instrumento de SAD PERSONS en el grupo de sobrepeso, no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos, se encontró una correlación nula con un valor $r_{(17)} = -.327$, $p = .200$, y con la escala de ideación suicida de Beck tampoco se encontró significancia estadística $r_{(17)} = .044$, $p = .866$.

Correlación de sintomatología depresiva y suicidabilidad en grupo con obesidad

Al correlacionar sintomatología depresiva y suicidabilidad con el instrumento de SAD PERSONS en el grupo con obesidad, no se obtuvieron resultados estadísticamente

significativos, se encontró una correlación nula con un valor $r_{(14)}=.283$, $p=.328$, y con la escala de ideación suicida de Beck se encontró significancia estadística marginal $r_{(14)}=.515$, $p=.060$.

Tabla 4. Correlación (r) entre índice de masa corporal, suicidabilidad, insatisfacción corporal y gravedad de sintomatología depresiva.

Variables	I.M.C.	Suicidabilidad (SAD PERSONS)	Suicidabilidad (I.S.B)	Gravedad sintomatología depresiva
Suicidabilidad (SAD PERSONS)	.063	–	.258	-.004
Suicidabilidad (I.S.B)	-.040	.258	–	.087
Body Shape Questionnaire	.286	-.174	.098	.438
Gravedad sintomatología depresiva	.386	-.004	.087	–

DISCUSIÓN

La relación entre la obesidad, la depresión y la insatisfacción corporal ha sido ampliamente estudiada en la literatura. Sin embargo, el impacto de la insatisfacción corporal en la suicidabilidad aún no se comprende completamente, especialmente en poblaciones como la mexicana, donde la obesidad representa uno de los desafíos principales para el sistema de salud. Existen esfuerzos para aclarar las conexiones entre estos fenómenos clínicos con el objetivo de abordar las causas de muertes prevenibles, como el suicidio (Bjerkeset O, 2008;Milaneschi, Y., 2019;Faith, M. S, 2011).

En el presente estudio no se encontró correlación de un mayor índice de masa corporal con mayores índices de suicidabilidad, por otro lado, aquellos en sobrepeso y obesidad si presentaban mayores niveles de insatisfacción corporal que los participantes en normopeso.

SUICIDABILIDAD

Estos resultados respaldan un metaanálisis que incluyó 38 estudios observacionales y no encontró una asociación significativa entre suicidabilidad e índice de masa corporal (Perera, S., 2016). Además, otro estudio con población mayor a 30,000 participantes también encontró una falta de asociación significativa entre un índice de masa corporal elevado e ideación suicida, e incluso identificó una mayor frecuencia de ideación suicida en población con un índice de masa corporal en el rango de normopeso. Se planteó la hipótesis de que esto podría deberse más a la percepción del peso que a la representación numérica del mismo (Goldney, R. D., 2009).

En otro estudio, se mencionó que incluso las personas con infrapeso podrían enfrentar un mayor riesgo de morir por suicidio, y se mencionaron posibles causas como la presencia de comorbilidades que generan grandes pérdidas de peso, como el cáncer, así como comorbilidades psiquiátricas como la anorexia nerviosa (Perera, S., 2016). Aunque inicialmente no se excluyeron participantes con infrapeso en nuestro estudio, no obtuvimos una muestra significativa, posiblemente debido a la exclusión de pacientes con el diagnóstico de trastornos de la conducta alimentaria y que el hospital de donde se recabo la muestra es un hospital psiquiátrico y no un hospital general en donde hay otras comorbilidades médicas graves como el cáncer que podrían causar infrapeso.

Un estudio adicional encontró que las conductas alimentarias de riesgo eran un factor que aumentaba la suicidabilidad, pero no la insatisfacción corporal (Brausch, A. M., 2009). La

exclusión de la evaluación de esta variable en nuestro estudio podría ser una oportunidad para futuras investigaciones sobre la suicidabilidad y las conductas alimentarias de riesgo.

GRAVEDAD DE LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA

Nuestros resultados encontraron una relación entre un mayor índice de masa corporal y una mayor gravedad de la sintomatología depresiva, se encontró entre la gravedad de la sintomatología depresiva y el índice de masa corporal una correlación baja con un valor de $r(58) = .386$, y con significancia estadística con $p = 0.003$, respaldando los datos encontrados en otros estudios, como una revisión sistemática de 50 artículos de los factores mediadores entre la depresión y el sobrepeso y obesidad en donde se encontró la relación positiva entre mayor sobrepeso u obesidad y mayor gravedad de sintomatología depresiva (Stunkard, 2003), otro estudio que utilizó una muestra de 2103 pacientes que incluyeron pacientes con obesidad extrema y normopeso encontró el mismo hallazgo (Dong, C., 2004).

Un metaanálisis encontró la relación positiva entre un mayor índice de masa corporal (es decir, sobrepeso y obesidad) y un mayor riesgo de depresión, sugiriendo que la inflamación y una posible desregulación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal son factores comunes entre la obesidad y la depresión (Luppino, F. S., 2010).

