

MED. GRAL CYNTHIA KARINA AGUILAR AGUILAR

ASOCIACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD CON TRASTORNOS DEL
ESTADO DE ÁNIMO EN ADOLESCENTES DE UNA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR

2019



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE QUERÉTARO
FACULTAD DE MEDICINA

**ASOCIACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD CON TRASTORNOS
DEL ESTADO DE ÁNIMO EN ADOLESCENTES DE UNA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR**

TESIS

QUE COMO PARTE DE LOS REQUISITOS PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE LA

ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA: MÉD. GRAL CYNTHIA KARINA AGUILAR AGUILAR

SANTIAGO DE QUERÉTARO, QRO. FEBRERO 2019



Universidad Autónoma de Querétaro
Facultad de Medicina
Especialidad de Medicina Familiar

ASOCIACIÓN DE SOBREPESO Y OBESIDAD CON TRASTORNOS DEL ESTADO DE
ÁNIMO EN ADOLESCENTES DE UNA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR

TESIS

Que como parte de los requisitos para obtener el Diploma de la
Especialidad en Medicina Familiar:

Presenta:

Médico General: Cynthia Karina Aguilar Aguilar

Dirigido por:

Méd. Esp. Leticia Blanco Castillo

SINODALES

Méd. Esp. Leticia Blanco Castillo
Presidente



Firma

Méd. Esp. Martha Leticia Martínez Martínez
Secretario



Firma

Méd. Esp. Rosalía Cadenas Salazar
Vocal




Firma

MIMSP. Roxana Gisela Cervantes Becerra
Suplente



Firma

Méd. Esp. Omar Rangel Villicaña
Suplente



Firma


Dra. Guadalupe Zaldívar Lelo de Larrea
Director de la Facultad de Medicina


Dra. Ma. Guadalupe Flavia Loarca Píña
Director de Investigación y Posgrado

Centro Universitario
Querétaro, Qro.
Febrero, 2019

RESUMEN

Introducción: La amplia prevalencia de obesidad en el adolescente mexicano es alarmante, y el impacto psicosocial que podría haber en ellos es un tema que ha sido tratado en pocos estudios, los cuales en su mayoría presentan resultados poco concluyentes o contradictorios sin mostrar una clara asociación entre el sobrepeso y la obesidad con trastornos del estado de ánimo. **Objetivo:** Establecer la asociación de sobrepeso y obesidad con trastornos del estado de ánimo en adolescentes de una unidad de Medicina Familiar. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, transversal comparativo. Se integraron dos grupos de 102 pacientes cada uno, pacientes con sobrepeso-obesidad y pacientes con normopeso de acuerdo a percentiles. Variables a estudiar peso, talla, IMC. Se aplicó La Escala de Rosenberg, Cuestionario de Depresión de Beck, Escala de Ansiedad de Hamilton, Cuestionario de Forma de imagen corporal de Cooper. Estudio sujeto a normas éticas internacionales. El plan de análisis estadístico incluyó estadística descriptiva, prueba de chi cuadrada y razón de momios para determinar la fuerza de la asociación. **Resultados:** La depresión se presentó en el 11.8% de los pacientes con normopeso y en el 57.8% de los pacientes con sobrepeso-obesidad, con χ^2 de 47.72 y $p=0.000$; la ansiedad se presentó en el 23.5% de los pacientes con normopeso y en el 86.3% de los pacientes con sobrepeso-obesidad con χ^2 de 81.09 y $p=0.000$; la autoestima baja se presentó en el 21.6% de los pacientes con normopeso y en el 67.6% de los pacientes con sobrepeso-obesidad, con χ^2 de 43.82 y $p=0.000$; la dismorfia corporal se presentó en el 2.9% de los pacientes con normopeso y en el 19.6% de los pacientes con sobrepeso-obesidad con χ^2 de 14.16 y $p=0.000$. **Conclusión:** Se encontró asociación entre sobrepeso-obesidad con depresión en un 57.8%, con ansiedad en un 86.3%, con autoestima baja en un 67.6% y con dismorfia corporal en un 19.6%.

