



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Posgrado

**NIVEL DE ESTRÉS EN PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD DEL
HGZ / UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

OLIVIA VELASCO OJEDA

DIRECTOR DE TESIS

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO

Facultad de Medicina



CIUDAD UNIVERSITARIA, CD MX, 2017



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

NIVEL DE ESTRÉS EN PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD DEL HGZ / UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

AUTORES: Dra. Olivia Velasco Ojeda¹, Dr. Manuel Millán Hernández², Dr. Gilberto Espinoza Anrubio³, Dr. Eduardo Vilchis Chaparro⁴.

1. Médico Residente de Medicina Familiar, HGZ / UMF No. 8.

2. Médico Familiar, Adscrito al servicio de urgencias HGZ No. 58 “General Manuel Ávila Camacho”.

3. Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud HGZ / UMF No. 8.

4. Profesor titular de Medicina Familiar HGZ / UMF No. 8.

OBJETIVO

Determinar el nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal, prospectivo, descriptivo, observacional, no comparativo. Tamaño de la muestra 228 (Intervalo de confianza 90%) pacientes de la consulta externa de Medicina Familiar. Criterios de inclusión: Pacientes portadores de obesidad, de 20 años o más, que acudan a la consulta externa de Medicina Familiar. Instrumento de medición: Escala de Estrés Percibida (EEP).

RESULTADOS

Se estudió a 228 pacientes con obesidad, donde la mayoría pertenecen al sexo femenino con el 77.6%, con una media de edad de 52 años, en cuanto a ocupación predominaban los pacientes empleados con 55.3%, con religión católica en la mayor parte con 96.9%, casados el 66.7%, con escolaridad secundaria en mayor proporción con el 29.4%, en cuanto a los años de ser obesos la mayoría tenían más 20 años, que representa el 45.6% de la población estudiada, en el grado de obesidad se pudo observar que la mayoría tenían grado I en 60.1%. En cuanto al nivel de estrés con la escala de estrés percibido 69.3% tenían algún grado de estrés.

CONCLUSIONES

La obesidad por su crecimiento exponencial requiere una atención integral, evaluando los aspectos psicológicos que en ella intervienen. La escala de estrés percibido es un instrumento validado para determinar el nivel de estrés. Siendo una herramienta útil en el contexto clínico y en investigación. Dos terceras partes de los pacientes estudiados tienen algún grado de estrés.

PALABRAS CLAVE

Obesidad, estrés, EEP.

**Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del
HGZ / UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”**

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

AUTORIZACIONES

**DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA
DIRECTOR DEL HGZ / UMF No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL HGZ / UMF No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ / UMF No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL HGZ / UMF No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
DIRECTOR DE TESIS

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ / UMF No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS

DR. MANUEL MILLAN HERNANDEZ
MÉDICO FAMILIAR HGZ No. 58
“GENERAL MANUEL ÁVILA CAMACHO”
ASESOR CLÍNICO DE TESIS

AGRADECIMIENTOS

Gracias a mi profesor titular Dr. Eduardo Vilchis Chaparro por su apoyo, por su paciencia y por haber compartido conmigo sus conocimientos. A mi jefe de enseñanza, Dr. Gilberto Espinoza Anrubio por haberme dado la oportunidad de desarrollar esta tesis, por la confianza depositada y el gran conocimiento que me brinda.

Gracias a mi asesor, Dr. Manuel Millán Hernández por enseñarme que los grandes logros requieren grandes esfuerzos y el constante deseo de superación. Por sus conocimientos, su experiencia y motivación, para ser cada día mejor médico y sobre todo mejor persona.

A mi familia. A mis padres, por apoyarme en los momentos más difíciles, por darme su apoyo cuando sentía que la fuerza me abandonaba, con la promesa de que la recompensa obtenida sería mucho mejor. Por los valores que me han inculcado y por ser un ejemplo de vida a seguir. A mis hermanos por ser parte importante de mi vida, por llenar mi vida de amor y alegrías cuando más lo necesito. Por ser un gran motivo de lucha, para ser el mejor ejemplo a seguir.

A todas las personas que me han apoyado y que han creído en mí. Por haber contribuido cada uno a su manera para llegar a ser la persona que hoy en día soy.

“Los hombres que luchan un día son buenos, los que luchan un año son mejores, pero aquellos que luchan toda una vida, esos son los imprescindibles” (Bertold Brecht)

ÍNDICE

TEMA	PÁGINA
1. Marco teórico	8
2. Planteamiento del problema	16
3. Justificación	17
4. Objetivos	18
5. Hipótesis	18
6. Material y métodos	19
7. Diseño de la investigación	20
8. Población o universo	21
9. Ubicación temporal y espacial de la población	21
10. Muestra	21
11. Criterios del estudio	22
12. Variables	23
13. Diseño estadístico	29
14. Instrumento de recolección	30
15. Método de recolección	31
16. Maniobras para evitar y controlar sesgos	32
17. Cronograma de actividades	33
18. Recursos	35
19. Consideraciones éticas	36
20. Resultados	38
21. Discusiones	61
22. Conclusiones	66
23. Bibliografía	68
24. Anexos	71

MARCO TEÓRICO

OBESIDAD

La obesidad es una enfermedad crónica, sistémica y de origen multifactorial que ha tenido un crecimiento exponencial en las últimas décadas y ha llegado a ser un grave problema de salud, en donde existe un desequilibrio entre el aporte calórico de la ingesta y el gasto energético. Se define como el aumento de la grasa corporal, y se hace el diagnóstico mediante el índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 30 kg/ m².¹

De acuerdo a la guía de práctica clínica del 2012, México y Estados Unidos de Norteamérica, ocupan los primeros lugares de prevalencia mundial de obesidad, la cual es diez veces mayor que la de países como Japón y Corea. En México, las tendencias de sobrepeso y obesidad en las diferentes encuestas nacionales han ido en incremento constante de la prevalencia a través el tiempo, la cual se ha triplicado en las últimas tres décadas. Constituye un problema de salud, económico, social y psicosocial, que genera mortalidad prematura, morbilidad crónica, incremento en el uso de los servicios de salud, disminución de la calidad de vida, incapacidad y estigmatización social.²

La OMS calcula que para el año 2015, había aproximadamente 2 millones 300 mil adultos con sobrepeso, más de 700 millones con obesidad y más de 42 millones de menores de cinco años con sobrepeso. Estimaciones de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) más de dos terceras partes de la población mundial tendrán sobrepeso u obesidad en el año 2020. Para la Asociación Internacional de Estudios de la Obesidad se estima que en la actualidad aproximadamente mil millones de adultos tienen sobrepeso y 475 millones son obesos. En América se registró la mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad (sobrepeso: 62%; obesidad: 26%) y en Asia Sudoriental la más baja (sobrepeso: 14%; obesidad: 3%).³

En la encuesta ENSANUT 2012, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en adultos de 20 años o más fue de 71.3% (que representan a 48.6 millones de personas). La prevalencia de obesidad en este grupo fue de 32.4% y la de sobrepeso de 38.8%. La obesidad fue más alta en el sexo femenino (37.5%) que en el masculino (26.9%). El grupo de edad con mayor prevalencia de obesidad fue adultos de 40 a 49 años (40.5%), sin embargo en los grados más altos de obesidad (grado II y III) se observó una mayor prevalencia en los adultos de 50 a 59 años (14.3%).⁴

La obesidad se debe a un desbalance crónico de energía, esto puede estar relacionado a una ingesta elevada o un gasto pobre o la combinación de ambos. El peso corporal está regulado por los sistemas endócrino y nervioso. Además de estos dos mecanismos se ha encontrado que el sistema inmunológico también interviene en este mecanismo, mediante una inflamación sistémica leve que se ha observado en los pacientes con obesidad. Los adipocitos producen algunas citocinas inflamatorias, como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), la interleucina 6 (IL-6) y hormonas como leptina y adiponectina.⁵

La obesidad es una enfermedad en la que convergen y derivan aspectos neuroquímicos, cognitivos y emocionales que se relacionan con estructuras cerebrales fundamentales para las funciones ejecutivas, como es la corteza prefrontal, donde una menor actividad metabólica en esta región se ha relacionado con un mayor IMC y un peor funcionamiento ejecutivo, de tal manera que adultos mayores con obesidad terminan por desarrollar modificaciones en el volumen de la sustancia gris en determinadas zonas de esta región.⁶

Estudios recientes han sugerido que los mecanismos que no están directamente relacionados con el genoma humano podrían estar involucrados en la génesis de la obesidad, esto se debe a que cuando una población determinada se somete a estrés nutricional similar, no todas las personas llegan a tener hiperglucemia o presentan ganancia de peso relacionado con la dieta. Existen estudios que sugieren que la flora intestinal juega un papel importante en el desarrollo de la obesidad, ya que puede alterar el almacenamiento de energía y grasa. En los últimos cinco años, los datos procedentes de diferentes fuentes han demostrado una relación causal entre la microbiota intestinal y la obesidad, con el apoyo de experimentos que incluyen la modulación de la microbiota.⁷

La OMS clasifica a la obesidad de acuerdo a los niveles de IMC (kg/m²) de la siguiente forma: normo peso 18.5-24.9, exceso de peso ≥ 25 , sobrepeso o pre obeso 25-29.9, obesidad grado I o moderada 30-34.9, obesidad grado II o severa 35-39.9, obesidad Grado III o mórbida ≥ 40 .⁸

Dentro de las complicaciones que conlleva la obesidad están: síndrome metabólico, desarrollo de diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares, sin embargo hoy sabemos que no son las únicas complicaciones que se pueden presentar, entre otras están: enfermedades musculo esqueléticas, gastrohepáticas, hipertensión arterial, síndrome de apnea/hipoventilación obstructiva del sueño, Dislipidemia, trastornos psicosociales, síndrome de ovarios poliquísticos y enfermedades neurológicas.⁹

Es importante determinar la etiología de la obesidad; los factores de riesgo cardiovascular; la comorbilidad asociada; los estilos de vida, y la actividad física. Conocer la edad de inicio de la obesidad y de máximo incremento de peso, para excluir causas secundarias y enfermedades asociadas. Realizar una exploración física completa tomando en cuenta la estatura, peso, índice de masa corporal (IMC), circunferencia de la cintura, signos vitales, hábitos de actividad física y alimentaria, historia familiar de obesidad, antecedente de tabaquismo y/o alcoholismo, empleo de medicina alternativa y síntomas de apnea del sueño, enfermedad cardiovascular y articular.¹⁰

La obesidad como un trastorno multifactorial requiere diferentes estrategias para su tratamiento. La etiología más estudiada es la resistencia a la insulina, el comer en exceso no es suficiente para explicar esta epidemia. Este padecimiento parece también ser un fenómeno secundario debido a la disfunción metabólica, es por ello que se deben hacer intervenciones dietéticas que ayuden a entender el efecto metabólico de los nutrientes y cómo esto puede intervenir en la disminución de la masa corporal, más que poner toda la atención en dietas hipocalóricas como se ha venido manejando.¹¹

El Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria estableció los siguientes objetivos como estrategia contra el sobrepeso y la obesidad: fomentar la actividad física en la población, aumentar la disponibilidad, accesibilidad y consumo de agua simple potable, disminuir el consumo de azúcar y grasas, incrementar el consumo diario de frutas y verduras, leguminosas, cereales de granos enteros y fibra en la dieta, disminuir el consumo de azúcares y otros edulcorantes calóricos añadidos en los alimentos, disminuir el consumo diario de grasas saturadas en la dieta y reducir al mínimo las grasas trans de origen industrial, orientar a la población sobre el control de tamaños de porción recomendables en la preparación casera de alimentos, y disminuir el consumo diario de sodio, entre otros.¹²

En un ensayo clínico de intervención, prospectivo y aleatorizado para el tratamiento integral y personalizado de la obesidad en Madrid en el que participaron 60 pacientes con sobrepeso grado II y obesidad grado I-II, entre 18-50 años que recibieron un programa que combinaba educación nutricional, actividad física y apoyo psicológico, se concluyó que un programa de modificación de estilos de vida basado en dieta, ejercicio y apoyo psicológico ayuda a los pacientes con sobrepeso y obesidad a reducir su peso, porcentaje de grasa corporal, perímetro de cintura y riesgo cardiovascular asociado. También contribuye a mejorar sus hábitos de vida saludable.¹³

La base del tratamiento es un cambio de estilo de vida. Sin embargo a veces esto no es suficiente o no es fácil de cumplir, necesitando de apoyo farmacológico para resolver el problema. Actualmente los fármacos aprobados por la FDA son: a corto plazo (menos de 12 semanas) fentermina y dietilpropión; a largo plazo orlistat. Otros fármacos usados pero no están aprobados son fluoxetina, sertralina, bupropión, topiramato y zonisamida. La fentermina es un inhibidor del apetito, actúa liberando noradrenalina y dopamina, químicamente similar a la anfetamina, está indicado a dosis de 15-30 mg diarios, baja de peso promedio 3.6 kg. El dietilpropión, estructuralmente similar a bupropión, dosis de 75 mg, baja de peso promedio 10 kg en los primeros 3 meses. El orlistat altera la absorción de grasa por inhibición de la enzima lipasa pancreática, dosis recomendada 1 cápsula 3 veces al día con las comidas, efecto dosis dependiente, 120 mg disminuye hasta 30 % de la grasa ingerida, 60 mg disminuye hasta un 25 %.¹⁴

Las técnicas de cirugía bariátrico-metabólica están diseñadas para disminuir la capacidad de almacenamiento de alimentos en el estómago (restrictivas), reducir las posibilidades de absorción del intestino delgado (hipoabsortivas) o para reunir las capacidades de las dos anteriores (mixtas). Han ido mejorándose en el tiempo por la observación clínica y el constante trabajo de los investigadores en este campo de la medicina, para cada vez crear procedimientos que superen el alcance de los ya existentes, disminuir el tiempo en reducir el exceso de peso patológico, las comorbilidades asociadas, el costo económico para los sistemas de salud, la morbilidad y mortalidad asociadas al acto quirúrgico, así como mantener la pérdida de peso a mediano y largo plazo mayor y devolver al individuo a la sociedad, con una esperanza de vida mayor y una calidad de vida mejor.¹⁵

Los pacientes con obesidad presentan una disminución de la esperanza de vida, entre 6 y 20 años. Cada año mueren aproximadamente 2.8 millones de personas adultas a causa de la obesidad o el sobrepeso. Las personas con obesidad grave mueren de 8 a 10 años antes que las de peso normal. Los individuos que tiene 15 kilogramos extra de su peso normal aumentan el riesgo de muerte temprana aproximadamente en 30%.¹⁶

ESTRÉS

El término estrés se deriva del griego *stringere*, que significa provocar tensión. El concepto se remonta desde el siglo XVII con los descubrimientos de Robert Hooke y Thomas Young en el área de la física, mismos que permiten dar un nuevo enfoque al término a partir del análisis de éste desde la perspectiva de otras ciencias. A partir de esto, se desarrollan una variedad de definiciones que explican qué es el estrés, no obstante, quien acuñó el término fue Hans Selye en 1936, denominándolo como “un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas ante cualquier forma de estímulo nocivo”.¹⁷

El estrés se considera como el proceso o reflejo que se pone en marcha cuando una persona percibe una situación o acontecimiento complejo en el cual se encuentra como amenazante o desbordante de sus recursos. Según su determinación es un fenómeno social, y por su naturaleza, un fenómeno psicofisiológico. A menudo los hechos que lo ponen en marcha son los que están relacionados con cambios que exigen del individuo un sobreesfuerzo y por tanto ponen en peligro su bienestar personal. Selye identificó tres fases en la respuesta fisiológica al estrés que son componentes del Síndrome General de Adaptación; Fase 1 o reacción de alarma; esta etapa se caracteriza por una baja resistencia ante los agentes productores de tensión. Fase 2 o resistencia; esta etapa se caracteriza por manifestaciones clínicas (físicas) y mentales. Fase 3 o agotamiento; es la incapacidad de afrontar la tensión por más tiempo, ocurre un desbalance homeostático y fisiológico en el cuerpo, el organismo colapsa y cede ante la enfermedad. Se han establecido dos tipos o formas de estrés. Uno de estos es positivo (Eustrés) y el otro es negativo (Distrés).¹⁸

El estrés al ser una amenaza para la homeostasis, el organismo crea un gran número de respuestas para sobrevivir y adaptarse, activando el sistema nervioso simpático y el eje hipotalámico-pituitario-adrenal. Puede ser agudo o crónico, cuando es agudo activa regiones en la corteza prefrontal, la amígdala, el hipocampo y el hipotálamo y cuando es crónico causa plasticidad adaptativa en el cerebro, en el cual los neurotransmisores locales y las hormonas sistémicas, interactúan para producir cambios estructurales y funcionales.¹⁹