Además, nuestro estudio encontró una correlación positiva entre mayores niveles de insatisfacción corporal y una mayor gravedad de la sintomatología depresiva, sin embargo, únicamente en participantes con normopeso y sobrepeso, ya que pacientes con obesidad presentan niveles menores de insatisfacción corporal. Revisiones de estudios han asociado la insatisfacción corporal con la sintomatología depresiva, incluso sin trastornos de la conducta alimentaria asociados, y han mencionado que a medida que aumenta la gravedad de la sintomatología depresiva, aumenta la probabilidad de experimentar insatisfacción corporal, en una publicación conjunta de dos estudios que examinaron las interrelaciones entre la insatisfacción corporal, la depresión y la bulimia, el primer estudio se llevó a cabo

utilizando dos muestras no clínica de 61 mujeres universitarias y otra de 58 quienes eran compañeras de habitación de las primeras, se midió sintomatología depresiva, ansiosa y de conductas características de la bulimia nervosa y encontró que en los participantes con depresión y en aquellas con bulimia nervosa estaban asociadas con la insatisfacción corporal, pero no la sintomatología ansiosa, en el segundo estudio se utilizó una muestra clínica de 71 pacientes con bulimia nervosa de edades que iban de los 14 y hasta los 41 años, otro grupo de 16 pacientes adolescentes con sintomatología depresiva y un tercer grupo control de 31 participantes sin diagnósticos psiquiátricos, en donde se encontró que los participantes con depresión contaban con niveles significativos de insatisfacción corporal (Joiner Jr, T. E., 1995), otro estudio con 101 participantes mujeres que tuvieron seguimiento 10 años después encontró que niveles basales de depresión independiente a los síntomas de bulimia nervosa eran mejores predictores para el desarrollo de insatisfacción corporal (Keel, P. K., 2001).

INSATISFACCIÓN CORPORAL

En nuestro estudio, los participantes con sobrepeso y obesidad presentaron mayor insatisfacción corporal en comparación con los participantes con normopeso. Estos hallazgos concuerdan con otras publicaciones que sugieren que la insatisfacción corporal puede estar asociada a creencias sociales, donde el padecer sobrepeso u obesidad se considera como un fracaso personal, y que incluso socialmente se espera cierto nivel de insatisfacción si se tiene un índice de masa corporal elevado (Schwartz, M. B., 2004). Otros estudios también han encontrado una asociación positiva entre un mayor índice de masa corporal y la insatisfacción corporal (Malete, L., 2013; Gilbert-Diamond, 2009).

LA INSATISFACCIÓN CORPORAL FUE MAYOR EN PARTICIPANTES CON SOBREPESO QUE EN PARTICIPANTES CON OBESIDAD

En nuestro estudio, la insatisfacción corporal fue mayor en individuos con sobrepeso, que en personas con normopeso, e incluso en sobrepeso los niveles de insatisfacción corporal fueron ligeramente superiores que en personas con obesidad.

El hallazgo de que la insatisfacción corporal no aumente proporcionalmente con un mayor índice de masa corporal (IMC) en personas con obesidad es un resultado interesante. Se ha observado que las personas con obesidad que no tienen trastornos de la conducta alimentaria, especialmente el trastorno por atracón, no experimentan niveles más altos de insatisfacción corporal en comparación con aquellas que tienen sobrepeso. Esta disminución en la insatisfacción corporal en personas con sobrepeso y obesidad puede ser un factor que ayude a explicar la fisiopatología de la obesidad, contribuyendo a su etiología e incluso perpetuación de esta patología.

La variabilidad en los niveles de insatisfacción corporal entre personas con obesidad ha sido objeto de estudio. Es posible que exista un límite en el cual un mayor aumento de peso no tenga un impacto adicional en la insatisfacción corporal, y que la insatisfacción corporal relacionada con la ganancia de peso alcance un punto de saturación. Además, otros factores más allá del peso en sí, como la percepción del peso, pueden influir en la insatisfacción corporal asociada con un mayor IMC. Una revisión de más de 200 artículos sugiere que las personas que desarrollan sobrepeso u obesidad a edades más tempranas tienden a experimentar una mayor insatisfacción corporal (Schwartz, 2004).

Otro estudio en pacientes con sobrepeso y obesidad que también padecían este trastorno comparó sus preocupaciones por el peso y la figura con participantes que tenían anorexia nervosa, bulimia nervosa y personas con obesidad que no tenían trastorno por atracón. Los resultados indicaron que los pacientes con obesidad y trastorno por atracón presentaban niveles de insatisfacción corporal similares a aquellos con bulimia nervosa. Sin embargo, se encontró que los pacientes con obesidad y sin trastorno por atracón tenían niveles significativamente más bajos de insatisfacción corporal (Wilfley, 2000).

La relación entre la insatisfacción corporal y el IMC en personas con sobrepeso y obesidad es compleja y se han documentado hallazgos interesantes en la literatura. Es importante considerar la presencia de trastornos de la conducta alimentaria, como el trastorno por atracón, al evaluar los niveles de insatisfacción corporal en personas con obesidad.

Además, factores como la edad y la percepción del peso pueden desempeñar un papel en la insatisfacción corporal asociada con un mayor IMC. Sin embargo, se requiere más investigación para comprender completamente esta relación y los mecanismos subyacentes.

INSATISFACCIÓN CORPORAL Y SEXO DE LOS PARTICIPANTES

En el presente estudio, tanto hombres como mujeres mostraron una correlación positiva entre un mayor índice de masa corporal y la insatisfacción corporal. Aunque existen estudios en mujeres que han documentado esta asociación, así como una mayor insatisfacción corporal en mujeres (Adams, P. J., 1993), existe poca literatura actual que estudie la insatisfacción corporal en hombres asociada al sobrepeso y la obesidad. Durante las entrevistas con los participantes hombres en nuestro estudio, mencionaron una mayor insatisfacción corporal relacionada con el volumen y el tono muscular de su figura. El cuestionario utilizado en nuestro estudio se centró principalmente en la insatisfacción corporal asociada al sobrepeso y la obesidad. Un estudio en adolescentes encontró que los hombres adolescentes presentaban una mayor insatisfacción corporal en relación con el tono muscular, la forma del pecho y la fuerza (Malete, L., 2013). Esto podría sugerir que la insatisfacción corporal afecta tanto a hombres como a mujeres, aunque las presiones socioculturales suelen enfocarse de manera diferente en cada género.