(Palabras clave: sobrepeso-obesidad, trastornos del estado de ánimo, adolescentes)

SUMMARY

Introduction: The wide prevalence of obesity in Mexican adolescents is alarming, and the psychosocial impact that could be in them is an issue that has been addressed in a few studies, which mostly present inconclusive or contradictory results without showing a clear relationship between overweight and obesity with mood disorders. **Objective:** To establish the association of overweight and obesity with mood disorders in adolescents in a Family Medicine unit. **Materials and methods:** Observational, descriptive, cross-sectional, comparative, prospective study. Two groups of 102 patients each were integrated, patients with overweight-obesity and patients with normal weight according to percentiles. Variables to study weight, height, BMI. The Rosenberg Scale, Beck Depression Questionnaire, Hamilton Anxiety Scale, Cooper Body Image Form Questionnaire were applied. Study subject to international ethical standards. The statistical analysis plan included descriptive statistics and square chi test and odds ratio to determine the strength of the association. **Results:** Depression occurred in 11.8% of the patients with normal weight and in 57.8% of the patients with overweight-obesity, with chi2 of 47.72 and $p = 0.000$; anxiety was present in 23.5% of patients with normal weight and in 86.3% in overweight-obese patients with chi2 of 81.09 and $p = 0.000$; Low self-esteem occurred in 21.6% of patients with normal weight and 67.6% in overweight-obese patients, with chi2 of 43.82 and $p = 0.000$; body dysmorphism occurred in 2.9% of patients with normal weight and in 19.6% of patients with overweight-obesity with chi2 of 14.16 and $p = 0.000$. **Conclusion:** An association between overweight-obesity with depression was found in 57.8%, with anxiety in 86.3%, with low self-esteem in 67.6% and with corporal dysmorphism in 19.6%

(Keywords: overweight-obesity, mood disorders, adolescents)

DEDICATORIAS

A Dios.

Por haberme dado sabiduría y fuerza guiándome en el trayecto de mi vida. Por inspirar mi espíritu para la realización de este estudio, por darme salud y bendición para alcanzar mis metas como persona y como profesional.

A mis padres.

Juan Carlos y Eréndira por haberme forjado como la persona que soy en la actualidad, ustedes son los principales promotores de mis sueños y los pilares fundamentales en mi vida, les dedico este trabajo que hice con mucho esfuerzo en reconocimiento a todo el sacrificio que han hecho para que yo pudiera culminar una etapa más en mi vida profesional.

Al amor de mi vida Fernando

Quién me hace la mujer más feliz del mundo. Dedico esta investigación de todo corazón a alguien más que especial en mi vida, a quien amo con toda mi alma; porque creíste en mí y en mi capacidad para culminar esta tesis y la residencia; aunque hemos pasado momentos difíciles siempre has estado brindándome tu comprensión, cariño y amor. Gracias por ser mi compañero inseparable cada día, por ser mi amigo, consejero, mi luz, mi todo, por escucharme, alentarme siempre a seguir adelante y por apoyarme incondicionalmente en la realización de este trabajo.

A mi sobrina Regina y mi ahijado Emilio.

Porque son mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder luchar para que la vida nos depare un futuro mejor y que sin duda alguna siempre se sientan orgullosos de mí. Esto no lo hubiera podido lograr sin ustedes pues son mi fuerza y motor para seguir adelante ante cualquier adversidad y tristeza, gracias por ser los responsables de que en mi cara siempre se dibujara una sonrisa fuera cual sea mi estado de ánimo.

A mis amigas de toda la vida

Lilis, Gaby, Monse y Diana porque a pesar de la distancia y nuestras múltiples ocupaciones siempre han estado a mi lado apoyándome en todo, gracias por creer en mi capacidad para lograr cada objetivo que me he propuesto; gracias por siempre estar conmigo cuando he necesitado de un consejo, una palabra de aliento, un abrazo; por siempre escucharme y hacerme sentir querida a pesar de la distancia. Gracias de corazón por jamás dejarme sola en esto.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por guiarme por el camino correcto y porque nunca me ha abandonado, por darme una excelente familia y permitirme conocer excelentes profesores y amigos.

A mis padres Eréndira y Juan Carlos por confiar y creer en mí y en mis expectativas, gracias a mi madre por estar dispuesta a acompañarme cada larga y agotadora noche de estudio, por estar a mi lado sin importar dejar atrás el trabajo o la casa con la finalidad de que yo terminara una meta más y no me diera nunca por vencida. Gracias a mi padre por siempre desear y anhelar lo mejor para mi vida, por dar todo de sí para que yo cumpliera mis sueños, gracias por siempre esforzarte por mí y mis hermanos, gracias por cada consejo por cada una de tus palabras que me han guiado siempre.

A mis hermanos Carlos, Gaby y Any porque a pesar de los altibajos que pudieran haber surgido en este tiempo, siempre han estado a mi lado apoyándome y creyendo en mí; por nunca permitir que me rinda a pesar de las adversidades y malos momentos vividos. A mis cuñados Juan Carlos y René por contar siempre con ustedes en todo momento y ante cualquier circunstancia.