La exposición a estresores provoca una activación caracterizada del eje hipotalámico-pituitario-adrenal que provoca la secreción de glucocorticoides en la circulación. A corto plazo, los glucocorticoides optimizan las condiciones fisiológicas y metabólicas de tal manera que un organismo puede responder adecuadamente a la amenaza mediante la movilización de reservas de glucosa, leucocitos, y la mejoría en la vigilancia y la atención. Sin embargo, la secreción de glucocorticoides persistente puede producir efectos perjudiciales sobre el sistema cardiovascular, metabólico, y neuronal, esto asociado a muchas enfermedades tales como hipertensión, diabetes tipo 2, y trastornos del humor. Por lo tanto, la secreción de glucocorticoides tiene una retroalimentación negativa que limita la magnitud y duración del eje.²⁰

En determinadas circunstancias, que abundan en ciertos modos de vida, los altos niveles de estrés pueden agravar problemas crónicos de salud como la hipertensión arterial, cardiopatías, cáncer, úlceras, migraña y enfermedades respiratorias. De igual forma, propician la aparición de otras afecciones como cefaleas, problemas dentales y afecciones de la espalda. Además de producir enfermedades a nivel físico y fisiológico, el estrés repercute a nivel psicológico y social, generando apatía, dificultad para establecer prioridades, pérdida del control de cosas simples, frustración, depresión, tendencia a pensamientos suicidas, insomnio o sueño incontrolable, aumenta el consumo del alcohol, cigarrillo, café u otras sustancias psicoactivas, aislamiento, agresividad, incapacidad para trabajar en equipo, bajo rendimiento en el trabajo, disminución del impulso sexual, problemas de comunicación, dificultad para concentrarse, incapacidad para sentir y presentar emociones.²¹

El estrés es un factor importante en la etiología de la obesidad. Una situación de estrés agudo inhibe el apetito, sin embargo si este se mantiene hasta convertirse en crónico, las glándulas adrenales liberan cortisol, que incrementa el apetito en particular hacia alimentos altos en grasa o en azúcar, o en ambos, lo que aparentemente inhibe la acción del sistema límbico. La sobre ingesta no es la única conducta asociada con el estrés; una persona estresada también pierde el sueño, hace menos ejercicio, y toma más alcohol, lo cual contribuye a ganar peso.²²

ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO (EEP)

Evalúa el grado en el que los eventos de la vida son percibidos como estresantes, en el momento de la medición y hasta un mes antes. Presenta índices de fiabilidad y validez adecuados.²³

La escala de estrés percibido es un instrumento que estima el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes. La versión original consta de 14 ítems, que están formulados en distinto sentido: unos a favor del control de las situaciones amenazantes y otros a favor de la pérdida de control y sus consecuencias. Proporciona una medida global de estrés percibido en el último mes. Se han estudiado dos versiones más, que están más reducidas, una con 10 ítems y otra con 4. La Escala puntúa de 0 a 56, donde las puntuaciones superiores indican un mayor estrés percibido. Utiliza un formato de respuesta tipo Likert de cinco alternativas con un rango de 0 (nunca) a 4 (siempre).²⁴

La escala de estrés percibido (EEP) es una escala muy conocida para medir el estrés, cuenta con varias versiones, pero la versión original está compuesta por 14 ítems (EEP-14). Otras versiones que se han estudiado en el contexto mundial están la EEP-10 Y EPP-4 que constan de 10 y 4 reactivos respectivamente, con traducciones en diferentes idiomas, entre ellos el español. Para EEP-10, la consistencia interna se ha observado entre 0,74 y 0,91; para EEP-4 se ha informado una consistencia interna entre 0,60 y 0,82.²⁵

La Escala de Estrés Percibido (EEP)-14 es fácilmente aplicable y evaluable. Es un buen instrumento para detectar variaciones en el estrés percibido por el sujeto a través del tiempo. Su reproducibilidad es alta cuando se aplica en diferentes momentos a los mismos sujetos.²⁶

La Escala de Estrés Percibido de 14 fue creada por Cohen, Kamarck y Mermelstein en 1983. En el estudio original de la escala EEP-14, Cohen et al. (1983) reportaron una consistencia interna alta, con un alfa de Cronbach, que varió de 0.84 a 0.86 en función de la muestra. Moral y Martínez (2009), en una muestra mexicana de padres que recientemente habían recibido el diagnóstico de cáncer en uno de sus hijos, obtuvieron una consistencia interna alta para los 14 ítems de la escala ($\alpha=0.84$). Propusieron que una puntuación mayor o igual que 30 en la escala podría definir casos de estrés. La propuesta de este punto de corte se hizo considerando la puntuación que queda a una desviación estándar por encima de la media del estudio de González y Landero (2007), que es 29, y la mediana de estrés percibido de la muestra de padres mexicanos con un hijo con cáncer, que es 29.5.²⁷

De acuerdo a Hernández Moreno en su estudio "Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama" existe una adaptación cultural realizada en México por González y Landero (2007), con 14 ítems y una consistencia interna ($\alpha=0.83$), que confirma la estructura factorial de la escala original. La puntuación va de nunca (0) a muy a menudo (4). Invertiéndose la puntuación en los ítems: 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13. La escala cuenta con un rango de puntuaciones posibles que van de 0 a 56. En donde la mayor puntuación corresponde a mayor estrés percibido.²⁸

La EEP-10 fue originalmente desarrollada en Estados Unidos por Cohen, Kamarck y Mermelstein con el fin de medir el grado en el cual las situaciones de la vida son percibidas como estresantes. Fue traducida y validada en Brasil por Reis, Hiño y Añez, con un coeficiente de alfa de Cronbach de 0.87. Este instrumento está compuesto de diez preguntas con opciones de respuesta que varían de "nunca" a "siempre", en una escala tipo Likert de 1 a 5. Las preguntas evalúan situaciones estresantes relativas al mes anterior al día de la entrevista, después de seguir las instrucciones del instrumento para consolidar los resultados, la suma total de las respuestas puede variar de 0 a 40; un índice más alto indica que el individuo tiene más estrés. En esta investigación, el alfa de Cronbach fue 0.81.²⁹

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y ambilectivo, en 146 adultos entre 20 a 59 años de edad, aparentemente sanos, con el objetivo de determinar los factores de riesgo cardiovascular, nivel de conocimiento sobre éstos, y grado de riesgo cardiovascular. A los que se les aplicaron tres cuestionarios entre ellos la Escala de estrés percibido 10 (EEP-10) en el que se evalúa el nivel de estrés percibido durante el último mes, con tres categorías: Alto (de 13 a 15 puntos); moderado (6 a 12 puntos) y poco (3 a 5 puntos). Los resultados mostraron con alto nivel de estrés a 68.5% y con moderado nivel de estrés a 31.5%, no teniendo reporte con bajo nivel.³⁰

La EEP-14 se califica de la siguiente manera, las preguntas redactadas negativamente en: nunca = 0; casi nunca = 1; de vez en cuando = 2; a menudo = 3; muy a menudo = 4, y las redactadas positivamente reciben puntuación invertida. La sumatoria produce la puntuación total de la escala, con un rango entre 0 y 56 puntos. Las preguntas redactadas positivamente son: 4,5,6,7,9,10,13, y las que están de forma negativa son: 1,2,3,8,11,12,14.³¹

En la traducción al español realizada por Remor y Carobles, que fue empleada por González y Landero, lo pondera de la siguiente manera: Puntuaciones menores de 19 se suelen considerar no casos de estrés percibido; de 19 a 28, estrés percibido leve; de 29 a 38, estrés percibido moderado, y de 39 a 56, estrés percibido severo.³²

ANTECEDENTES

En un estudio realizado en Colombia con el objetivo de identificar los factores de riesgo relacionados con la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes, con una población de 61 172 adolescentes y una muestra de 382 estudiantes matriculados en los colegios públicos, en donde el instrumento fue diseñado por las investigadoras para valorar las características sociodemográficas, medidas antropométricas, factores endógenos, exógenos y percepción del exceso de peso y de su imagen. Encontraron que el estrés se presentó en un 43% de los pacientes con obesidad.³³

Sánchez-Cruz y cols realizaron un estudio transversal con el objetivo de identificar la asociación que existe entre estrés y depresión respecto al apego al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en una unidad de medicina familiar en Yucatán, México. 65% de los pacientes presentó estrés, 26% depresión y 82% de los pacientes fueron no adherentes al tratamiento. Concluyendo que el estrés es un factor asociado al descontrol glucémico.³⁴

En la ciudad de Monterrey, México se efectuó una investigación tipo descriptivo, para evaluar el estrés, en el que participaron 122 personas adultas de ambos sexos con diagnóstico de DM2, que asistían a la consulta de control en una Institución especializada en Diabetes. La muestra estuvo conformada por pacientes con DM2 entre 18 y 60 años de edad y que pudieran ser capaces de leer y escribir. Para evaluar el estrés se utilizaron dos escalas, entre ellas la escala de estrés percibido EEP-14; y la otra evalúa el estrés producto de la diabetes. Concluyendo que la mayoría de los participantes demostraron un buen control de la enfermedad, aunque su nivel de autocuidado es bajo. En cuanto al estrés percibido y diabetes los niveles fueron bajo y moderado.³⁵

Hernández Zamora y cols en un estudio elaborado en la Ciudad de México en donde determinaron la correlación entre los niveles de estrés de estudiantes universitarios y personas adultas mayores, con el objetivo de determinar cuáles son las principales variables que pueden influir en tales niveles. Se encontró que de manera estadísticamente significativa, los estudiantes presentan mayor estrés que las personas mayores. Los síntomas que más se presentaron en ellos fueron: cansancio, falta de energía, falta de satisfacción con lo que se hace, intranquilidad, problemas para la toma de decisiones, vida apresurada, falta de seguridad y protección, miedo al futuro y a las responsabilidades, falta de tiempo para sí mismo y plazos de tiempo.³⁶

Se efectuó una investigación en una población al sur de México con el objetivo de conocer el nivel de estrés y los factores asociados al estrés elevado y peligroso. Participaron 309 personas de ambos sexos, con un rango de edad de 11 a 72 años. La medición del nivel de estrés se hizo mediante la aplicación de un cuestionario autoadministrado de 96 preguntas, las cuales evalúan el estilo de vida, ambiente, síntomas, empleo u ocupación, relaciones y personalidad. Los resultados indican el promedio de edad y la prevalencia de estrés bajo, peligrosamente bajo, normal, elevado y peligroso. La mayor prevalencia de estrés elevado lo presentaron las mujeres, y el grupo de edad con mayor nivel de estrés elevado y peligroso fue el de 11 a 20 años.³⁷

El estrés causa o contribuye a una gran variedad de enfermedades y trastornos. La evidencia reciente sugiere a la obesidad y otros trastornos relacionados con la alimentación como parte de ellos. La respuesta del cuerpo al estrés es un fenómeno altamente adaptable que permite al organismo utilizar los recursos para hacer frente al peligro real o previsto y restaurar la energía gastada. Sin embargo, si el estrés es excesivo o crónico, las respuestas pueden llegar a ser mal adaptativas. El estrés excesivo o crónico puede desencadenar o exacerbar una gran variedad de enfermedades y trastornos. El estrés, ya sea estrés leve, agudo o crónico, influye en el impulso de comer y los tipos de comida que se seleccionan.³⁸

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad es una enfermedad crónica, sistémica y de origen multifactorial, considerada actualmente como un grave problema de salud pública debido a su crecimiento exponencial y epidemiológico durante las últimas décadas a nivel mundial. El alto impacto de esta enfermedad ha acrecentado el interés de la comunidad científica por entender a cabalidad sus diversas rutas etiológicas, con el fin de utilizar estas bases teóricas para el desarrollo de métodos preventivos y terapéuticos eficaces.

El reconocimiento de su complejidad y carácter multifactorial hacen necesaria la dedicación de esfuerzos impetuosos que involucren una intervención multidisciplinaria. Es por eso que el siguiente trabajo está enfocado a determinar el nivel de estrés en estos pacientes, ya que esto cambia la manera de abordar este problema de salud, dependiendo si va o no acompañada de otras alteraciones, como lo es el estrés. Por lo anterior se realiza el siguiente planteamiento:

¿CUÁL ES EL NIVEL DE ESTRÉS EN PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD DEL HGZ / UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”?

JUSTIFICACIÓN

La obesidad es una condición clínica que afecta a millones de personas en todo el mundo y en nuestro país una tercera parte de las personas viven con este padecimiento (32.4%), cuyos componentes neuroquímicos, cognitivos y ambientales/sociales deben ser tratados de manera conjunta para su mejor comprensión. Es necesario integrar todos estos factores, junto a una mejora en el diagnóstico diferencial, y la clarificación del papel que juegan los factores genéticos y ambientales en su etiología.

Las emociones tienen un poderoso efecto sobre la elección de alimentos y los hábitos alimentarios. Existe una relación entre comer, emociones y el aumento del aporte calórico. Esta relación debería ser medible para comprender mejor cómo utilizamos los alimentos en determinados estados de ánimo y cómo las emociones afectan a la eficacia de los programas de pérdida de peso.

La emoción queda implicada de manera clara en la etiología de la obesidad. Lo importante a reseñar es la respuesta emocional al estrés, que se caracteriza por síntomas de ansiedad, irritación, ira y cólera, preocupación, tristeza, pánico y estados de desesperanza, de naturaleza transitoria. Todos estos aspectos deben tratarse de manera conjunta debido a que podrían estar contribuyendo a la evolución de esta condición clínica.

Realizar un estudio en el que se determine el nivel de estrés de los pacientes con obesidad ayudará a dar un manejo integral, y con esto tener éxito en los planes de tratamiento que se puedan ofrecer.

Existe un gran desconocimiento acerca de los factores psicológicos y emocionales que influyen en las personas con obesidad y por ende no se contemplan a la hora de abordar el problema. Al ser la obesidad una epidemia mundial merece que se estudie e investigue más al respecto. Hay que buscar nuevas alternativas que sean efectivas para tratar de manera integral esta enfermedad.

Llevar a cabo este estudio es de gran relevancia teórica y metodológica, ya que en nuestra sede no existen estudios que en forma conjunta evalúen estas dos condiciones junto con este instrumento, una escala que ha mostrado una enorme capacidad predictiva.

OBJETIVO:

Determinar el nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”

HIPÓTESIS:

Se desarrolla la siguiente hipótesis con fines educativos, ya que los estudios descriptivos no ameritan hipótesis:

Hipótesis nula (H_0): Los pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” no tienen estrés.

Hipótesis alterna (H_1): Los pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” tienen algún grado de estrés.

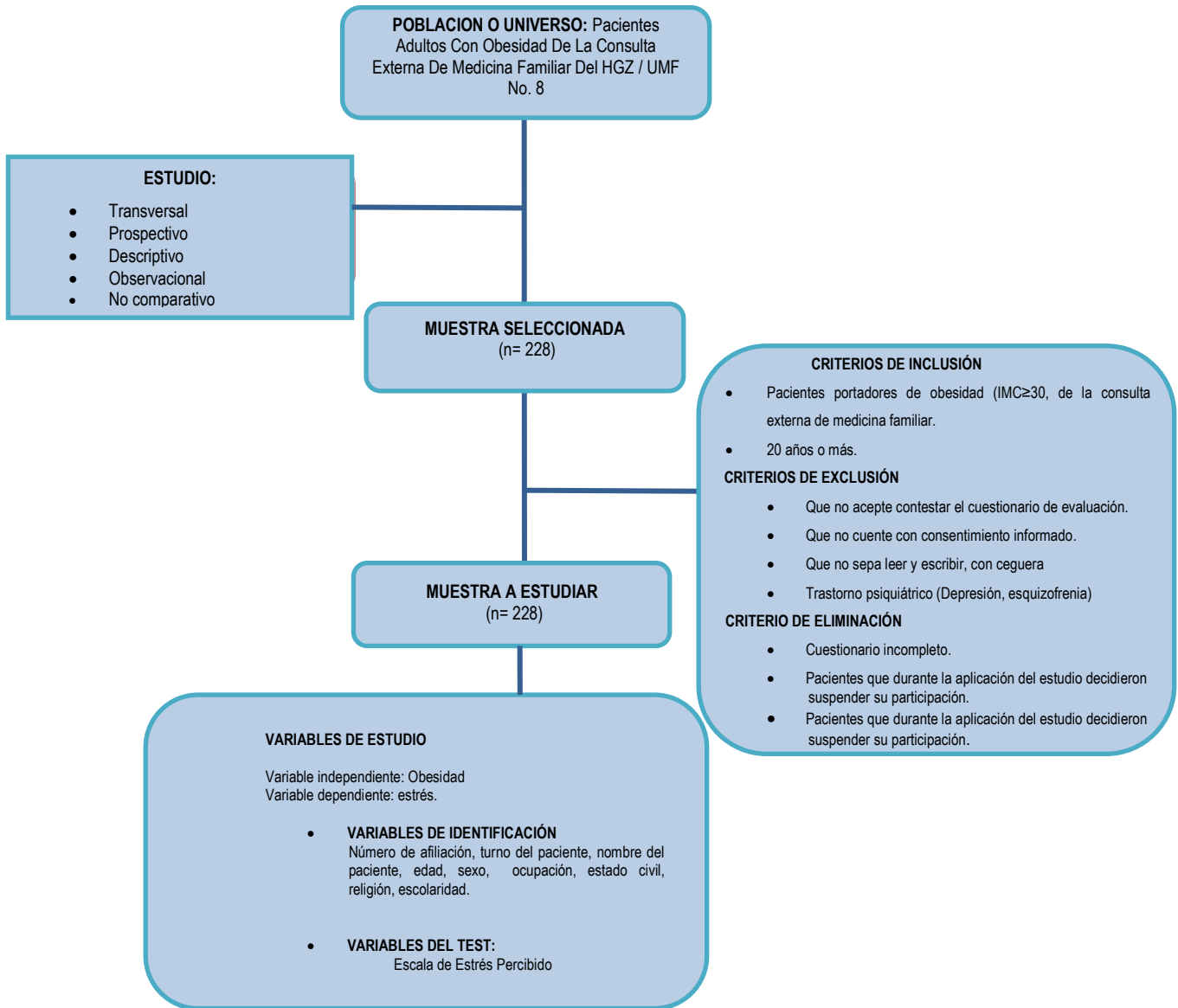
MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal, prospectivo, descriptivo, observacional, no comparativo.