IMPLICACIONES PARA EL CONTEXTO ACTUAL

En cuanto a las implicaciones para el contexto actual, aunque no se estableció una asociación directa entre la insatisfacción corporal asociada al sobrepeso y la obesidad y la suicidabilidad en nuestro estudio, los resultados son consistentes en que tanto la insatisfacción corporal como un mayor índice de masa corporal están asociados con una mayor gravedad de la depresión. Por lo tanto, se sugiere que en pacientes con depresión que no cumplen los criterios para un trastorno de la conducta alimentaria, se preste atención y

tratamiento a la insatisfacción corporal. Esto podría ayudar en la prevención de la depresión en una población con una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad como en México.

LIMITACIONES Y FORTALEZAS

Es importante destacar algunas limitaciones de este estudio. En primer lugar, la muestra utilizada fue pequeña y predominantemente femenina, lo cual puede limitar la generalización de los resultados a la población en general. La falta de representación de otros grupos demográficos, como hombres y personas de diferentes edades y culturas, reduce la diversidad y la validez externa de los hallazgos. Se recomienda la inclusión de muestras más grandes y equilibradas en cuanto al género para obtener resultados más representativos y generalizables.

Además, se utilizó la escala Body Image Questionnaire como medida de la insatisfacción corporal. Aunque esta escala proporciona información valiosa sobre la insatisfacción relacionada con la percepción del peso corporal, su validez se ha establecido principalmente en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. Por lo tanto, su aplicabilidad en poblaciones no clínicas o en otros contextos puede ser limitada. Sería beneficioso incluir otras escalas o cuestionarios que aborden diferentes componentes de la insatisfacción corporal, como la consideración de atractivo físico, el tono muscular o la estatura, para obtener una evaluación más completa de la imagen corporal.

Es necesario realizar más estudios que validen los resultados utilizando diferentes instrumentos de medición y que aborden la insatisfacción corporal en relación con otros aspectos relevantes. Por ejemplo, se debe prestar atención al tono muscular, especialmente en hombres, ya que la insatisfacción corporal puede manifestarse de manera diferente en diferentes grupos de población. Estas investigaciones adicionales permitirán una

comprensión más completa y precisa de la relación entre la insatisfacción corporal, la depresión y otros aspectos relacionados con la imagen corporal.

A pesar de estas limitaciones, hasta donde sabemos y al no encontrar durante la realización de esta investigación, concluimos que este estudio es de los primeros estudios que analiza la insatisfacción corporal como factor de suicidabilidad en la población mexicana. Los hallazgos de este estudio proporcionan una valiosa contribución al entendimiento de la relación existente entre la depresión, la insatisfacción corporal, el sobrepeso y la obesidad.

Sin embargo, es importante destacar que se requieren investigaciones adicionales para profundizar en la comprensión del papel que desempeña la insatisfacción corporal en relación con la depresión, el sobrepeso, la obesidad y la suicidabilidad. Estos futuros estudios deben abarcar una muestra más amplia y equilibrada en cuanto al género de los pacientes, a fin de obtener resultados más representativos y generalizables, así como la utilización de otros instrumentos de medición y que aborden la insatisfacción corporal en relación con otros aspectos relevantes como la percepción de ser poco atractivos o el tono muscular. El análisis de una población más diversa permitiría obtener conclusiones más sólidas y brindaría una perspectiva más completa sobre esta compleja interacción entre factores psicológicos, físicos y emocionales.

CONCLUSIÓN

En resumen, la suicidabilidad es un fenómeno complejo y multifactorial que involucra diversos elementos interrelacionados. En este estudio, se observó que un alto índice de masa corporal se relaciona con niveles más altos de insatisfacción con la imagen corporal, mientras que tanto la insatisfacción corporal como el índice de masa corporal elevado se asocia con mayores niveles de depresión. Sin embargo, los resultados no respaldan directamente la asociación entre la insatisfacción corporal y la suicidabilidad.

Un hallazgo interesante fue la no proporcionalidad entre la insatisfacción corporal y un mayor índice de masa corporal, lo cual sugiere que niveles más bajos de insatisfacción corporal podrían implicar un mayor riesgo de obesidad. Sin embargo, se requiere más investigación para comprender plenamente la función de la insatisfacción corporal en la fisiopatología de la obesidad.

Es importante destacar que este estudio representa un paso inicial en la comprensión de la función de la insatisfacción corporal en relación con la depresión, el sobrepeso, la obesidad y la suicidabilidad. Se recomienda realizar investigaciones adicionales que aborden este tema de manera más profunda y exhaustiva, utilizando otros instrumentos de medición y considerando aspectos relevantes como la percepción de ser poco atractivo o el tono muscular. Estos futuros estudios podrían proporcionar una visión más completa de la relación entre la insatisfacción corporal y los niveles de suicidabilidad, lo que nos permitirá comprender mejor los factores subyacentes y desarrollar estrategias más efectivas de prevención y tratamiento.

En conclusión, aunque este estudio no encontró evidencia directa que respalde la asociación entre la insatisfacción corporal y la suicidabilidad, también es crucial continuar investigando el papel de la insatisfacción corporal en la fisiopatología de la obesidad, así como profundizar nuestro conocimiento sobre los vínculos entre la obesidad, la imagen corporal, la depresión y la suicidabilidad. Con avances en la investigación, podremos generar información valiosa para intervenir de manera más efectiva en la prevención de la depresión y el suicidio en poblaciones vulnerables.

REFERENCIAS

Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E., Lustman, P.J., 2001. The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. *Diabetes Care* 24, 1069-1078.

Austin AE, van den Heuvel C, Byard RW. Body mass index and suicide. *Am J Forensic Med Pathol.* 2014;35(2):145-7.

Ajdacic-Gross V, Weiss MG, Ring M, et al. Methods of suicide: international suicide patterns derived from the WHO mortality database. *Bull World Health Organ.* 2008;86(9):726-32.

Beck, A. T., Kovacs, M., & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal intention: the Scale for Suicide Ideation. *Journal of consulting and clinical psychology*, 47(2), 343.