Agradezco de una manera especial y sincera a la Dra. Leticia Blanco Castillo por aceptarme para realizar esta tesis bajo su dirección. Su apoyo y confianza en mi trabajo y su capacidad para guiar mis ideas han sido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como médico especialista y en mi crecimiento personal. Gracias por que sin duda alguna esto no hubiera sido posible sin su apoyo. Gracias por facilitarme los medios suficientes para llevar a cabo todas las actividades propuestas durante el desarrollo de este trabajo. Gracias por su disponibilidad y paciencia, gracias por cada palabra de ánimo y cada consejo recibido durante este largo y arduo camino llamado residencia médica, gracias por siempre escucharme, no tengo las palabras adecuadas ni suficientes para agradecerle todo lo que ha hecho por mí. De corazón, gracias por ser el ángel que guio mi camino este tiempo.

Gracias a mi familia, a mis abuelitos (Mamá Nena y Papá Ramón), tíos, primos, sobrinos; en especial a mi tía Lupita, tía Gaby, tío Joel, tía Silvia por apoyarme en cada decisión y proyecto, por creer en mí y permitirme cumplir con excelencia el desarrollo de esta tesis. No ha sido sencillo el camino hasta ahora, pero gracias a sus aportes, su amor, su inmensa bondad y apoyo, lo complicado de lograr esta meta se hizo más llevadero.

Gracias a mis amigos presentes y pasados, quienes sin esperar nada a cambio compartieron su conocimiento, alegrías y tristezas; gracias a mis compañeros de clase ya que gracias a su amistad y apoyo moral han aportado en un alto porcentaje a mis ganas de seguir adelante en mi vida profesional, gracias por cada palabra de aliento, cada consejo, cada abrazo, gracias por su tiempo, sencillamente gracias por estar a mi lado en el cumplimiento de una meta en común llamada especialidad.

ÍNDICE

Contenido	Página
Resumen	I
Summary	II
Dedicatorias	III
Agradecimientos	IV
Índice	V
Índice de cuadros	VII
I. INTRODUCCIÓN	1
I.1 OBJETIVO GENERAL	3
I.1.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	3
I.2 HIPÓTESIS	3
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	5
II.1 Adolescencia	5
II.2 Sobrepeso y Obesidad	7
II.3 Trastornos Psicológicos	11
II.3.1 Depresión	11
II.3.2 Ansiedad	12
II.3.3 Autoestima	13
II.3.4 Imagen Corporal	14
II.4 Sobrepeso-Obesidad y Trastornos Psicológicos	15
III. METODOLOGÍA	17
III.1 Diseño de la investigación	17
III.2 Variables a estudiar e instrumentos de medición	18
III.3 Procedimiento	20
III.4 Consideraciones éticas	21
III.5 Análisis estadístico	22
IV. RESULTADOS	23
V. DISCUSIÓN	30
VI. CONCLUSIONES	33

VII. PROPUESTAS	34
VIII. LITERATURA CITADA	35
ANEXOS	42

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro		Página
II.1	Desarrollo psicosocial del adolescente	6
IV.1	Características sociodemográficas de los adolescentes	24
IV.2	Asociación de sobrepeso-obesidad y depresión en adolescentes	25
IV.3	Asociación de sobrepeso-obesidad y ansiedad en adolescentes	26
IV.4	Asociación de sobrepeso-obesidad y autoestima en adolescentes	27
IV.5	Asociación de sobrepeso-obesidad y distorsión de la imagen corporal en adolescentes	28
IV.6	Asociación de género y estados de ánimo en adolescentes	29

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa entre la niñez y la edad adulta, en donde se producen cambios físicos, psicológicos, emocionales y sociales. Los adolescentes cambian su estructura corporal y mental, su imagen corporal está estrechamente relacionada con su peso por lo que la ganancia de peso, que significaría presentar sobrepeso u obesidad, se acompaña de insatisfacción corporal de parte del adolescente (Krauskopf, 2011; González, 2015).

Durante la etapa de la adolescencia se acentúa el desarrollo del autoconcepto, las competencias, las habilidades sociales, la autoestima, valorización de la imagen corporal y es crucial para su vida adulta, es por ello que, al generar un malestar psicológico y emocional, se podría considerar como un predictor de la aparición de problemas psicológicos, tanto durante la adolescencia como en la vida adulta; debido a la importancia que le brindan a su imagen corporal, están predispuestos a presentar baja autoestima y otros trastornos psicológicos como depresión, ansiedad y dismorfia corporal (Soutullo, 2010; Rodríguez, 2016).

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa en el organismo que puede ser perjudicial para la salud, es una enfermedad sistémica, crónica y de múltiples causas, no exclusiva de países económicamente desarrollados, que involucra a todos los grupos de edad, de distintas etnias y a todas las clases sociales. Esta enfermedad ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, razón por la que la Organización Mundial de la Salud denomina a la obesidad como “la epidemia del siglo XXI” (García-Rodríguez, 2010; Sawyer, 2012).