- **Transversal:** De acuerdo al número de una variable o el periodo y secuencia del estudio. Se recolectaron datos en un sólo momento, en un tiempo único.
- **Prospectivo:** Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información. La información se registró en la medida que va ocurriendo el fenómeno.
- **Descriptivo:** Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados. Describe las variables y examina las relaciones entre ellas
- **Observacional:** Ya que la investigación solo dice el fenómeno estudiado. Permiten al investigador adquirir información por medio de la observación directa y el registro de fenómenos, pero sin ejercer ninguna intervención.
- **No comparativo:** Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados. Sólo se estudió un grupo poblacional.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró: Olivia Velasco Ojeda

POBLACIÓN O UNIVERSO

El estudio se realizó a los pacientes con obesidad que acudieron al servicio de la consulta externa de Medicina Familiar en el Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México, Zona Sur. Es una población urbana.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN

El estudio se llevó a cabo en el HGZ / UMF No. 8, ubicado en Av. Rio Magdalena No 289 Col. Tizapán San Ángel, ubicada al sur de la Ciudad de México, Delegación Álvaro Obregón. En el periodo comprendido entre marzo 2015 a enero 2017.

MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo, con variable dicotómica, se requirió de 228 pacientes, con un intervalo de confianza del 90%. Con una proporción esperada del 0.30 y con una amplitud total de intervalo de confianza del 0.10.

Definición de conceptos del tamaño de la muestra. Dónde:

N= Número total de individuos requeridos.

Z alfa= Desviación normal estandarizada para alfa bilateral.

P= Proporción esperada.

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

W= Amplitud del intervalo de confianza.

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

CRITERIOS DEL ESTUDIO

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes portadores de obesidad ($IMC \geq 30$) de la consulta externa de medicina familiar.
- 20 años o más.
- Sexo masculino o femenino.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Que no aceptaron contestar el cuestionario de evaluación.
- Que no contaban con consentimiento informado.
- Que no sabían leer y escribir, con ceguera.
- Con algún trastorno psiquiátrico: Depresión, esquizofrenia.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Cuestionario incompleto.
- Pacientes que durante la aplicación del estudio decidieron suspender su participación.

VARIABLES

VARIABLES DEL ESTUDIO

- Variable independiente: Obesidad
- Variable dependiente: Estrés

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- Edad
- Sexo
- Religión
- Ocupación
- Estado civil
- Escolaridad

VARIABLES DE LA PATOLOGÍA

- Años de obesidad
- Grado de obesidad de acuerdo a la OMS
- Enfermedad crónica

VARIABLES DE LA ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO

- Escala de estrés percibido
 - No estrés: menos de 19 puntos.
 - Estrés Leve: de 19 a 28 puntos.
 - Estrés Moderado: de 29 a 38 puntos.
 - Estrés Severo: de 39 a 56 puntos.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

VARIABLES DEL ESTUDIO

- Variable independiente
 - **Obesidad:** Es una enfermedad sistémica, progresiva y multifactorial que se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa. Con base al índice de masa corporal (IMC), en el adulto un $IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$ determina la obesidad.

- Variable dependiente
 - **Estrés:** Es un estímulo puntual, agresivo o no, percibido como amenazante para la homeostasis. Activa un conjunto de reacciones que implican respuestas conductuales y fisiológicas que permiten al organismo responder al estresor de la manera más adaptada posible.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- **Edad:** Tiempo que ha vivido una persona.
- **Sexo:** Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo. Sexo masculino, femenino.
- **Religión:** Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias de oración o sacrificio que son propias de un determinado grupo humano y con las que el hombre reconoce una relación con la divinidad.
- **Ocupación:** Trabajo que una persona realiza a cambio de dinero y de manera más o menos continuada.
- **Estado civil:** Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.
- **Escolaridad:** Período de tiempo que una persona asiste a la escuela para estudiar y aprender.

VARIABLES DE OBESIDAD

- **Años de obesidad:** Tiempo aproximado que ha transcurrido desde la presencia de obesidad a la fecha.
- **Grado de obesidad de acuerdo a la OMS:** Enfermedad sistémica, progresiva y multifactorial que se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa. Con base al índice de masa corporal (IMC), en el adulto un $IMC \geq 30$ kg/m² determina la obesidad. Grado I, Grado II, Grado III.
- **Enfermedad crónica:** Proceso incurable, con una gran carga social tanto desde el punto de vista económico como desde la perspectiva de dependencia social e incapacitación.

VARIABLE DE LA ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO

- **Escala de Estrés Percibido:** Evalúa el grado en el que los eventos de la vida son percibidos como estresantes, en el momento de la medición y hasta un mes antes.

DEFINICIÓN OPERACIONAL VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Nombre de la variable	Tipo variable	Escala de medición	Valor de las variables
Edad	Cuantitativa	Discreta	Años
Rangos de edad	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. 20 a 39 años 2. 40 a 59 años 3. 60 a 81 años
Sexo	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Femenino 2. Masculino
Ocupación	Cualitativo	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Empleado 2. Desempleado
Religión	Cualitativo	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Creyente 2. No Creyente
Estado civil	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Soltero 2. Casado 3. Otro
Escolaridad	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura o más.

Elaboró: Olivia Velasco Ojeda

DEFINICIÓN OPERACIONAL VARIABLES DE OBESIDAD

Nombre variable	Tipo variable	Escala de medición	Valor de las variables
Años de obesidad	Cuantitativa	Discreta	Años
Años de obesidad en rangos	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Menos de 10 años 2. De 10 a 19 años 3. De 20 años o más
Grado de obesidad de acuerdo a OMS	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Grado I 2. Grado II 3. Grado III
Enfermedad Crónica	Cualitativa	Nominal	<ol style="list-style-type: none"> 1. DM2 2. HAS 3. DM2/HAS 4. Trastorno de lípidos 5. Síndrome metabólico 6. Otras 7. Ninguna

Elaboró: Olivia Velasco Ojeda

DEFINICION OPERACIONAL DE LA ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO

Nombre variable	Tipo variable	Escala de medición	Valor de las variables
Escala de Estrés Percibido (EEP)	Cualitativa	Ordinal	<ol style="list-style-type: none">1. No estrés: menos de 19 puntos2. Estrés Leve: de 19 a 28 puntos3. Estrés Moderado: de 29 a 38 puntos4. Estrés Severo: de 39 a 56 puntos

Elaboró: Olivia Velasco Ojeda

DISEÑO ESTADÍSTICO

El estudio se llevó a cabo a través del programa SPSS 20. Para el análisis de los resultados se utilizaron las medidas de tendencia central (media, moda, mediana), de dispersión (rangos, desviación estándar, valor mínimo y valor máximo), frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra es representativa y se calculó de acuerdo a la prevalencia de una población finita, la cual es de 32.4%, la muestra estudiada fue de 228, con un intervalo de confianza del 90%.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

ESCALA DE ESTRÉS PERCIBIDO

La escala de estrés percibido es un instrumento que estima el grado en que las situaciones de la vida son valoradas como estresantes, en el momento de la medición y hasta un mes antes. ^{Ver anexo 1}

La versión original consta de 14 ítems, que están formulados en distinto sentido: unos a favor del control de las situaciones amenazantes y otros a favor de la pérdida de control y sus consecuencias.

El estudio original presentó una consistencia interna alta, con un alfa de Cronbach, que varió de 0.84 a 0.86. La validación en México con 14 ítems tuvo una consistencia interna de $\alpha=0.83$, que confirma la estructura factorial de la escala original.

Utiliza un formato de respuesta tipo Likert de cinco alternativas con un rango de 0 (nunca) a 4 (siempre). Invertiéndose la puntuación en los ítems: 4, 5, 6, 7, 9, 10 y 13. La escala cuenta con un rango de puntuaciones posibles que van de 0 a 56. En donde la mayor puntuación corresponde a mayor estrés percibido.

Puntuaciones menores de 19 se suelen considerar no casos de estrés percibido; de 19 a 28, estrés percibido leve; de 29 a 38, estrés percibido moderado, y de 39 a 56, estrés percibido severo.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se realizó el estudio en pacientes con índice de masa corporal ≥ 30 que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ / UMF No. 8, en un periodo de seis meses. Con la autorización de la institución y el consentimiento de los pacientes. Se aplicó el cuestionario Escala de Estrés Percibido 14 (EEP-14) para evaluar el nivel de estrés. Existió una base de datos donde se recolectaron datos generales de los pacientes como nombre, edad, sexo, ocupación, estado civil, escolaridad y religión. Se explicó al paciente y se dio una breve introducción de lo que se trataba el protocolo, se estimuló al paciente para que respondiera las 14 preguntas del cuestionario, seleccionando la alternativa que consideraba más apropiada para su caso.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS

INFORMACIÓN: Se hizo una revisión sistémica de medicina basada en evidencia del tema, procurando información proveniente de meta-análisis, ensayos clínicos y reportes de casos, no mayor a 5 años de antigüedad. Las fuentes de información empleadas en la investigación fueron limitadas a la edad y padecimiento específicos. El formato creado para la recolección de datos fue sometido a una revisión por los asesores de la investigación, para verificar su correcta estructura y la precisión de los datos requeridos para la identificación de las características clínicas asociadas a la obesidad. Los participantes no conocieron las hipótesis específicas bajo investigación.

SELECCIÓN: Se eligió una muestra representativa de la población. Se calculó el tamaño de la muestra para un estudio descriptivo, con una población finita de 228 pacientes, con un intervalo de confianza de 90%. Se consideraron sólo aquellos pacientes que acudieron a la consulta externa con índice de masa corporal mayor o igual a 30 kg/m². Se evaluó cuidadosamente la selección de los participantes para el estudio de acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación.

MEDICIÓN: Capacitación integral para la realización de las mediciones antropométricas. Uso de instrumentos convenientemente calibrados como báscula y estadiómetro. Las encuestas las realizó un solo aplicador. Se aplicó el cuestionario EEP-14 y un formato para recolección de datos del paciente de forma individual. Se aplicó en pacientes con obesidad, que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ / UMF No. 8. Durante la aplicación del cuestionario, es importante recordar que las respuestas no requerían ayuda. Se les informó a los pacientes que debían contestar las 14 preguntas del cuestionario sin excepción. El investigador no debía discutir ninguna pregunta con los pacientes. Se evaluaron las respuestas de cada paciente y se observó el grado de estrés, además del perfil del paciente como edad, sexo, religión, escolaridad, estado civil y ocupación.

ANALISIS: Se registró y analizó cada dato correctamente. Para minimizar errores en el proceso de captura de información se verificaron los datos recabados, se empleó un programa de captura validado. Se llevó a cabo a través del programa operativo SPSS 20. No se manipularon los resultados con la intención de lograr objetivos de conclusiones.



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8

“DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

COORDINACION CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

TESIS

NIVEL DE ESTRÉS EN PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD DEL HGZ / UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

2015-2016

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

Elaboró: Olivia Velasco Ojeda

2016-2017

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

Elaboró: Olivia Velasco Ojeda

RECURSOS

HUMANOS

- Para la realización de este proyecto se contó con el asesoramiento de tres investigadores: Dr. Manuel Millán Hernández, Médico Familiar, Dr. Gilberto Espinosa Anrubio, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud y Dr. Eduardo Vilchis Chaparro, Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar, así como con un médico residente de Medicina Familiar que estuvo a cargo de la investigación, recolección y procesamiento de la información.

FÍSICOS

- Instalaciones de la sala de espera de la consulta de Medicina Familiar del HGZ/UMF N° 8. "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

MATERIALES

- Cuestionarios: EEP-14 y hoja de datos.
- Báscula y estadiómetro.
- Consentimiento informado.
- Lápiz.
- Computadora portátil donde se recabaran los datos.
- Programa SPSS 20, Microsoft Office (Excel y Word)
- Impresora.

FINANCIEROS

- Todos los gastos que se derivaron de esta investigación corrieron por cuenta del residente de Medicina Familiar que lo llevó a cabo.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Declaración de Helsinki

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobre los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

Párrafo 25: La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria.

Ley General de Salud

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

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

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

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

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

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

Se solicitó el consentimiento verbal y por escrito del paciente en el HGZ/UMF No. 8, manejándose toda la información de manera confidencial y con fines de investigación. El consentimiento informado se encuentra en anexos (Ver anexo 3)

RESULTADOS

Se estudió un total de 228 pacientes con obesidad de la consulta externa del HGZ/UMF N° 8. La media de edad fue 52.28 años, mediana de 54 años y moda de 55 años. Así como una desviación estándar de 15.03 años, con un valor mínimo de 20 años y un valor máximo de 81 años.

En la sección de rango de edad se encontró 52 (22.8%) de 20-39 años, 94 (41.2%) de 40-59 años y 82 (36%) de 60 o más años. (Ver tabla y gráfico 1)

En el apartado de sexo se observó 176 (77.6%) del sexo femenino y 52 (22.8%) del sexo masculino. (Ver tabla y gráfico 2)

En el rubro de ocupación se halló que 126 (55.3%) eran empleados y 102 (44.7%) eran desempleados. (Ver tabla y gráfico 3)

En lo referente a la religión se obtuvo 221 (96.9%) creyentes y 7 (3.1%) no creyentes. (Ver tabla y gráfico 4)

En el bloque de Estado civil se pudo observar que 64 (28.1%) eran solteros, 152 (66.7%) casados y 12 (5.3%) con otro estado civil. (Ver tabla y gráfico 5)

En cuanto a la escolaridad se analizó lo siguiente; 2 (9%) analfabetas, 44 (19.3%) con primaria, 53 (23.2%) con secundaria, 67 (29.4%) con bachillerato y 62 (27.3%) licenciatura o más. (Ver tabla y gráfico 6)

Con base a los años de obesidad se halló una media de 16.32, mínimo 1, máximo 50, desviación estándar 10.54.