Beck, A.T., Steer, R.A., & Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561–571

Berk M, Williams LJ, Jacka FN, O'Neil A, Pasco JA, Moylan S, et al. So depression is an inflammatory disease, but where does the inflammation come from? *BMC Med* 2013;11:200.

Bjerkeset, O., Romundstad, P., Evans, J., & Gunnell, D. (2008). Association of adult body mass index and height with anxiety, depression, and suicide in the general population: the HUNT study. *Am J Epidemiol*, 167(2), 193-202.

Bornstein SR, Schuppenies A, Wong ML, Licinio J. Approach- ing the shared biology of obesity and depression: the stress axis as the locus of gene-environment interactions. *Mol Psy- chiatry* 2006;11:892—902.

Borges, G., Orozco, R., Benjet, C., & Medina-Mora, M. E. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. *Salud pública de México*, 52(4), 292-304.

Blumenthal SJ: An Overview of Suicide Risk Factor Research. Presented at the Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Los Angeles, 1984

Brausch, A. M., & Gutierrez, P. M. (2009). The role of body image and disordered eating as risk factors for depression and suicidal ideation in adolescents. Suicide and life-threatening behavior, 39(1), 58-71.

Brunner, J., Bronisch, T., Pfister, H., Jacobi, F., Hofler, M., & Wittchen, H. U. (2006). High cholesterol, triglycerides, and body-mass index in suicide attempters. *Arch Suicide Res*, 10(1), 1-9. doi:10.1080/13811110500318083

Carpenter, K. M., Hasin, D. S., Allison, D. B., & Faith, M. S. (2000). Relationships between obesity and DSM-IV major depressive disorder, suicide ideation, and suicide attempts: results from a general population study. *Am J Public Health*, 90(2), 251-257.

Cavanagh, J.T.O., Carson, A.J., Sharpe, M., Lawrie, S.M., 2003. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychological Medicine* 33, 395–405.

Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. 2016. Disponible en: <http://www.cdc.gov/nchs/products/databriefs/db241.htm>. Accesado el día 6 de Marzo, 2021.

Costanza A, D'Orta I, Perroud N, Burkhardt S, Malafosse A, Mangin P, et al. Neurobiology of suicide: do biomarkers exist? *Int J Legal Med.* 2013;1–10. doi: 10.1007/s00414-013-0835-6

Cornelius JR, Salloum IM, Day NL, et al. Patterns of suicidality and alcohol use in alcoholics with major depression. *Alcohol Clin Exp Res* 1996;20(8):1451–5.

Cooper, P. J.; Taylor, M. J.; Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485-494.

Dantzer, R., Kelley, K.W., 2007. Twenty years of research on cytokine-induced sickness behavior. *Brain, Behavior, and Immunity* 21, 153-160.

Daumit GL, Goldberg RW, Anthony C, Dickerson F, Brown CH, Kreyenbuhl J, et al. Physical Activity Patterns in Adults With Severe Mental Illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease.* 2005; 193 (10):641–6. PMID: 16208158

Dent R, Blackmore A, Peterson J, Habib R, Kay GP, Gervais A, et al. Changes in Body Weight and Psychotropic Drugs: A Systematic Synthesis of the Literature. *PLoS One.* 2012; 7(6):e36889. doi: 10.1371/journal.pone.0036889 PMID: 22719834

Dold, M., Bartova, L., Fugger, G., Kautzky, A., Souery, D., Mendlewicz, J., ... & Kasper, S. (2018). Major depression and the degree of suicidality: results of the European Group for the Study of Resistant Depression (GSRD). *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 21(6), 539-549.

Dorpat TL, Anderson WF, Ripley HS: The relationship of physical illness to suicide. In Resnick LP (ed): *Suicidal Behaviors*. Boston, Little Brown & Co, 1968

Dong, C., Li, W. D., Li, D., & Price, R. A. (2006). Extreme obesity is associated with attempted suicides: results from a family study. *Int J Obes (Lond)*, 30(2), 388-390. doi:10.1038/sj.ijo.0803119

Dong, C., Sanchez, L. E., & Price, R. A. (2004). Relationship of obesity to depression: a family-based study. *International journal of obesity*, 28(6), 790-795.

Eaton, D. K., Lowry, R., Brener, N. D., Galuska, D. A., & Crosby, A. E. (2005). Associations of body mass index and perceived weight with suicide ideation and suicide attempts among US high school students. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 159(6), 513-519. doi:10.1001/archpedi.159.6.513

Elderon, L., Whooley, M.A., 2013. Depression and cardiovascular disease. *Progress in Cardiovascular Diseases* 55, 511-523.

Erritzoe D, Frokjaer VG, Haahr MT, Kalbitzer J, Svarer C, Holst KK, et al. Cerebral serotonin transporter binding is inversely related to body mass index. *NeuroImage*. 2010; 52(1):284–9. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neuroimage.2010.03.086> PMID: 20382236

Ezzati, M. (2011). National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet*, 377(9765), 557-567. doi:10.1016/s0140-6736(10)62037-5

Farberow NL, Lilman RE: Suicide prevention. in Resnick HLP, Ruben HL (eds): *Emergency Psychiatric Care*. Bowie, Md, Charles Press. 1975. pp 103-188.

Faith, M. S., Butryn, M., Wadden, T. A., Fabricatore, A., Nguyen, A. M., & Heymsfield, S. B. (2011). Evidence for prospective associations among depression and obesity in population-based studies. *Obesity Reviews*, 12(5), e438-e453.

Ferrari,A.J.;Charlson,F.J.;Norman,R.E.;Patten,S.B.;Freedman,G.;Murray,C.J.;Vos,T.;Whiteford,H.A. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: Findings from the global burden of disease study 2010. PLoS Med. 2013, 10, e1001547.

Feinstein, A. R. (1994). The architecture of clinical research. 대한예방의학회: 학술대회논문집, 43-56.