En lo concerniente a rango de los años de obesidad se encontró 57 (25%) menos de 10 años, 67 (29.4%) de 10 a 19 años y 104 (45.6%) de 20 años o más. (Ver tabla y gráfico 7)

En el rubro de grado de obesidad se observó 137 (60.1%) Grado I, 68 (29.8%) Grado II 23 (10.1%) de Grado III. (Ver tabla y gráfico 8)

En relación a enfermedad crónica se encontró 91 (39.9%) ninguna enfermedad, 13 (5.7%) DM2, 52 (22.8%) HAS, 40 (17.5%) DM2/HAS, 3 (1.3%) Trastorno de lípidos, 6 (2.6%) Síndrome metabólico y 23 (10.1%) otras enfermedades. (Ver tabla y gráfico 9)

Al respecto del nivel de estrés se encontró; 70 (30.7%) no estrés, 91 (39.9%) con estrés leve, 42 (18.4%) con estrés moderado, 25 (11%) con estrés severo. (Ver tabla y gráfico 10)

En el bloque de edad en rangos y nivel de estrés, se observó, en el rango de 20 a 39 años, 8 (3.5%) no estrés, 24 (10.5%) estrés leve, 15 (6.6%) estrés moderado, 5 (2.2%) estrés severo. En el rango de 40 a 59 años 30 (13.2%) no estrés, 37 (16.2%) estrés leve, 17 (7.4%) estrés moderado, 10 (4.4%) estrés severo. En el rango de 60 a 81 años de edad 32 (14%) no estrés, 30 (13.2%) estrés leve, 10 (4.4%) estrés moderado y 10 (4.4%) estrés severo. (Ver tabla y gráfico 11)

En la relación de sexo y nivel de estrés, se observó, en el sexo femenino 51 (22.4%) no estrés, 67 (29.4%) estrés leve, 38 (16.6%) estrés moderado y 20 (8.8%) estrés severo. En el sexo masculino 19 (8.3%) no estrés, 24 (10.5%) estrés leve, 4 (1.8%) estrés moderado, 5 (2.2%) estrés severo. (Ver tabla y gráfico 12)

En lo referente a ocupación y nivel de estrés, se encontró, en empleados 33 (14.5%) no estrés, 55 (24.1%) estrés leve, 26 (11.4%) estrés moderado, 12 (5.3%) estrés severo. En desempleados 37 (16.2) no estrés, 36 (15.8%) estrés leve, 16 (7%) estrés moderado, 13 (5.7%) estrés severo. (Ver tabla y gráfico 13)

De acuerdo a la religión y nivel de estrés; se observó, en creyentes, 67 (29.4%) no estrés, 89 (39%) estrés leve, 41 (18%) estrés moderado, 24 (10.6%) estrés severo. En no creyentes, 3 (1.4%) no estrés, 2 (0.8%) estrés leve, 1 (0.4%) estrés moderado, 1 (0.4%) estrés severo. (Ver tabla y gráfico 14)

En lo concerniente a estado civil y nivel de estrés; se obtuvo, en cuando a solteros 18 (7.9%) no estrés, 28 (12.3%) estrés leve, 12 (5.3%) estrés moderado, 6 (2.6%) estrés severo. En casados, 46 (20.2%) no estrés, 62 (27.2%) estrés leve, 30 (13.2%) estrés moderado, 14 (6.1%) estrés severo. y en otro estado civil, 6 (2.6%) no estrés, 1 (0.4%) estrés leve, 5 (2.2%) estrés severo. (Ver tabla y gráfico 15)

En cuanto a la escolaridad y nivel de estrés; se analizó que en analfabetas, 1 (0.4%) con estrés moderado y 1 (0.4%) estrés severo. Con escolaridad primaria, 12 (5.3%) no estrés, 15 (6.6%) estrés leve, 9 (3.9%) estrés moderado y 8 (3.5%) estrés severo. En escolaridad secundaria, 16 (7%) no estrés, 23 (10.1%) estrés leve, 8 (3.5%) estrés moderado y 6 (2.6%) estrés severo. En escolaridad bachillerato, 22(9.6%) no estrés, 25 (11%) estrés leve, 14 (6.2%) estrés moderado y 6 (2.6%) estrés severo y finalmente en escolaridad licenciatura o más, 20 (8.8%) no estrés, 28 (12.2%) estrés leve, 10 (4.4%) estrés moderado y 4 (1.9%) estrés severo. (Ver tabla y gráfico 16)

Por otra parte en cuanto a los años de obesidad y nivel de estrés; se observó, para menos de 10 años, 9 (3.9%) no tienen estrés, 26 (11.4%) con estrés leve, 17 (7.5%) con estrés moderado, y 5 (2.2%) con estrés severo. Para 10 a 19 años, 22 (9.7%) no tienen estrés, 33 (14.5%) con estrés leve, 10 (4.4%) con estrés moderado y 2 (0.8%) con estrés severo. y finalmente de 20 años o más de evolución, 39 (17.1%) no tienen estrés, 32 (14%) con estrés leve, 15 (6.6%) con estrés moderado, 18 (7.9%) con estrés severo. (Ver tabla y gráfico 17)

En la relación de grado de obesidad y nivel de estrés se halló; en grado I 47 (20.6%) no estrés, 53 (23.1%) estrés leve, 20 (8.8%) estrés moderado y 17 (7.5%) estrés severo. en grado II 16 (7%) no estrés, 25 (11%) estrés leve, 20 (8.8%) estrés moderado y 7 (3.1%) estrés severo. y para grado III 7 (3.1%) no estrés, 13 (5.8%) estrés leve, 2 (0.8%) estrés moderado y 1 (0.4%) estrés severo. (Ver tabla y gráfico 18)

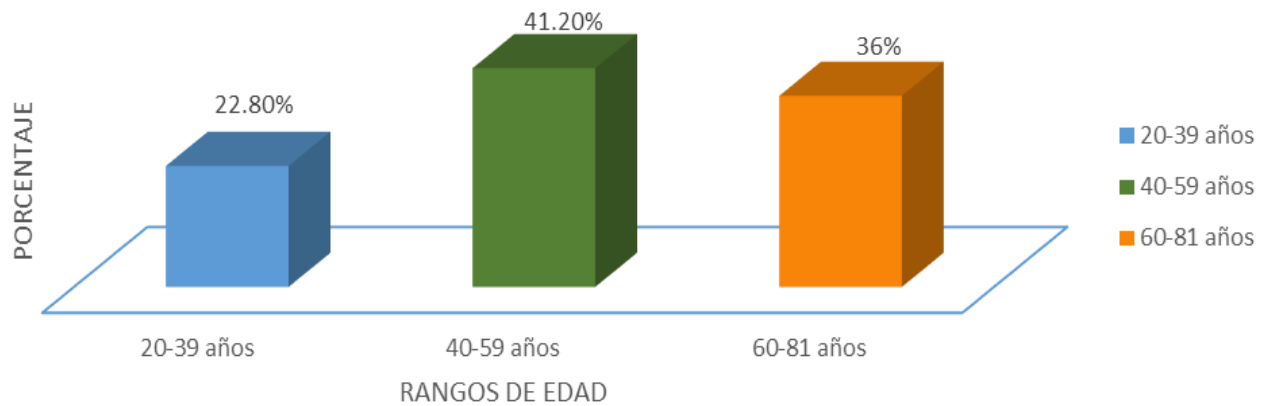
Finalmente en el apartado de enfermedad crónica y nivel de estrés se encontró; con DM2 5 (2.2%) no estrés, 6 (2.6%) estrés leve y 2 (0.8%) estrés severo. con HAS 10 (4.4%) no estrés, 24 (10.7%) estrés leve, 9 (3.9%) estrés moderado y 9 (3.9%) estrés severo. con DM2/HAS 15 (6.6%) no estrés, 10 (4.4%) estrés leve, 11 (4.8%) estrés moderado y 4 (1.8%) estrés severo. Con trastorno de lípidos 2 (0.8%) estrés leve y 1 (0.4%) estrés moderado. Para síndrome metabólico 4 (1.8%) no estrés, 1 (0.4%) estrés leve y 1 (0.4%) estrés severo. En otras enfermedades 6 (2.6%) no estrés, 10 (4.4%) estrés leve, 6 (2.6%) estrés moderado y 1 (0.4%) estrés severo. y para aquellos sin ninguna enfermedad 30 (13.3%) no estrés, 38 (16.7%) estrés leve, 15 (6.6%) estrés moderado y 8 (3.5%) estrés severo. (Ver tabla y gráfico 19)

TABLA 1. Rangos de edad de pacientes con obesidad del HGZ / UMF N° 8 IMSS

Edad	Frecuencia	Porcentaje (%)
20-39 años	52	22.8
40-59 años	94	41.2
60 o 81 años	82	36
Total	228	100

Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

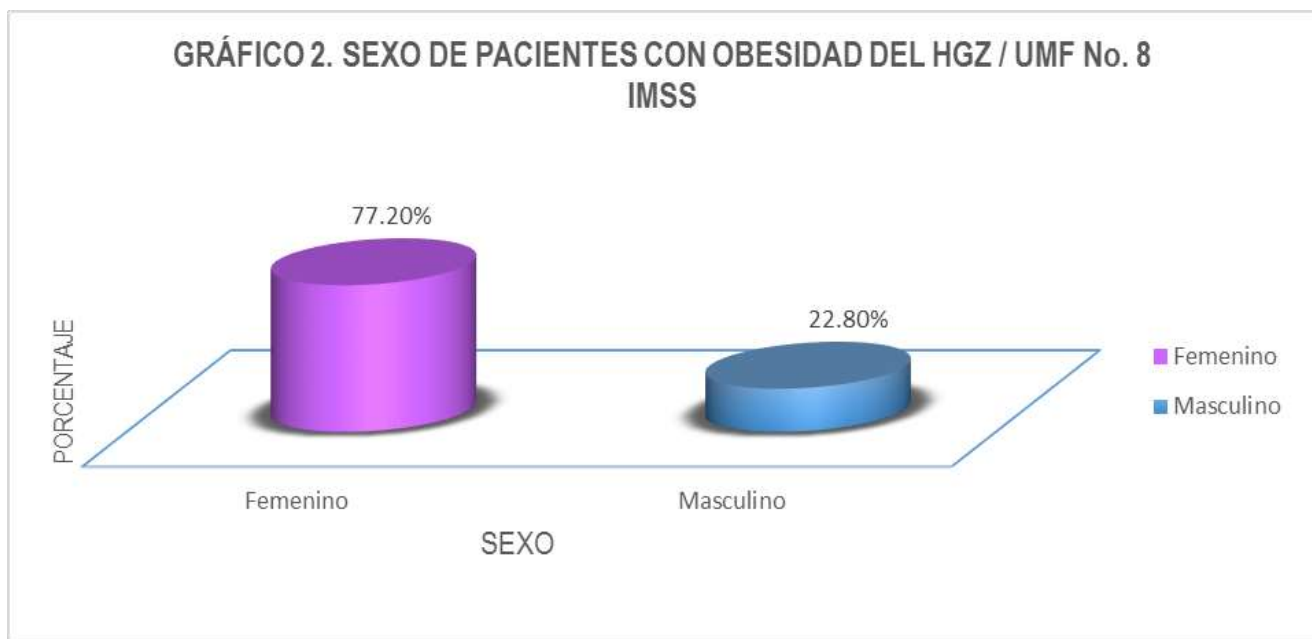
GRÁFICO 1. RANGOS DE EDAD DE PACIENTES CON OBESIDAD DEL HGZ / UMF No. 8 IMSS



Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

TABLA 2. Sexo de pacientes con obesidad del HGZ / UMF No. 8 IMSS		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	176	77.2
Masculino	52	22.8
Total	228	100

Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

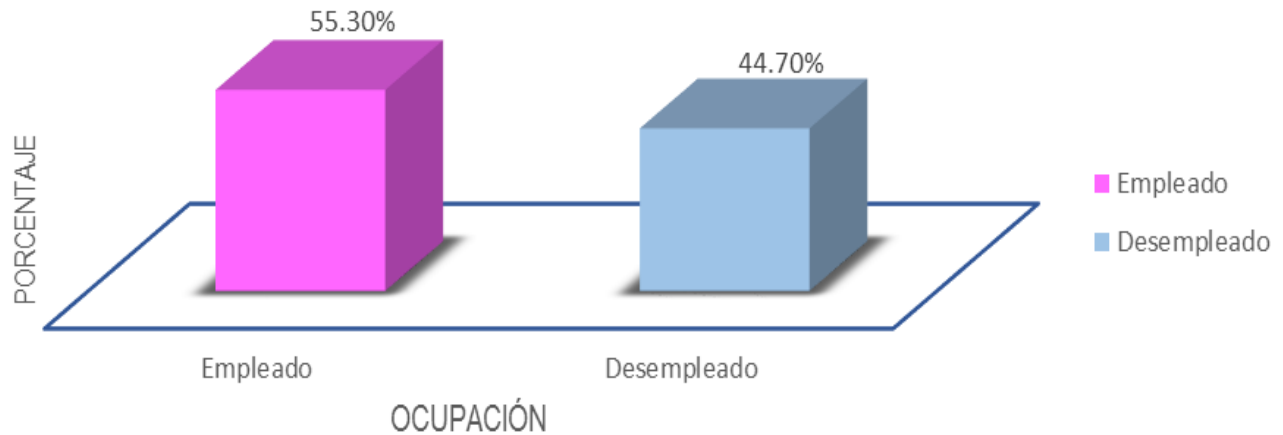


Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

TABLA 3. Ocupación de pacientes con obesidad del HGZ / UMF No. 8 IMS		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	126	55.3
Desempleado	102	44.7
Total	228	100

Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

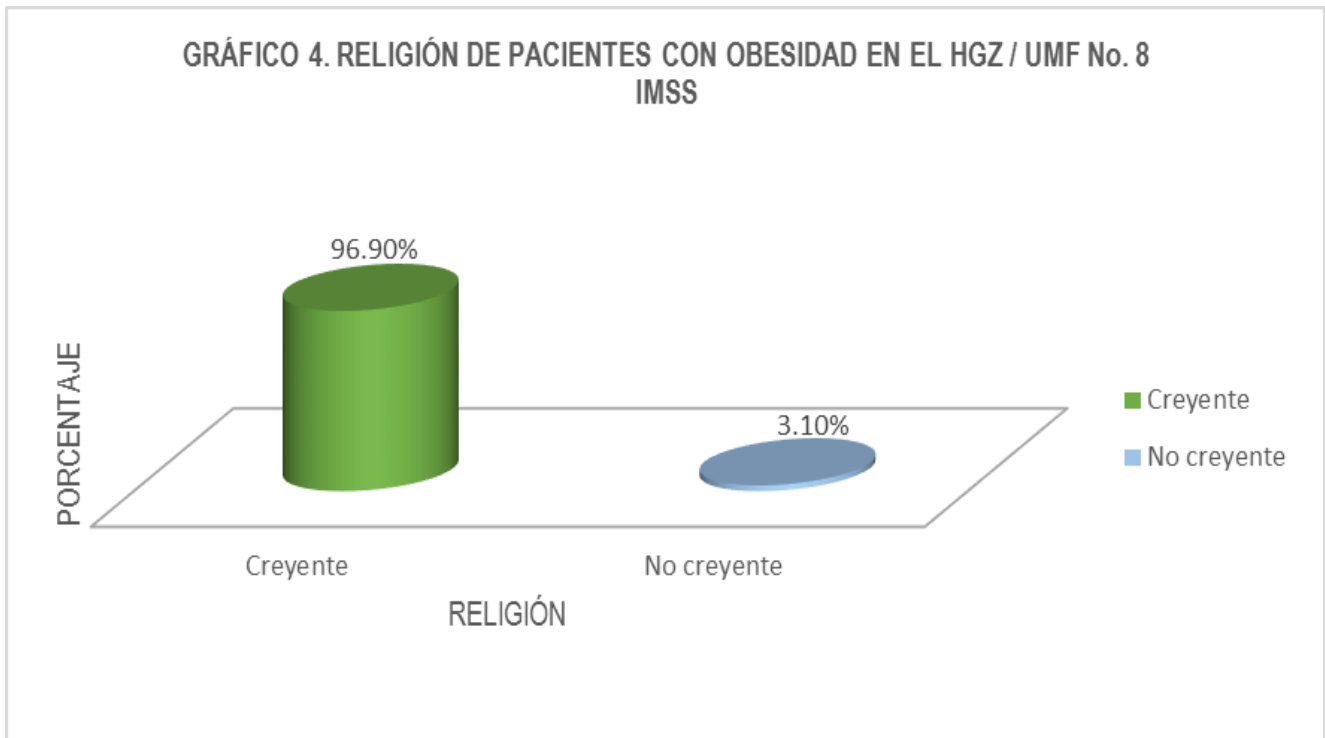
GRÁFICO 3. OCUPACIÓN DE PACIENTES CON OBESIDAD DEL HGZ / UMF No. 8 IMSS



Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

TABLA 4. Religión de pacientes con obesidad del HGZ / UMF No. 8 IMSS		
Religión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Creyente	221	96.9
No creyente	7	3.1
Total	228	100

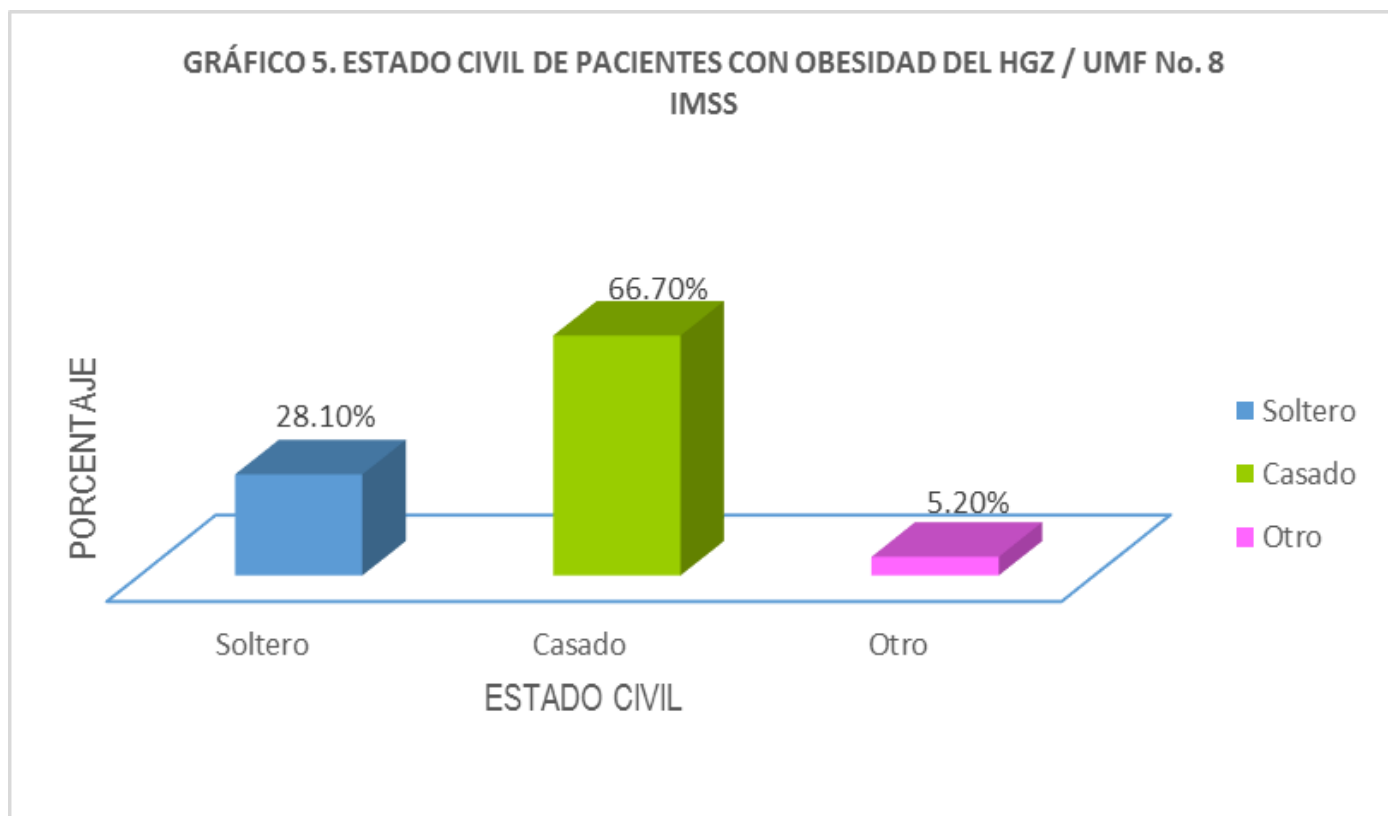
Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.



Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	64	28.1
Casado	152	66.7
Otro	12	5.2
Total	228	100

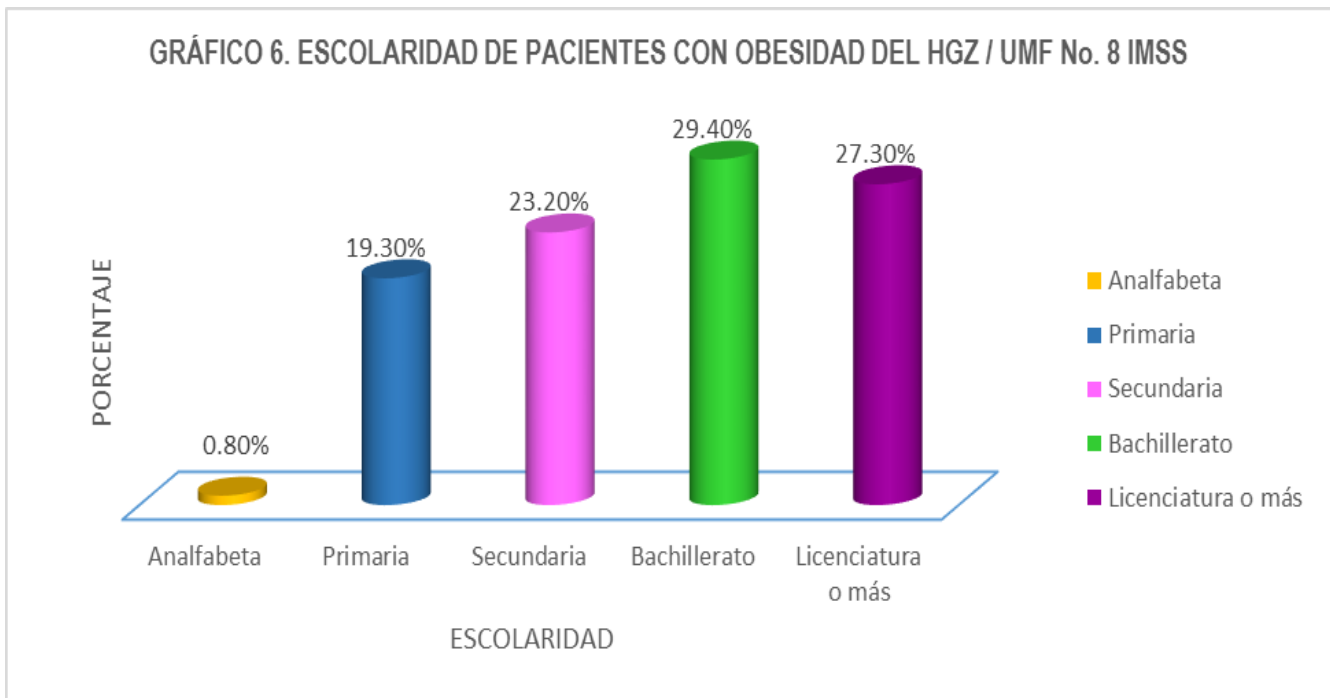
Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.



Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017

TABLA 6. Escolaridad de pacientes con obesidad del HGZ / UMF No. 8 IMSS		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Analfabeta	2	0.8
Primaria	44	19.3
Secundaria	53	23.2
Bachillerato	67	29.4
Licenciatura o más	62	27.3
Total	228	100

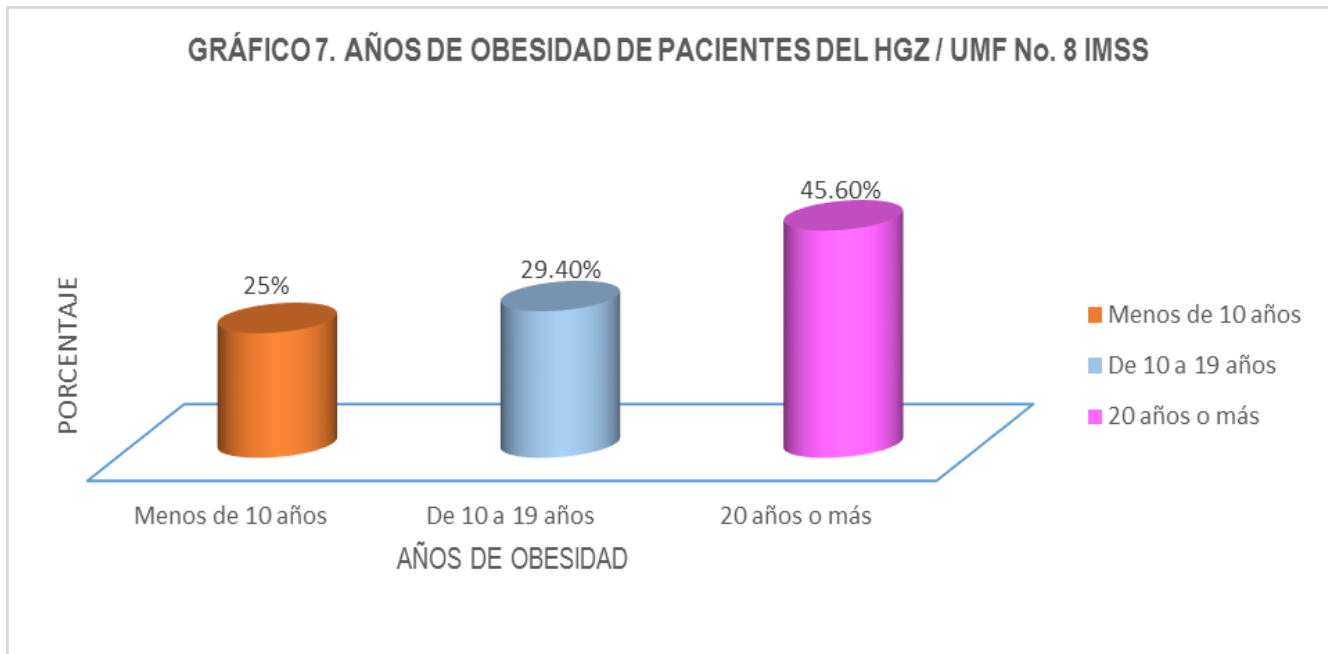
Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.



Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

TABLA 7. Años de obesidad de pacientes del HGZ / UMF No. 8 IMSS		
Años de obesidad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Menos de 10 años	57	25
De 10 a 19 años	67	29.4
20 años o más	104	45.6
Total	228	100

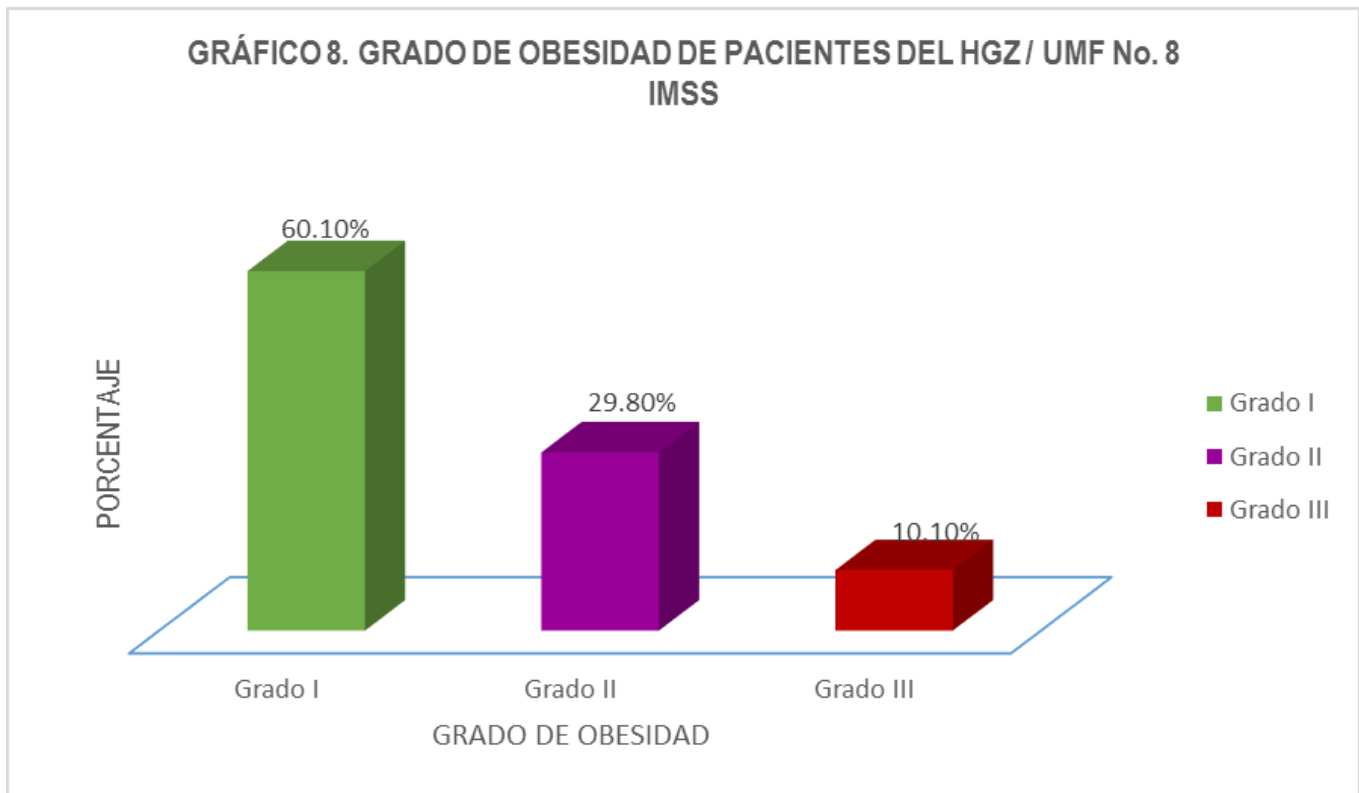
Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.



Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017

TABLA 8. Grado de obesidad de pacientes del HGZ / UMF No. 8 IMSS		
Grado de obesidad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Grado I	137	60.1
Grado II	68	29.8
Grado III	23	10.1
Total	228	100

Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

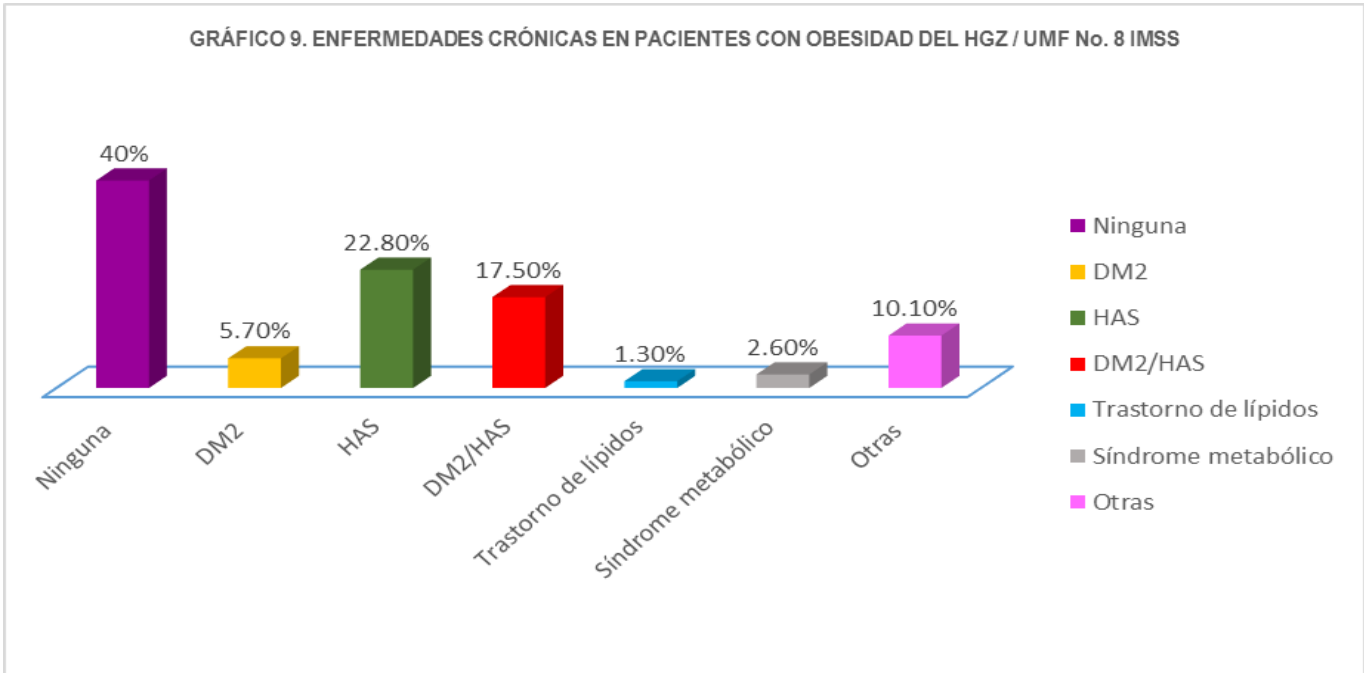


Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017

TABLA 9. Enfermedades crónicas de pacientes con obesidad del HGZ / UMF No. 8 IMSS

Enfermedad crónica	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ninguna	91	40
DM2	13	5.7
HAS	52	22.8
DM2/HAS	40	17.5
Trastorno de lípidos	3	1.3
Síndrome Metabólico	6	2.6
Otras	23	10.1
Total	228	100

Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2017.



Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2017.

TABLA 10. Nivel de estrés de pacientes con obesidad del HGZ / UMF No. 8 IMSS

Nivel de estrés	Frecuencia	Porcentaje (%)
No estrés	70	30.7
Estrés leve	91	39.9
Estrés moderado	42	18.4
Estrés severo	25	11
Total	228	100

Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.