Flaig B, Zedler B, Ackermann H, et al. Anthropometrical differences between suicide and other non-natural death circumstances: an autopsy study. Int J Legal Med. 2013;127(4):847-56.

Finucane, M. M., Stevens, G. A., Cowan, M. J., Danaei, G., Lin, J. K., Paciorek, C. J., .

Fowler HC, Tsuang ' >IT, Kronfol Z: Communication of suicidal intent and suicide in unipolar depression. JAffective Disord 1:219-22.5, 1979

Fried, E.I., & Randolph, M.N., 2015. Depression is not a consistent syndrome: an investigation of unique symptom patterns in the STAR*D study. Journal of Affective Disorders 172, 96-102.

Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (1995). Psychological correlates of obesity: Moving to the next research generation. Psychological Bulletin, 117, 3–20.

Garcia, R. M. (2017). Psychiatric disorders and suicidality in the intensive care unit. Critical care clinics, 33(3), 635-647

Gilbert-Diamond, D., Baylin, A., Mora-Plazas, M., & Villamor, E. (2009). Correlates of obesity and body image in Colombian women. *Journal of women's health*, 18(8), 1145-1151

Goldney, R. D., Dunn, K. I., Air, T. M., Dal Grande, E., & Taylor, A. W. (2009). Relationships between body mass index, mental health, and suicidal ideation: population

perspective using two methods. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(7), 652-658.

Haenel T, Pöldinger W (1986) Erkennen und Beurteilen von Suizidalität. In: Kisker KP, Lauter H, Meyer JE et al. (Hrsg) *Psychiatrie der Gegenwart II*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 107–132

Harwood, D., Hawton, K., Hope, T., Jacoby, R., 2001. Psychiatric disorder and personality factors associated with suicide in older people: a descriptive and case-control study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 16, 155–165.

Hawton K, Saunders K, Topiwala A, et al. Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: systematic review. *J Affect Disord* 2013; 151:821–30.

Hryhorczuk C, Sharma S, Fulton SE. Metabolic disturbances connecting obesity and depression. *Front Neurosci* 2013;7:177.

Jokela, M., Virtanen, M., Batty, G.D., Kivimäki, M., 2016. Inflammation and specific symptoms of depression. *JAMA psychiatry* 73, 87-88.

Joiner Jr, T. E., Wonderlich, S. A., Metalsky, G. I., & Schmidt, N. B. (1995). Body dissatisfaction: A feature of bulimia, depression, or both?. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14(4), 339-355.

Jones DC. Body image among adolescent girls and boys: a longitudinal study. *Dev Psychol* 2004;40:823–35.

Kaplan, M. S., McFarland, B. H., & Huguet, N. (2007). The relationship of body weight to suicide risk among men and women: results from the US National Health Interview Survey Linked Mortality File. *J Nerv Ment Dis*, 195(11), 948-951. doi:10.1097/NMD.0b013e3181594833

Keel, P. K., Mitchell, J. E., Davis, T. L., & Crow, S. J. (2001). Relationship between depression and body dissatisfaction in women diagnosed with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 30(1), 48-56.

Kiecolt-Glaser, J.K., Glaser, R., 2002. Depression and immune function: central pathways to morbidity and mortality. *Journal of Psychosomatic Research* 53, 873-876.

Kim, D.-S., & Kim, H.-S. (2009). Body-Image Dissatisfaction as a Predictor of Suicidal Ideation Among Korean Boys and Girls in Different Stages of Adolescence: A Two-Year Longitudinal Study. *Journal of Adolescent Health*, 45(1), 47 - 54.

Lehnert, T., Sonntag, D., Konnopka, A., Riedel-Heller, S., & König, H. H. (2013). Economic costs of overweight and obesity. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 27(2), 105-115. doi:10.1016/j.beem.2013.01.002

Lépine, J.P.; Briley, M. The increasing burden of depression. *Neuropsychiatr. Dis. Treat.* 2011, 7(Suppl.1), 3–7.

Luppino FS, de Wit LM, Bouvy PF, Stijnen T, Cuijpers P, Penninx BW, et al. Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Arch Gen Psychiatry*. 2010; 67(3):220–9.

Lydecker, J. A., & Grilo, C. M. (2018). Comparing men and women with binge-eating disorder and co-morbid obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 51(5), 411-417.

McCabe MP, Ricciardelli LA. A longitudinal study of pubertal timing and extreme body change behaviors among adolescent boys and girls. *Adolesc* 2004;39:145–66.

Mackenzie TB, Popkin MK: Suicide in the medical patient. *Int J Psychiatry Med* 17:3- 22, 1987

Malete, L., Motlhoiwa, K., Shaibu, S., Wrotniak, B. H., Maruapula, S. D., Jackson, J., & Compher, C. W. (2013). Body image dissatisfaction is increased in male and overweight/obese adolescents in Botswana. *Journal of obesity*, 2013.

Maldonado JM. Suicide risk assessment and management. Clinical manual of emergency psychiatry. Chapter 2. Virginia: American Psychiatric Publishing, Inc; 2015. p. 33–68.

Mann JJ, Heeringen K. The neurobiology of suicide. *Lancet Psychiatry* 2014;1: 63–72.

Marsella, A. J.; Shizuru, L.; Brennan, J.; Kameoka, V. (1981). Depression and Body Image Satisfaction. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 12(3), 360–371. doi:10.1177/00220221811123007

Meyer RE, Salzman C, Youngstrom EA, et al. Suicidality and risk of suicidedefinition, drug safety concerns, and a necessary target for drug development: a consensus statement. *J Clin Psychiatry* 2010;71(8):1–21.

Milaneschi, Y., Simmons, W. K., van Rossum, E. F., & Penninx, B. W. (2019). Depression and obesity: evidence of shared biological mechanisms. *Molecular psychiatry*, 24(1), 18-33.

Miller AH, Maletic V, Raison CL. Inflammation and its discontents: the role of cytokines in the pathophysiology of major depression. *Biol Psychiatry* 2009;65:732—41.

Moore ME, Stunkard A, Srole L. Obesity, Social Class, and Mental Illness. *Obesity Research*. 1997; 5 (5):503–8. doi: 10.1002/j.1550-8528.1997.tb00678.x PMID: 9385629

Morales A, Gómez A, Jiménez B, et al. Trastorno por atracón: prevalencia, factores asociados y relación con la obesidad en adultos jóvenes universitarios. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2015;44:177–82.

National Center for Injury Prevention and Control. Using WISQARSTM 10 Leading Causes of Death by Age Group, United States–2016. Available online: <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/LeadingCauses.html> (Se accesó el 4 Marzo 2021).

NCD. (2016). Trends in adult body-mass index in 200 countries from 1975 to 2014: a pooled analysis of 1698 population-based measurement studies with 19.2 million participants. *Lancet*, 387(10026), 1377-1396. doi:10.1016/s0140-6736(16)30054

Nock, M. K. et al. Cross-national analysis of the associations among mental disorders and suicidal behavior: findings from the WHO World Mental Health Surveys. *PLOS Med.* 6, e1000123 (2009).

Nuttall, F. Q. (2015). Body mass index: obesity, BMI, and health: a critical review. *Nutrition today*, 50(3), 117.

O'Connor, R. C. & Kirtley, O. J. The integrated motivational-volitional model of suicidal behaviour. *Phil. Trans. R. Soc. B Biol. Sci.* 373, 20170268 (2018).

O'Donovan, A., Rush, G., Hoatam, G., Hughes, B. M., McCrohan, A., Kelleher, C., & Malone, K. M. (2013). Suicidal ideation is associated with elevated inflammation in patients with major depressive disorder. *Depression and anxiety*, 30(4), 307-314.

Ösby, U.; Brandt, L.; Correia, N.; Ekblom, A.; Sparen, P. Excess mortality in bipolar and unipolar disorder in Sweden. *Arch. Gen. Psychiatry* 2001, 58, 844–850. [CrossRef] [PubMed]

Patterson, W. M., Dohn, H. H., Bird, J., & Patterson, G. A. (1983). Evaluation of suicidal patients: The SAD PERSONS scale. *Psychosomatics*, 24(4), 343–349. doi:10.1016/s0033-3182(83)73213-5

Pepys, M. B., & Hirschfield, G. M. (2003). C-reactive protein: a critical update. *The Journal of clinical investigation*, *111*(12), 1805-1812.

Perera, S., Eisen, R. B., Dennis, B. B., Bawor, M., Bhatt, M., Bhatnagar, N., ... & Samaan, Z. (2016). Body mass index is an important predictor for suicide: results from a systematic review and meta-analysis. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, *46*(6), 697-736.

Raich, R. M., Mora, M., Soler, A., Ávila, C., Clos, I., & Zapater, L. (1996). Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y salud*

Ressler KJ, Nemeroff CB. Role of serotonergic and noradrenergic systems in the pathophysiology of depression and anxiety disorders. *Depression and anxiety*. 2000; 12 Suppl 1:2–19. PMID: 11098410

Richter P: Zur Konstruktvalidität des Beck-Depressionsinventars bei der Erfassung depressiver Verläufe. Ein empirischer und methodologischer Beitrag. Regensburg,

Roderer-Verlag, 1991. 4 Beck AT, Steer RA, Garbin MG: Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988;8:77–100

Rodríguez-Cano T, Beato-Fernandez L, Llarío AB. Body dissatisfaction as a predictor of self-reported suicidal attempts in adolescents: a Spanish community prospective study. *J Adolesc Health* 2006;38:684–8

Runeson, B., Odeberg, J., Pettersson, A., Edbom, T., Jildevik Adamsson, I., & Waern, M. (2017). Instruments for the assessment of suicide risk: A systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PloS one*, *12*(7), e0180292.

Schwartz, M. B., & Brownell, K. D. (2004). Obesity and body image. *Body Image*, *1*(1), 43–56. doi:10.1016/s1740-1445(03)00007-x

Slade PD. What is body image? *Behav Res Ther.* 1994;32:497–502.

Smith, R.S., 1991. The macrophage theory of depression. *Medical Hypotheses* 35, 298-306.

Steckler T, Holsboer F, Reul JMHM. Glucocorticoids and depression. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism.* 1999; 13(4):597–614. doi: <http://dx.doi.org/10.1053/beem.1999.0046>

Stunkard, A. J., Faith, M. S., & Allison, K. C. (2003). Depression and obesity. *Biological psychiatry*, 54(3), 330-337

Sohrab amiri , Sepideh Behnezhad , Body Mass Index and Risk of Suicide: A Systematic Review and meta-analysis, *Journal of Affective Disorders* (2018), doi: 10.1016/j.jad.2018.05.028

Taylor, M. J. (1987). *The nature and significance of body image disturbance* (Doctoral dissertation, University of Cambridge).

Thompson, D., Pepys, M. B., & Wood, S. P. (1999). The physiological structure of human C-reactive protein and its complex with phosphocholine. *Structure*, 7(2), 169-177.

Tuckman J. Youngman WF: A scale for assessing suicide risk of attempted suicides. *J ClinPsycho/24:17-19.1968.*

Turecki, G., Brent, D.A., Gunnell, D. et al. Suicide and suicide risk. *Nat Rev Dis Primers* 5, 74 (2019).

Turecki, G., & Brent, D. A. (2016). Suicide and suicidal behaviour. *Lancet*, 387(10024), 1227-1239. doi:10.1016/s0140-6736(15)00234-2

Valkanova, V., Ebmeier, K.P., Allan, C.L., 2013. CRP, IL-6 and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Journal of Affective Disorders* 150, 736-744.