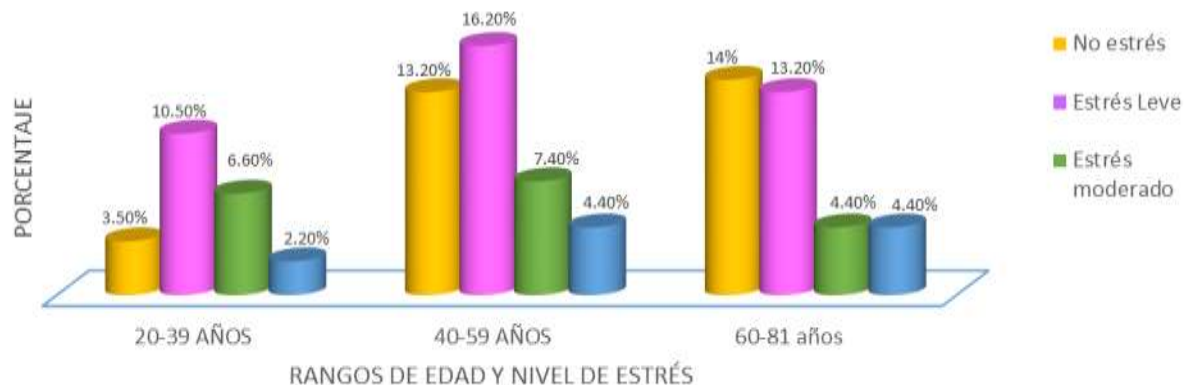
Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

TABLA 11. Edad en rangos y nivel de estrés de pacientes del HGZ / UMF No. 8 IMSS

Edad	No estrés		Estrés Leve		Estrés moderado		Estrés severo		Total	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
20-39 años	8	3.5	24	10.5	15	6.6	5	2.2	52	22.8
40-59 años	30	13.2	37	16.2	17	7.4	10	4.4	94	41.2
60-81 años	32	14	30	13.2	10	4.4	10	4.4	82	36
Total	70	30.7	91	39.9	42	18.4	25	11	228	100

Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

GRÁFICO 11. EDAD EN RANGOS Y NIVEL DE ESTRÉS EN PACIENTES CON OBESIDAD DEL HGZ / UMF No. 8 IMSS



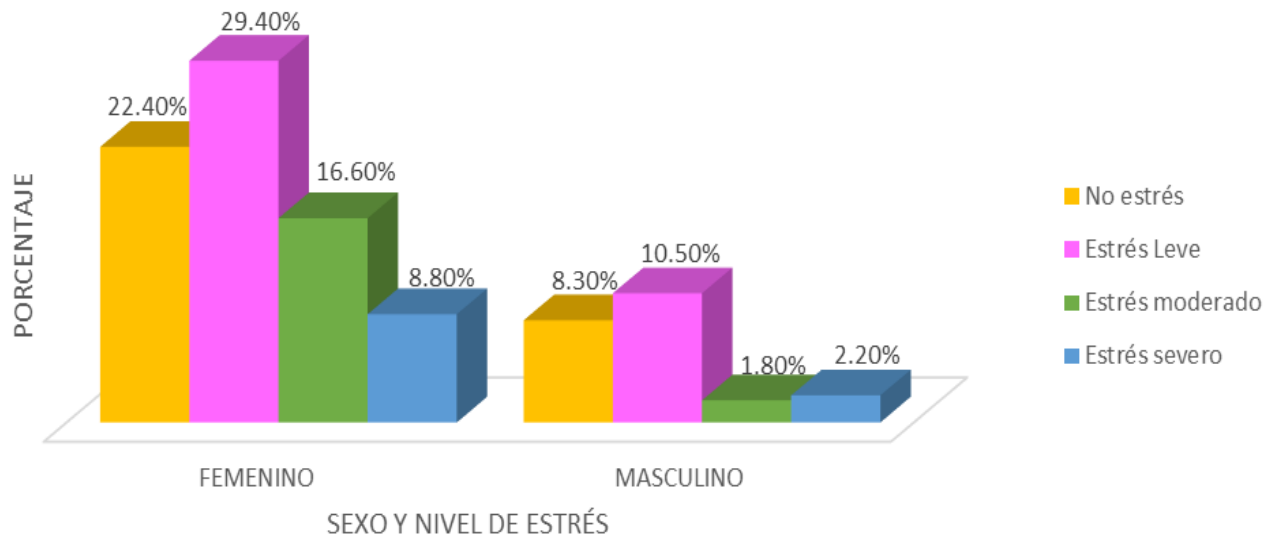
Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

TABLA 12. Sexo y nivel de estrés de pacientes del HGZ / UMF No. 8 IMSS

Sexo	No estrés		Estrés Leve		Estrés moderado		Estrés severo		Total	
	Frec..	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Femenino	51	22.4	67	29.4	38	16.6	20	8.8	176	77.2
Masculino	19	8.3	24	10.5	4	1.8	5	2.2	52	22.8
Total	70	30.7	91	39.9	42	18.4	25	11	228	100

Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

GRÁFICO 12. SEXO Y NIVEL DE ESTRÉS EN PACIENTES CON OBESIDAD DEL HGZ / UMF No. 8 IMSS



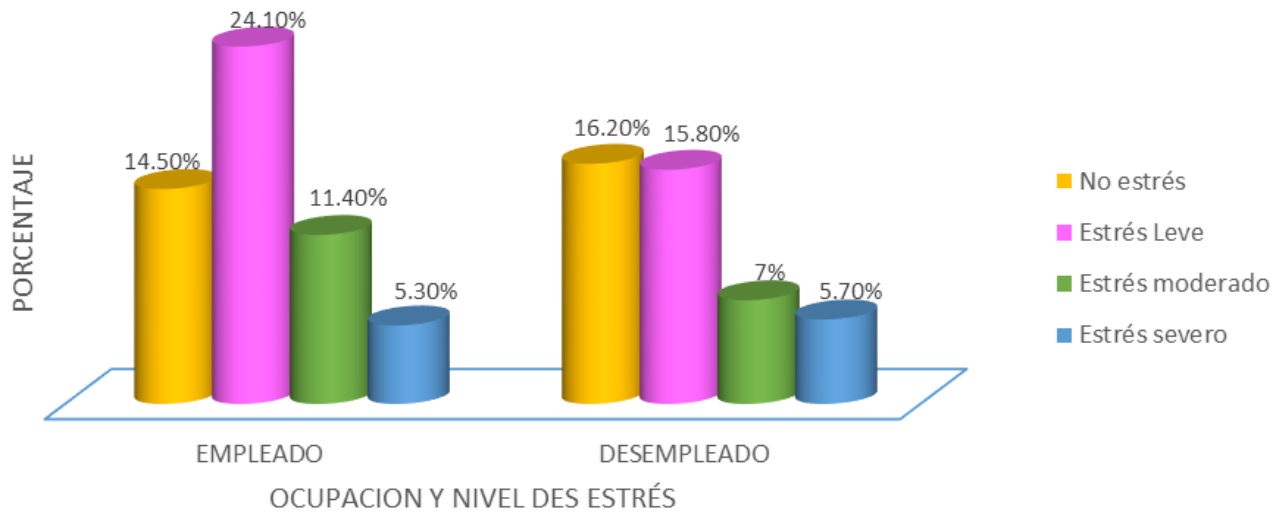
Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

TABLA 13. Ocupación y nivel de estrés de pacientes con obesidad del HGZ / UMF No. 8 IMSS

Ocupación	No estrés		Estrés Leve		Estrés moderado		Estrés severo		Total	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Empleado	33	14.5	55	24.1	26	11.4	12	5.3	126	55.3
Desempleado	37	16.2	36	15.8	16	7	13	5.7	102	44.7
Total	70	30.7	91	39.9	42	18.4	25	11	228	100

Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

GRÁFICO 13. OCUPACION Y NIVEL DE ESTRÉS DE PACIENTES CON OBESIDAD DEL HGZ / UMF No. 8 IMSS



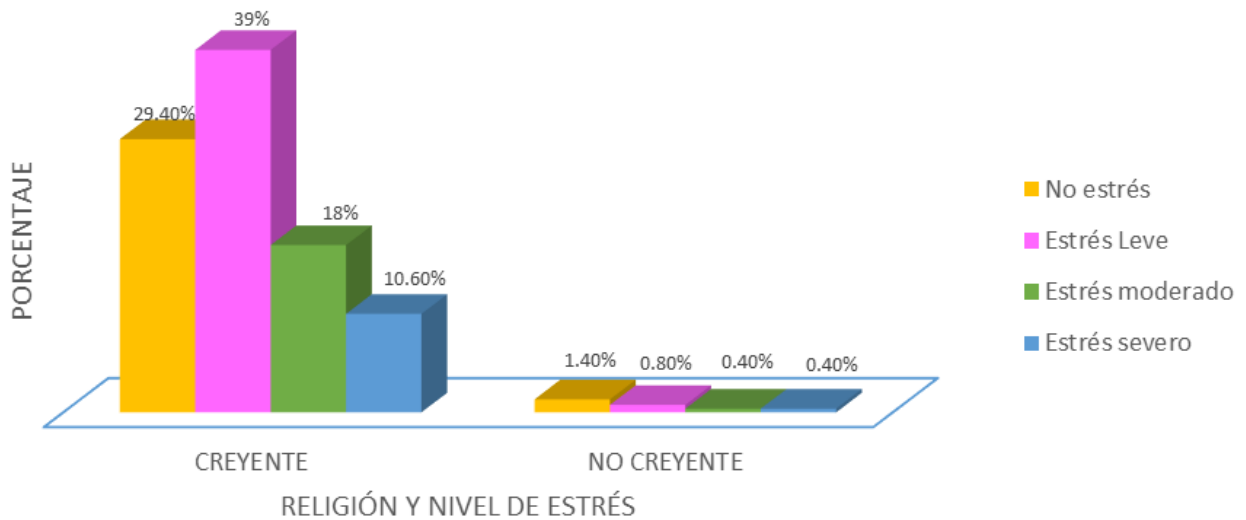
Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

TABLA 14. Religión y nivel de estrés de pacientes con obesidad del HGZ / UMF No. 8 IMSS

Religión	No estrés		Estrés Leve		Estrés moderado		Estrés severo		Total	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Creyente	67	29.4	89	39	41	18	24	10.6	221	97
No creyente	3	1.4	2	0.8	1	0.4	1	0.4	7	3
Total	70	30.8	91	39.8	42	18.4	25	11	228	100

Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

GRÁFICO 14. RELIGIÓN Y NIVEL DE ESTRÉS EN PACIENTES CON OBESIDAD DEL HGZ / UMF No. 8 IMSS



Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

TABLA 15. Estado civil y nivel de estrés de pacientes con obesidad del HGZ / UMF No. 8 IMSS

Estado civil	No estrés		Estrés Leve		Estrés moderado		Estrés severo		Total	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Soltero	18	7.9	28	12.3	12	5.3	6	2.6	64	28.1
Casado	46	20.2	62	27.2	30	13.2	14	6.1	152	66.7
Otro	6	2.6	1	0.4	0	0	5	2.2	12	5.2
Total	70	30.7	91	39.9	42	18.4	25	11	228	100

Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

GRÁFICO 15. ESTADO CIVIL Y NIVEL DE ESTRÉS EN PACIENTES CON OBESIDAD DEL HGZ / UMF No. 8 IMSS



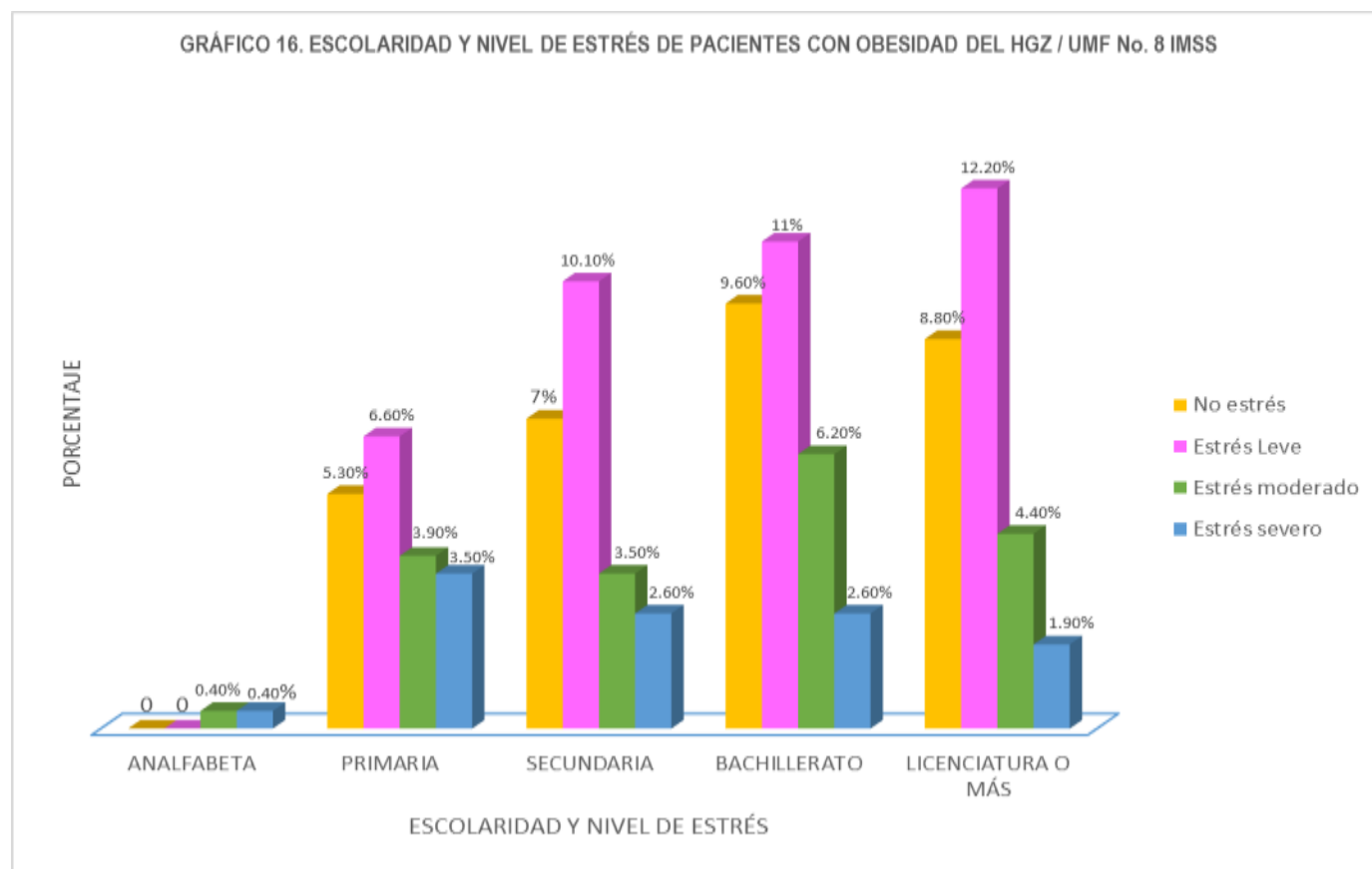
Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

TABLA 16. Escolaridad y nivel de estrés de pacientes con obesidad del HGZ / UMF No. 8 IMSS

Escolaridad	No estrés		Estrés Leve		Estrés moderado		Estrés severo		Total	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Analfabeta	0	0	0	0	1	0.4	1	0.4	2	0.8
Primaria	12	5.3	15	6.6	9	3.9	8	3.5	44	19.3
Secundaria	16	7	23	10.1	8	3.5	6	2.6	53	23.2
Bachillerato	22	9.6	25	11	14	6.2	6	2.6	67	29.4
Lic. o más	20	8.8	28	12.2	10	4.4	4	1.9	62	27.3
Total	70	30.7	91	39.9	42	18.4	25	11	228	100

Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

GRÁFICO 16. ESCOLARIDAD Y NIVEL DE ESTRÉS DE PACIENTES CON OBESIDAD DEL HGZ / UMF No. 8 IMSS



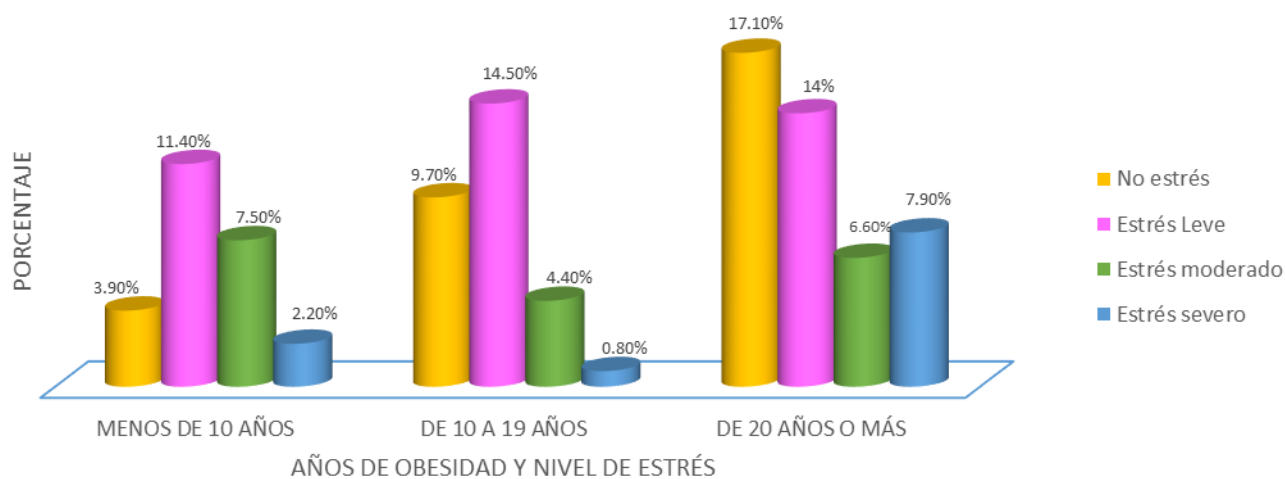
Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

TABLA 17. Años de obesidad y nivel de estrés de pacientes con obesidad del HGZ / UMF No. 8 IMSS

Años de obesidad	No estrés		Estrés Leve		Estrés moderado		Estrés severo		Total	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
<10 años	9	3.9	26	11.4	17	7.5	5	2.2	57	25
10 a19 años	22	9.7	33	14.5	10	4.4	2	0.8	67	29.4
20 o más años	39	17.1	32	14	15	6.6	18	7.9	104	45.6
Total	70	30.7	91	39.9	42	18.5	25	11	228	100

Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2017.