Värnik, P. Suicide in the world. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2012, 9, 760–771

Klinitzke G, Steinig J, Blüher M, Kersting A, Wagner B. Obesity and suicide risk in adults—A systematic review. *Journal of Affective Disorders*. 2013; 145(3):277–84. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.07.010> PMID: 22871535

Whetstone LM, Morrissey SL, Cummings DM. Children at risk: the association between perceived weight status and suicidal thoughts and attempts in middle school youth. *J Sch Health* 2007;77:59–66.

WHO Figure: Age-Standardized Suicide Rates: Male: Female Ratio (Per 100,000). Available online: http://www.who.int/gho/mental_health/suicide_rates_male_female/en/ (se acceso el 7 Marzo 2021).

WHO Mental Health. Prevention of Suicidal Behaviours: A Task for All. Available online: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/background (accesado en Marzo del 2021).

Wilfley, D. E., Schwartz, M. B., Spurrell, E. B., & Fairburn, C. G. (2000). Using the eating disorder examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 259–269

Wingren CJ, Ottosson A. The association between obesity and lethal blood alcohol concentrations: A nationwide register-based study of medicolegal autopsy cases in Sweden. *Forensic Sci Int*. 2014;244:285-8.

Wingren, C. J., & Ottosson, A. (2016). Body mass index and suicide methods. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 42, 45–50. doi:10.1016/j.jflm.2016.05.013

Wolfersdorf, M. (2008). Suizidalität. *Der Nervenarzt*, 79(11), 1319.

Yamada N, Katsuura G, Ochi Y, Ebihara K, Kusakabe T, Hosoda K, et al. Impaired CNS Leptin Action Is Implicated in Depression Associated with Obesity. *Endocrinology*. 2011; 152(7):2634–43. doi: 10.1210/en.2011-0004 PMID: 21521746

Yuodelis-Flores C, Ries RK. Addiction and suicide: a review. *Am J Addict* 2015;

Zaheer J, Links PS, Liu E. Assessment and emergency management of suicidality in personality disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2008;31:527–43.

ANEXOS

Datos sociodemográficos y puntajes de escalas:

Fecha / /

Folio de participante:

Peso: Talla: IMC:

Sexo:

Edad:

Estado Civil:

Situación ocupacional:

Diagnostico de trastorno depresivo mayor: Si / No

Intentos suicidas previos: Si / No

Atención psiquiátrica previa: Si / No

Abuso de sustancias: Si / No

Red de apoyo deficiente: Si / No

Ideación suicida: Si / No

Presencia de comorbilidades: Si / No ¿Cuáles? _____

Puntaje escala SAD PERSONS:

Puntaje escala de ideación suicida de Beck:

Puntaje de body shape questionnaire:

Puntaje inventario de depresión de Beck:

Escala de SAD PERSONS

La puntuación se calcula a partir de diez preguntas sí / no, con un punto por respuesta afirmativa:

- **S** : Sexo masculino
- **A** : Edad (<19 o> 45 años)
- **D** : Depresión
- **P** : Intento anterior
- **E** : Uso excesivo de alcohol o sustancias
- **R** : Pérdida del pensamiento racional
- **S** : Falta apoyo social
- **O** : Plan organizado
- **N** : Ningún cónyuge
- **S** : Enfermedad

Esta puntuación se asigna a una escala de evaluación del riesgo de la siguiente manera:

- 0-4: Bajo
- 5-6: Medio
- 7-10: Alto

Escala de ideación suicida

Marcar con una X la oración que hata descrito el paciente en la entrevista				
Características de las actitudes hacia la vida/muerte				
1	Deseo de vivir	Moderado a fuerte	Poco	Ninguno
2	Deseo de morir	Ninguno	Poco	Moderado a fuerte
3	Razones para vivir	Vivir supera morir	Equilibrado	Morir supera a Vivir
4	Deseo de realizar un intento de suicidio	Ninguno	Poco	Moderado a fuerte
5	Deseo pasivo de suicidio	Tomaria precauciones para salvar su vida	Dejaría la vida a la suerte	Evitaría pasos para salvar su vida
Características de los pensamientos				
6	Duración	Breves	Periodos largos	Continuos
7	Frecuencia	Rara	Intermitente	Persistentes y continuos
8	Actitud hacia los pensamientos/deseos	Rechazo	Ambivalente	Aceptación
9	Control sobre deseos de suicidio	Sentido de control	Inseguridad de control	Sin sentido de control
10	Razones que detienen la tentativa suicida	No lo intentaría por que algo le detiene	Cierta duda hacia los intereses que lo detienen	Ningún interes o minimo en los razones que lo detienen
11	Razones para pensar el intento suicida	Manipular el ambiente, llamar la atención o Venganza	Ambas	Escapar, acabar o salir de problemas.
Características del intento				
12	Metodo suicida: Oportunidad de pensar en el intento	No lo considera	Considerado, pero sin detalles	Detalles elaborados/bien formulados
13	Metodo: Disponibilidad/Oportunidad de pensar el intento	Método no disponible	Método tomaría tiempo/esfuerzo	Método y oportunidad disponible
14	Sensación de capacidad para llevar a cabo el intento	Falta de valor, debilidad,	No esta seguro de tener valor	Está seguro de tener valor

		asustado, incompetente		
15	Expectativa/anticipación de un intento real	No	Sin seguridad, sin claridad	Si
Actualización del intento				
16	Preparación real	Ninguna	Parcial	Completa
17	Nota suicida	Ninguna	Solo ha pensado iniciarla, sin terminar	Escrita, terminada
18	Acciones finales para preparar la muerte (testamento, arreglos, regalos)	No	Solo pensamientos	Arreglos parciales
19	Encubrimiento de la idea de realizar un intento suicida	Revela ideas abiertamente	Revela ideas con reservas	Encubre, engaña, miente
20	Intentos suicidas previos	No	Uno	Más de uno

Inventario de depresión de Beck

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. *Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de la elección.*

1. 0 No me siento triste
 1 Me siento triste
 2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
 3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo

2. 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro
 1 Me siento desanimado respecto al futuro
 2 Siento que no tengo que esperar nada
 3 Siento que el futuro es desesperanzador y que las cosas no van a mejorar

3. 0 No me siento fracasado
 1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas
 2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso
 3 Me siento una persona totalmente fracasada

4. 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes
 1 No disfruto de las cosas tanto como antes
 2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica con las cosas
 3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo

5. 0 No me siento especialmente culpable
 1 Me siento culpable en bastantes ocasiones
 2 Me siento culpable en la mayoría de las situaciones
 3 Me siento culpable constantemente

6. 0 Creo que no estoy siendo castigado
 1 Siento que puedo ser castigado
 2 Siento que estoy siendo castigado
 3 Quiero que me castiguen

7. 0 No me siento descontento conmigo mismo
 1 Estoy descontento conmigo mismo
 2 Me avergüenzo de mí mismo

- 3 Me odio
8. 0 No me considero peor que cualquier otro
1 Me autocritico por mis debilidades o por mis errores
2 Continualmente me culpo de mis faltas
3 Me culpo por todo lo malo que me sucede
9. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio
1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría
2 Desearía suicidarme
3 Me suicidaría si tuviese la oportunidad
10. 0 No lloro más de lo que solía
1 Ahora lloro más que antes
2 Lloro continuamente
3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera
11. 0 No estoy más irritado de lo normal en mí
1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes
2 Me siento irritado continuamente
3 No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solía irritarme
12. 0 No he perdido el interés por los demás
1 Estoy menos interesado en los demás que antes
2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
3 He perdido todo el interés por los demás
13. 0 Tomo decisiones más o menos como siempre lo he hecho
1 Evito tomar decisiones más que antes
2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
3 Ya me es imposible tomar decisiones
14. 0 No creo tener peor aspecto que antes
1 Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo
2 Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo
3 Creo que tengo un aspecto horrible
15. 0 Trabajo igual que antes
1 Me cuesta un esfuerzo trabajar igual que antes
2 Tengo que obligarme para hacer todo
3 No puedo hacer nada en absoluto
16. 0 Duermo tan bien como siempre
1 No duermo tan bien como antes
2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir

- 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volver a dormir
17. 0 No me siento más cansado de lo normal
 1 Me canso más fácilmente que antes
 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa
 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada
18. 0 Mi apetito no ha disminuido
 1 No tengo tan buen apetito como antes
 2 Ahora tengo mucho menos apetito
 3 He perdido completamente el apetito
19. 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
 1 He perdido más de 2 kilos y medio
 2 He perdido más de 4 kilos
 3 He perdido más de 7 kilos

Estoy a dieta para adelgazar:
 SÍ NO

20. 0 No estoy preocupado por mi salud más que lo normal
 1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento
 2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más
 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa
21. 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
 1 Estoy menos interesado por el sexo que antes
 2 Ahora estoy mucho menos interesado por el sexo
 3 He perdido totalmente mi interés por el sexo

Body Shape Questionnaire

Lea cada pregunta y señale con una X la casilla que corresponda a la respuesta más adecuada.

		Nunca	Raro	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
IC1	Cuando te aburres, ¿Te preocupas por tu figura?						
IC2	Te has preocupado por tu figura y has pensado que deberías ponerte a dieta						
IC3	¿Ha pensado que tus muslos, caderas o nalgas son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?						
IC4	Has tenido miedo a engordar						
IC5	Te preocupa que tu piel sea lo suficientemente firme						
IC6	Sentirte lleno después de comer te ha hecho sentirte gordo						
IC7	Te has sentido tan mal por tu figura que has llorado por ello						
IC8	Has evitado correr para que tu piel no saltara						
IC9	Estar con gente delgada te ha hecho reflexionar sobre tu figura						
IC10	¿Te has preocupado por que tus muslos se vean mas anchos al sentarse?						
IC11	¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo?						
IC12	¿Te has fijado en la figura de otra persona y has comparado la tuya						

	de una manera negativa con lo de ellos?						
IC13	¿Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración?						
IC14	¿Estar desnudo cuando te bañas te ha hecho sentir gordo?						
IC15	¿Ha evitado usar cierta ropa que marque tu figura?						
IC16	¿Te has imaginado cortando partes de grasa de tu cuerpo?						
IC17	¿Comer dulces, pasteles u otros alimentos altos en calorías, te han hecho sentirte gordo/a?						
IC18	¿Has evitado ir a eventos sociales como fiestas por sentirte mal respecto a tu imagen corporal?						
IC19	¿Te has sentido excesivamente gordo y/o lleno?						
IC20	¿Te has sentido acomplexado/a por tu cuerpo?						
IC21	¿La preocupación por tu figura te ha inducido a ponerte a dieta?						
IC22	¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando esta tu estomago vacío?						
IC23	¿Has pensado que tienes la figura que tienes por que no te puedes controlar la forma en la que comes?						
IC24	¿Te ha preocupado que la gente vea “llantitas” en tu cintura?						

IC25	¿Has pensado que no es justo que otras personas sean más delgadas que tu?						
IC26	¿Has vomitado para sentirte más delgado?						
IC27	Estando en compañía de otras personas ¿Te ha preocupado ocupar demasiado espacio? Por ejemplo, en el transporte público.						
IC28	¿Te ha preocupado que tu piel tenga celulitis?						
IC29	Verte reflejado/a en un espejo ¿Te hace sentir mal respecto a tu figura?						
IC30	¿Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuenta grasa hay?						
IC31	¿Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo? Por ejemplo, en baños, vestidores o albercas.						
IC32	¿Has tomado laxantes para sentirte más delgado?						
IC33	¿Te has fijado más en tu figura cuando estas en compañía de otra gente?						
IC34	¿La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?						