GRÁFICO 17. AÑOS DE OBESIDAD Y NIVEL DE ESTRÉS DE PACIENTES DEL HGZ / UMF No. 8 IMSS



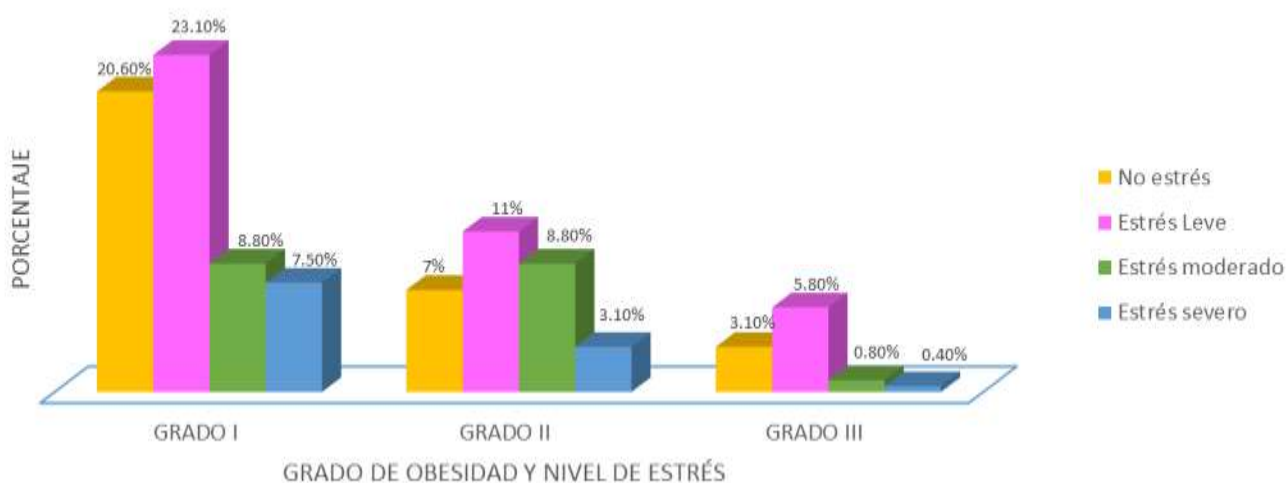
Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo”, 2017.

TABLA 18. Grado de obesidad y nivel de estrés en pacientes del HGZ / UMF No. 8 IMSS

Grado de obesidad	No estrés		Estrés Leve		Estrés moderado		Estrés severo		Total	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
Grado I	47	20.6	53	23.1	20	8.8	17	7.5	137	60
Grado II	16	7	25	11	20	8.8	7	3.1	68	29.9
Grado III	7	3.1	13	5.8	2	0.8	1	0.4	23	10.1
Total	70	30.7	91	39.9	42	18.4	25	11	228	100

Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

GRÁFICO 18. GRADO DE OBESIDAD Y NIVEL DE ESTRÉS DE PACIENTES DEL HGZ / UMF No. 8 IMSS



Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

TABLA 19. Enfermedad crónica y nivel de estrés en pacientes con obesidad del HGZ / UMF N° 8 IMSS

Enfermedad crónica	No estrés		Estrés Leve		Estrés moderado		Estrés severo		Total	
	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)	Frec.	(%)
DM2	5	2.2	6	2.6	0	0	2	0.8	13	5.6
HAS	10	4.4	24	10.7	9	3.9	9	3.9	52	22.9
DM2/HAS	15	6.6	10	4.4	11	4.8	4	1.8	40	17.6
Trastorno de lípidos	0	0	2	0.8	1	0.4	0	0	3	1.2
Síndrome metabólico	4	1.8	1	0.4	0	0	1	0.4	6	2.6
Otras	6	2.6	10	4.4	6	2.6	1	0.4	23	10
Ninguna	30	13.3	38	16.7	15	6.6	8	3.5	91	40.1
Total	70	30.9	91	40	42	18.3	25	10.8	228	100

Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

GRÁFICO 19. ENFERMEDAD CRÓNICA Y NIVEL DE ESTRÉS DE PACIENTES DEL HGZ / UMF No. 8 IMSS



Fuente: n:228 Velasco-O O, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Millán-Hernández M. Nivel de estrés en pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", 2017.

DISCUSIONES

En el estudio realizado por Zambrano-Plata y cols., “Factores de riesgo relacionados con la frecuencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes” en Colombia (2015), encontraron que el estrés se presentó en un 43% de los pacientes con obesidad mientras que nosotros encontramos que el 69.3% tiene algún grado de estrés. Estas diferencias pueden ser debidas a que ellos estudiaron pacientes jóvenes contrario a nuestra población. Además siendo la ciudad de México una gran urbe, generadora de estrés por las diferentes variables que en ella existen y las características culturales de cada región.

Dentro del estudio elaborado por Sánchez-Cruz y cols., “Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2” en Yucatán, México (2016), encontraron que el 65% de los pacientes con diabetes tipo 2 fueron detectados con estrés, en nuestro estudio de los pacientes con Diabetes tipo 2, 62% tenían algún grado de estrés, siendo similares los estudios, esto debido a que una de las fuentes de estrés más relevantes es la misma enfermedad, en el entorno social del individuo el hecho de verse o sentirse enfermo, puede hacerle considerarse diferente a los demás y tener que luchar con la falta de conocimiento y de las ideas equívocas que la población tiene sobre la diabetes.

Hernández Zamora y cols., en su estudio “Estrés en Personas Mayores y Estudiantes Universitarios: Un Estudio Comparativo”, en la ciudad de México (2010), determinaron que tienen un nivel más bajo de estrés las personas mayores comparadas con los estudiantes, encontrando nivel de estrés bajo en los estudiantes en 37%, mientras que los adultos presentaban estrés bajo 72.5%, en nuestro estudio el nivel de estrés bajo en las personas más jóvenes se presentó en 61% y en los pacientes de 60 a 81 años el estrés bajo 75%, en ambos estudios el resto de pacientes presentaban niveles más altos de estrés. Comparando los dos estudios podemos observar que aunque los porcentajes no coincidan los pacientes de edad avanzada manejan niveles de estrés más bajos comparados con los jóvenes. Esto se debe a que los pacientes jóvenes están inmersos en ambientes en donde es posible que tengan mayor presión como lo es el ambiente escolar y laboral. La vejez puede ser una época de ganancias gracias a todas las habilidades y capacidades adquiridas a lo largo de la vida que precisamente contribuyen a enfrentar las pérdidas que se sufren, en especial en el último ciclo vital, que pudieran ser generadoras de estrés.

Con lo que respecta a lo reportado por Maruris Reducindo y cols., “Niveles de estrés en una población del sur de México”, Guerrero, México (2011), encontraron que las mujeres presentaban mayor nivel de estrés que los hombres, coincidiendo con nuestro estudio en donde pudimos observar que el mayor porcentaje de estrés se presentaba en las mujeres que en los hombres, 54.8% y 14.5% respectivamente, esto se debe a las diferencias sociales entre los roles que desempeñan hombres y mujeres, formando así los estereotipos que determinan su comportamiento. Es importante mencionar que existen fuentes de estrés a las que las mujeres están expuestas como el ámbito familiar, por los roles que desempeñan, y en cuanto al ámbito laboral en ocasiones se enfrentan a prejuicios sexistas que no le permiten su desarrollo, y los hombres aunque se enfrentan a situaciones estresantes, cuentan con diversos recursos, tanto culturales como ideológicos para afrontar esta situación.

En cuanto a lo reportado por Arias González y cols., en su estudio “Control glucémico, autocuidado y estrés en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 residentes de Monterrey, México” (2015), las mujeres tuvieron el porcentaje más alto de obesidad (69,8%). En nuestro estudio encontramos que el 77.2% son del sexo femenino, siendo diferentes los resultados, sin embargo coinciden en cuanto al predominio de la obesidad en las mujeres, esto puede justificarse debido a que las mujeres son las que más acude a recibir atención médica en comparación con los hombres, además de la vida sedentaria que se tiene en estas dos ciudades. Este aumento de obesidad en las mujeres puede deberse a que los hombres tienen una mayor capacidad para depositar masa magra que tejido graso, y las mujeres a menudo se desenvuelven también en un entorno doméstico, con acceso constante a los alimentos, que propicia a un consumo recurrente, por consiguiente a una ganancia mayor de peso.

En un estudio realizado por Gomis y cols., “Frecuencia de diabetes mellitus tipo 2 en pacientes ambulatorios con sobrepeso u obesidad en España. Estudio OBEDIA”, (2014), encontraron una frecuencia de DM2 circunscrito a los pacientes obesos en el 34.8%, en nuestro estudio la frecuencia de DM2 se encontró en 23.2%. Estas discrepancias entre países sugieren que dicho comportamiento puede ser debido más a desigualdades en el estilo de vida, así como a las diferencias orgánicas o fisiológicas en ambas poblaciones. Además a la inversión en salud para el diagnóstico temprano de enfermedades crónico degenerativos que existe en países europeos.

Por otro lado, en el estudio de Williams Vaillant y cols., “Caracterización de la obesidad en tres consultorios médicos del Policlínico Ramón López Peña, Santiago de Cuba” (2011), encontraron que en su grupo de estudio de pacientes obesos predominó el grupo etario de 45 a 59 años con 40.4%, similar a nuestro estudio en donde el grupo predominante fue de rango de edad de 40 a 59 años con un 41.2%, esta similitud puede deberse al desajuste nutricional, cambios en la composición corporal, y la poca actividad física en este grupo de pacientes. Aunado a las comorbilidades que en ellos se presentan.

En la investigación de Giraldo Villa y cols., “Factores relacionados con la pérdida de peso en una cohorte de pacientes obesos sometidos a bypass gástrico”, Colombia (2013), hallaron en su grupo de estudio 60.8% diagnóstico de hipertensión arterial y 20.6% diagnóstico de diabetes mellitus. En nuestro estudio en relación a enfermedad crónica encontramos que 40.3% eran portadores de hipertensión arterial y 23.2% con Diabetes mellitus, en cuanto a la hipertensión ambos estudios difieren, esto debido a que los pacientes que ellos estudiaron tenían obesidad mórbida, y los factores de riesgo se presentan más conforme avanza el grado de obesidad al igual que otros factores de riesgo cardiovascular. En cuanto a la similitud con la presencia de diabetes, el estudio es realizado en Colombia, siendo éste al igual que México, un país en vías de desarrollo en donde las condiciones alimentarias y sedentarias son de las mismas características.

En un estudio publicado por Molina Matute y cols., “Prevalencia y factores asociados a sobrepeso y obesidad en pacientes entre 40 y 65 años. Hospital José Carrasco Arteaga” en Ecuador (2015), encontraron que en cuanto al estado civil de los pacientes con obesidad existe un predominio de los casados con un 71.2%, en nuestro estudio encontramos que los pacientes con obesidad 66.7% eran casados, existiendo similitud en estos dos estudios, esto puede ser debido a que los malos hábitos se contagian con facilidad, las mujeres tienden a comer igual que su pareja, teniendo diferente metabolismo.

Dentro de los alcances de esta investigación se obtuvo un conocimiento sobre el nivel de estrés de los pacientes con obesidad mediante la aplicación de la Escala de Estrés Percibido, identificando que la mayoría de los pacientes que acuden a la consulta de medicina familiar del HGZ / UMF No. 8 tienen algún grado de estrés, es importante mencionar que se cuentan pocos estudios en donde se relacionen estas dos variables, por lo que al ser un instrumento con una alta confiabilidad y validez aporta información trascendental sobre el tema.

Otro de los alcances que es necesario comentar es la importancia que ha causado la obesidad como factor de riesgo para el desarrollo de diversas patologías en nuestra sociedad, por lo que al ser una condición prevenible es indispensable conocer los diferentes programas o intervenciones para prevenir y contribuir al tratamiento integral de estos pacientes. Teniendo en cuenta que ellos están a nuestro alcance al acudir a la consulta externa y siendo el primer nivel de atención el lugar ideal para intervenir.

Entre los alcances de la Escala de Estrés Percibido se pudieron obtener datos importantes en cuanto al nivel de estrés, un elemento que favorece el desarrollo y persistencia de la obesidad. Por supuesto, que además de los cambios en la alimentación y la actividad física, la solución proviene de diferentes vías, al ser una situación multifactorial. Hay que evitar que la obesidad aparezca en nuestra población, y en los casos en los que ya existe evitar que progrese, con el fin de proporcionar a nuestros pacientes una mejor calidad de vida.

Dentro de las limitaciones de nuestro estudio se puede mencionar que solo se estudiaron pacientes adultos, que asistieron a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ / UMF No. 8, sin incluir a pacientes de otras especialidades, pudiendo en posteriores investigaciones comparar pacientes tanto adultos como pediátricos y evaluar a todos pacientes tanto del HGZ como de la UMF para obtener información más completa. Así mismo, en nuestro estudio se aplicó la EEP versión completa, pudiendo en posteriores investigaciones comparar otras versiones y observar si los resultados son similares.

Otra de las limitaciones es que nuestro estudio es descriptivo y transversal, en la que se analiza un solo fenómeno, en un solo periodo de tiempo, en el que se mide simultáneamente efecto (variable dependiente) y exposición (variable independiente), limitándose únicamente a medir la frecuencia en que se presenta un fenómeno, sin poder dar seguimiento y evaluaciones posteriores acerca del comportamiento de nuestra población.

En relación a los posibles sesgos, la mayoría de nuestra población estudiada es del sexo femenino, que puede ser explicado a que la mayoría de los pacientes que acude a la consulta externa son de este género, obteniendo consecuentemente mayor nivel de estrés en las mujeres. Respecto a las comorbilidades que se presentan en la población estudiada, gran porcentaje presenta alguna otra condición crónica, teniendo en cuenta que estos padecimientos pueden condicionar también cierto nivel de estrés sumado al estrés que la misma obesidad condiciona.

Este estudio es importante en la práctica asistencial en medicina familiar ya que nos permite conocer la importancia de los factores psicológicos y sobre todo del nivel de estrés que los pacientes con obesidad poseen. Al mismo tiempo la aplicación de la EEP y la evaluación de las características sociodemográficas, permiten conocer los factores que contribuyen al desarrollo y a la persistencia de una ganancia de peso en nuestra población. Todo esto nos permite otorgar a los pacientes una atención integral, atendiendo los determinantes sociales de la salud y la contención de muchos de los factores que definen y contribuyen al desarrollo de esta enfermedad. Con el objetivo de brindar un servicio óptimo y de calidad, realizando intervenciones oportunas, directas y especializadas con el fin de educar y promover en el paciente el autocuidado y mejor conocimiento de su condición.

En el aspecto educativo nuestro estudio aporta conocimiento sobre los factores que contribuyen al desarrollo y mantenimiento de la obesidad, de tal forma que permite llevar a cabo intervenciones oportunas y especializadas para promover un estilo de vida adecuado para parar con este padecimiento que a la larga conlleva alta morbilidad y mortalidad. Debemos intervenir en la educación del paciente promoviendo la construcción de una sociedad que genere hábitos de consumo alimenticio saludables y la realización de actividad física en la población, e interviniendo en el aspecto psicológico del paciente para poder controlar los factores que condicionan estrés, proporcionando a estos pacientes un manejo integral. Otorgar talleres o crear grupos de expertos para el manejo adecuado e integral de la obesidad, capacitar al personal médico de primer nivel para su atención. Dotar al individuo de estrategias y habilidades que le permitan afrontar adecuadamente diferentes tipos de situaciones, particularmente aquellas que en un momento dado se evalúan como amenazantes o desafiantes. Así como impartir técnicas de relajación mental y muscular para contener el estrés.

En el área de investigación se espera que este estudio sirva como ejemplo para el desarrollo de nuevas investigaciones en diferentes áreas de la salud. Con el objetivo de conocer que el estrés no solo afecta a los pacientes con obesidad, si no a cualquier individuo, pudiendo conocer cómo esto puede afectar la calidad de vida y el aspecto psicológico en el que se desarrolla el individuo. Así mismo buscar otros aspectos psicológicos que intervienen en el desarrollo de la obesidad. De igual forma el instrumento EEP puede ser aplicado en otro tipo de pacientes siendo un instrumento validado en diferentes países, promoviendo su aplicación y comparación en estudios posteriores.

En el aspecto administrativo esta investigación es útil para la detección oportuna de los factores que condicionan el desarrollo y persistencia de la obesidad, con el objetivo de evitar mayores complicaciones y por lo tanto disminuir los gastos que esto significa a largo plazo, ya que el desarrollo de enfermedades crónicas degenerativas tienen mucha relación con la obesidad, siendo estas patologías las que mayor inversión requieren, tanto para el tratamiento, las hospitalizaciones y las complicaciones que conllevan. Además de que la obesidad pone en riesgo las finanzas públicas y privadas debido al incremento sustancial en gasto en servicios de salud relacionados con esta problemática, también se reduce la productividad del país por muertes prematuras y por el incremento en el número de personas enfermas.

El manejo multidisciplinario de la obesidad es importante ya que los factores psicológicos precipitan y perpetúan el consumo exagerado de alimentos y deben ser tomados en cuenta si se pretende mantener un peso, luego de haber alcanzado el ideal o deseable. El abordaje y tratamiento de las características psicológicas es de fundamental importancia, pues de lo contrario el paciente no es capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento y en general tiene mayor dificultad para bajar de peso y/o mantenerlo. Este conjunto de emociones y comportamientos que se vinculan con la sobrealimentación generalmente se presentan en combinaciones más o menos complejas y son diferentes para cada persona.

Esta investigación pretende lograr un impacto positivo en el abordaje de los pacientes con obesidad, mejorando la calidad de vida y atendiendo no solo los aspectos médicos si no también los aspectos psicológicos, atendiéndolos de forma integral, evitando así las complicaciones que a la larga se pueden presentar.

CONCLUSIONES

En el presente estudio se cumplió el objetivo de estudiar el nivel de estrés en pacientes con obesidad, del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", encontrando de acuerdo a la Escala de Estrés Percibido, que dos terceras partes de los pacientes estudiados cuenta con cierto grado de estrés, observando que el estrés es una gran condicionante para el desarrollo y mantenimiento de la obesidad. Con los resultados obtenidos en nuestro estudio, de acuerdo a las hipótesis planteadas con fines educativos, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, concluyendo que "Los pacientes adultos con obesidad del HGZ / UMF No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" tienen algún grado de estrés".

La presente investigación se llevó a cabo debido a la importancia que tiene el análisis de los factores psicológicos y emocionales que influyen en una persona con obesidad. La obesidad es un problema a nivel mundial de origen multifactorial, pero lamentablemente no todos los factores son abordados a profundidad.

De los pacientes con obesidad estudiados, dos terceras partes cuentan con cierto nivel de estrés, de los cuales el estrés leve es el predominante. Esto puede deberse a múltiples factores como la calidad de vida que se vive en grandes urbes como nuestra ciudad, por lo que es importante considerar estas condicionantes al momento de iniciar su manejo, considerándolo como un factor de riesgo para el desarrollo de otras enfermedades crónicas, motivo de consulta en el primer nivel de atención.

Observamos en nuestra investigación que el estrés leve es el que predomina en todos los rangos de edad, con predominio en el sexo femenino, teniendo los empleados mayor estrés que los desempleados, los pacientes con alguna religión mayor estrés, probablemente porque la mayoría de nuestra población estudiada practica alguna religión. Así como predominio en los casados, con escolaridad bachillerato y con obesidad grado I.

Considerando el alarmante incremento tanto en sobrepeso como en obesidad en los últimos años y secundario a esto el aumento en el riesgo a desarrollar enfermedades cardiovasculares, desórdenes metabólicos, diabetes mellitus, artrosis u otras complicaciones, debemos intervenir de forma integral en el manejo de este padecimiento. El estrés debe ser estudiado por el impacto que puede llegar a tener en cualquier etapa del desarrollo humano y por sus principales vínculos con el bienestar psicológico y la salud de las personas. La exposición a situaciones de estrés puede afectar negativamente al organismo comprometiendo significativamente su salud.

La atención al paciente con obesidad debe ser de manera exhaustiva, de tal forma que incluya tantos los aspectos médicos como los biopsicosociales, haciendo referencia a diferentes áreas, detectando oportunamente la ganancia de peso y en su caso las enfermedades acompañantes, controlar el peso, valorar la presencia de factores de riesgo cardiovascular, el sedentarismo y el tipo de alimentación.

Sin duda, resulta muy complicado establecer pautas fijas para una población en donde los hábitos de vida, las condiciones y las necesidades son muy diversos, pero el papel de médico familiar es precisamente ese, valorar los entornos familiar, social, ambiental y socioeconómico, ofreciendo una atención integral. Por lo que es necesario una capacitación adecuada del personal de salud para contribuir al control de la obesidad, con el objetivo de lograr cambios orientados a abatir todos los factores que intervienen en su desarrollo.

Para muchas personas la comida representa una válvula de escape para bajar los niveles de estrés, cuando una persona se encuentra ante situaciones que no puede controlar o afrontar la comida funge como un calmante. La comida ha cambiado su función, ya no es ingerida únicamente con fines nutricionales.

Nuestra investigación es trascendente debido al incremento de la obesidad no solo en nuestra unidad, sino en nuestro país, por lo que se convierte en un reto para el médico familiar, orientar a la población para un estilo de vida adecuado, y referir de manera oportuna a las diferentes áreas para la orientación del paciente a adquirir los mejores consejos para una alimentación adecuada, la realización de actividad física y el manejo del estrés. Sin embargo como médicos familiares debemos tener los conocimientos necesarios para poder ofrecer a nuestros pacientes la información necesaria sobre los riesgos que conlleva la ganancia de peso y la atención integral en este mismo nivel.

Este estudio puede ser base para otras investigaciones, ya que la obesidad es un gran campo de estudio, pudiendo buscar otros factores que intervienen para su desarrollo. Las propuestas a plantear son ofrecer una mejor capacitación a los médicos familiares para el manejo adecuado de este gran problema de salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rojas S, Lopera JS, Cardona J. Factores individuales, eventos vitales y variabilidad genética en la génesis de la obesidad: una aproximación al abordaje integral. *Rev. Venez. Endocrinol. Metab.* 2013;11(3):112-122.
2. Cano E, Meoño EE, Mendoza L, Pérez A, Gallardo Wong I, Barrera Cruz A. Prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. México, Secretaría de Salud. 2012;1-82.
3. Dávila TJ, González IJJ, Barrera CA. Panorama de la obesidad en México. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2015;53(2):240-249.
4. Barquera S, Camposl, Hernández L, Pedroza A, Rivera J. Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012. *Salud Pública Mex.* 2013;55(Supl 2):S151-S160.
5. Domínguez V, Huitrón GG, Mendoza AA. La reacción inflamatoria en la fisiopatogenia de la obesidad. *CIENCIA ergo. sum.* 2012;19(1):75-82.
6. Mestas L, Gordill F, Arana JM, Salvador J. Síntesis y nuevas aportaciones para el estudio de la obesidad. *Rev. Mex. Trast. Alim.* 2012;3:99-105.
7. Tsukumo DM, Carvalho BM, Carvalho-Filho MA, Saad MJA. Translational research into gut microbiota: new horizons on obesity treatment: updated 2014. *Arch. Endocrinol. Metab.* 2015;59(2):154-160.
8. Moreno M. Definición y clasificación de la obesidad. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2012;23(2):124-128.
9. Perea MA, López NM, Padrón MM, Lara CA, Santamaría AC, et al. Evaluación, diagnóstico y oportunidades de prevención de la obesidad. *Acta Pediátr. Mex.* 2014;35:316-337.
10. Barrera CA, Ávila JL, Cano PE, Molina AM, Parrilla OJ, Ramos HR, et al. Guía de práctica clínica. Prevención, diagnóstico y tratamiento de sobrepeso y la obesidad exógena. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2013;51(3):344-57.
11. Stenvinkel P. Obesity a disease with many a etiologies disguised in the same oversized phenotype: has the overeating theory failed?. *Nephrol. Dial. Transplant.* 2014;3:1-9.
12. Barquera S, Campos I, Rojas R, Rivera J. Obesidad en México: epidemiología y políticas de salud para su control y prevención. *Gaceta Médica de México.* 2010;146:397-407.
13. Arrebola E, Gómez C, Fernández C, Bermejo L, Loria V. Eficacia de un programa para el tratamiento del sobrepeso y la obesidad no mórbida en atención primaria y su influencia en la modificación de estilos de vida. *Nutr. Hosp.* 2013;28(1):137-141.
14. Álvarez V. Tratamiento farmacológico de la obesidad. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2012;23(2):173-179.
15. Portie FQ, Navarro SG, Hernández SA, Grass BJ, Domloge FJ. Tratamiento quirúrgico de la obesidad patológica. *Revista Cubana de Cirugía.* 2011;50(2):229-239.
16. Barrera A, Rodríguez A, Molina MA. Escenario actual de la obesidad en México. *Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc.* 2013;51(3):292-999.
17. Domínguez CR, Guerrero WG, Domínguez CG. Influencia del estrés en el rendimiento académico de un grupo de estudiantes universitarios. *Educación y ciencia.* 2015;4(43):31-40.

18. Pérez ND, García VJ, García GT, Ortiz VD, Centelles CM. Conocimientos sobre estrés, salud y creencias de control para la Atención Primaria de la Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. 2014;30(3):354-363.
19. Duval F, González F, Rabia H. Neurobiología del estrés. *Rev. Chil. Neuro-Psiquiat*. 2010;48(4):307-318.
20. Hill MN, Mclaughlin RJ, Pan B, Fitzgerald ML, Roberts CJ, Lee T, et al. Recruitment of Prefrontal Cortical Endocannabinoid Signaling by Glucocorticoids Contributes to Termination of the Stress Response. *J Neurosci*. 2011;31(29):10506 –10515.
21. Vallejo EO, Martínez LM, Agudelo CA. Estrés: determinante genérico del desempeño académico. *Revista de Educación y Desarrollo*. 2013;5:89-93.
22. Tamayo LD, Restrepo M. Aspectos psicológicos de la obesidad. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*. 2014;6(1):91-112.
23. Trujillo HM, Martos FJ, González JM. Adaptación al español del cuestionario Interpersonal Support Evaluation List (ISEL). *Univ. Psychol*. 2012;11(3):969-978.
24. Pedrero EJ, Olivar A. Estrés percibido en adictos a sustancias en tratamiento mediante la escala de Cohen: propiedades psicométricas y resultados de su aplicación. *An. Psicol*. 2010;26(2):302-309.
25. Campos A, Oviedo HC, Herazo E. Escala de Estrés Percibido-10: Desempeño psicométrico en estudiantes de medicina de Bucaramanga, Colombia. *Rev Fac Med*. 2014;63(3):407-413.
26. Rodríguez MA, Juárez F, Rivera JM. Correlación entre estrés, depresión y rasgos de personalidad en estudiantes de la Escuela Médico Militar durante los dos primeros años de adiestramiento. *Rev. Sanid. Mili.t Mex*. 2015;69(5):408-416.
27. Moral J, Cazares F. Validación de la escala de estrés percibido (pss-14) en la población de dentistas colegiados de monterrey. *Ansiedad y Estrés*. 2014;20(2):193-209.
28. Hernández F, Landero R. Aspectos psicosociales relacionados con la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. *Summa Psicol. UST*. 2014;11(1):99-104.
29. Ticona SB, Santos EM, Siqueira AL. Diferencias de género en la percepción de estrés y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer colorrectal que reciben quimioterapia. *Aquichan*. 2015;15(1):9-20.
30. Gómez BP, Bautista L. Detección de factores de riesgo cardiovascular y nivel de conocimientos de los mismos por el adulto. *Rev. Fac. Med*. 2009;52(6):248-252.
31. Salgado-MM, Carrascal J, Monterrosa CA. Escalas para estudiar percepción de estrés psicológico en el climaterio. *Rev. Cienc. Biomed*. 2013;4(2):318-326.
32. Cázares de León F, Moral de la Rubia J. Diferencias sociodemográficas y de práctica profesional asociadas a estrés percibido entre dentistas colegiados de Monterrey. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2016;34(1):83-97.
33. Zambrano PG, Otero EY, Rodríguez BS. Factores de riesgo relacionados con la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adolescentes. *Rev. Cienc. ciudad*. 2015;12(2):72-86.
34. Sánchez CJ, Hipólito LA, Mugarétegui SA, Yáñez GR. Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Aten. Fam*. 2016;23(2):43-47.

35. Arias A, Guevara MC, Paz M, Valenzuela S, Rivas V. Control glucémico, autocuidado y estrés en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 residentes de Monterrey, México. *Rev. Enferm. Herediana*. 2015;8(1):24-28.
36. Hernández ZZ, Romero PE. Estrés en Personas Mayores y Estudiantes Universitarios: Un Estudio Comparativo. *Psicología Iberoamericana*. 2010;18(1):56-68.
37. Maruris RM, Cortés GP, Gómez BL, Godínez JF. Niveles de estrés en una población del sur de México. *Psicología y Salud*. 2011;21(2):239-244.
38. Sominsky L, Spencer SJ. Eating behavior and stress: a pathway to obesity. *Front In Psychol*. 2014;5(434):1-8.

ANEXOS

1.- Escala de Estrés Percibido

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	4	3	2	1	0
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	4	3	2	1	0
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	4	3	2	1	0
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	4	3	2	1	0
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	4	3	2	1	0
10. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	4	3	2	1	0
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	4	3	2	1	0
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

2.- HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NIVEL DE ESTRÉS EN PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD DEL HGZ / UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

Nombre: _____ NSS: _____ Turno: _____

Edad: _____ años.	Sexo: 1. Femenino 2. Masculino	Ocupación: 1. Empleado 2. Desempleado.
Religión: 1. Creyente 2. No creyente.	Estado civil: 1. Soltero. 2. Casado. 3. Otro:	Escolaridad: 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Bachillerato 5. Licenciatura o más.
Años de portar la enfermedad: _____.	Grado de obesidad: Peso: Talla: IMC: 1. Grado I. 2. Grado II. 3. Grado III.	Enfermedad crónica: 1. DM2. 2. HAS. 3. DM2/HAS. 4. Trastorno de lípidos. 5. Síndrome metabólico. 6. Otras.

INSTRUCCIONES: A continuación se le presentan **14 preguntas** relacionadas a situaciones de estrés, por favor **seleccione con una X la respuesta** que usted considere se acerca más a la frecuencia con que sucede en su vida. Ninguna respuesta es correcta o incorrecta únicamente describen su manera de percibir el estrés.

Escala de estrés percibido

	Nunca	Casi nunca	De vez en cuando	A menudo	Muy a menudo
1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?	0	1	2	3	4
2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?	0	1	2	3	4
3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?	0	1	2	3	4
4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?	4	3	2	1	0
5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?	4	3	2	1	0
6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?	4	3	2	1	0
7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?	4	3	2	1	0
8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	4	3	2	1	0
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	4	3	2	1	0
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	4	3	2	1	0
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

TOTAL: _____

Al terminar la encuesta por favor verifique que ha contestado las 14 preguntas y entregue la hoja al investigador. Gracias por su cooperación.

3.- CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

NIVEL DE ESTRÉS EN PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD DEL HGZ / UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO",

Nombre del estudio:

Patrocinador externo (no aplica):

Lugar y fecha:

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Procedimientos:

Posibles riesgos y molestias:

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad:

Beneficios al término del estudio:

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

Investigador Responsable:

Dr. Eduardo Vilchis Chaparro Profesor Titular MF del HGZ / UMF No. 8 Matrícula 99377278
Cel. 5520671563 Fax: No Fax Correo: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx
Dr. Gilberto Espinoza Anrubio CCEIS HGZ / UMF No. 8 Matrícula 99374232
Cel. 5535143649 Fax: No fax Correo: gilberto.espinozaa@imss.gob.mx
Dr. Manuel Millán Hernández, Asesor clínico, Médico Familiar HGZ / UMF No. 58 Matrícula 98374576
Cel: 5559063959 Fax: No Fax Correo: dmanuelmillan@gmail.com
Dra. Olivia Velasco Ojeda, Médico Residente HGZ / UMF No. 8 Matrícula 98378440
Cel: 5542928321 Fax: No Fax Correo: oliv.oj1410@gmail.com

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

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

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



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO

HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8

“DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

COORDINACION CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

TESIS

NIVEL DE ESTRÉS EN PACIENTES ADULTOS CON OBESIDAD DEL HGZ / UMF No. 8 “DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”

2015-2016

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

Elaboró: Olivia Velasco Ojeda

2016-2017

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

Elaboró: Olivia Velasco Ojeda