En la actualidad más de una tercera parte de los adolescentes del país presentan exceso de peso, lo que indica que más de uno de cada cinco adolescentes tiene sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad. De acuerdo con los resultados de la ENSANUT 2016 de medio camino, 36.3% de los adolescentes tiene sobrepeso u obesidad. En mujeres adolescentes el sobrepeso

alcanza un nivel de 26.4%. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en mujeres adolescentes fue de 39.2%. La prevalencia combinada en hombres fue de 33.5% (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

Si bien no se ha demostrado que exista un trastorno específico en la personalidad del paciente con sobrepeso y obesidad, estos sufren, con gran frecuencia, diversos trastornos psicológicos. El sobrepeso y la obesidad aparecen asociados con problemas específicos del ánimo que pueden afectar la calidad de vida, aun si no son tan severos como para causar complicaciones clínicas significativas. El exceso de peso no sólo expone a quien lo padece a una larga lista de enfermedades, como cardiopatías, hipertensión arterial y diabetes, sino también a psicopatías como depresión, ansiedad, que en estos casos están asociadas a trastornos de la conducta alimentaria o distorsión de la imagen corporal (Galeano, 2011; Rodríguez, 2016).

En una revisión que abarca artículos del 2007 al 2010 realizada por el Departamento de Psicología de la Universidad de Madrid, han mostrado que los diferentes estudios publicados al respecto sobre la asociación entre obesidad y sobrepeso con psicopatologías no es concluyente (Baile, 2011). De esta manera, a través de este estudio se estableció asociación de sobrepeso y obesidad en adolescentes con los trastornos psicológicos en una unidad de primer nivel, lo cual permite brindar un perfil de intervención con múltiples disciplinas ajustadas a las características de la población adolescente que presentan diagnóstico de sobrepeso y obesidad.

I.1 OBJETIVO GENERAL

Establecer la asociación de sobrepeso y obesidad con trastornos del estado de ánimo en adolescentes.

I.1.1. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Establecer la asociación de sobrepeso y obesidad con depresión.

Establecer la asociación de sobrepeso y obesidad con ansiedad.

Establecer la asociación de sobrepeso y obesidad con baja autoestima.

Establecer la asociación de sobrepeso y obesidad con trastorno dismórfico corporal o insatisfacción de la imagen corporal.

1.2 HIPÓTESIS

Ho: la asociación entre sobrepeso y obesidad con depresión es menor o igual al 15% en los adolescentes.

Ha: la asociación entre sobrepeso y obesidad con depresión es mayor al 15% en los adolescentes.

Ho: la asociación entre sobrepeso y obesidad con ansiedad es menor o igual al 30% en los adolescentes.

Ha: la asociación entre sobrepeso y obesidad con ansiedad es mayor al 30% en los adolescentes.

Ho: la asociación entre sobrepeso y obesidad con autoestima es menor o igual al 20% en los adolescentes.

Ha: la asociación entre sobrepeso y obesidad con autoestima es mayor al 20% en los adolescentes.

Ho: la asociación de sobrepeso y obesidad con trastorno dismórfico corporal es menor o igual al 23% en los adolescentes.

Ha: la asociación de sobrepeso y obesidad con trastorno dismórfico corporal es mayor al 23% en los adolescentes.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

II.1 ADOLESCENCIA

El término adolescencia deriva del latín «adolescere» que significa «crecer hacia la adultez» (Sawyer et al., 2012).

La adolescencia es un período de la vida con intensos cambios físicos, psíquicos y sociales, que convierten al niño en adulto y le capacitan para la función reproductora. Los cambios físicos tienen una amplia variación de la normalidad. Es pues necesario comprender y conocer estos cambios para poder diferenciar las variaciones normales de las anomalías en el crecimiento y desarrollo puberales. Durante millones de años de evolución de la especie humana, se han ido seleccionando un tipo de comportamientos. Sin embargo, las condiciones culturales y sociales han ido cambiando rápidamente en los últimos miles y más aún en los últimos cientos de años, lo que dificulta la expresión de estos rasgos seleccionados, causando por lo tanto un alto grado de estrés durante la adolescencia, que se traduce en mucha de la patología típica de este período de la vida (González, 2015).

El proceso de la adolescencia con todos sus cambios se analiza habitualmente diferenciando tres niveles interrelacionados: biológico, psicológico y social incluyendo en estos la pubertad, fases y tareas de la adolescencia, así como emancipación y valores sociales. Los fenómenos biológicos más importantes que marcan el proceso adolescente son dos: el crecimiento y desarrollo corporal, y la aparición de los caracteres sexuales (Meece, 2011).

Si bien la pubertad comienza con cambios biológicos, es su significado psicológico y social el que determina la experiencia adolescente (Gaete, 2015). En este sentido, y siguiendo una visión evolutiva de la adolescencia, se puede dividir en tres etapas que definen lo que se considera el cambio normal en el desarrollo psicosocial de las y los adolescentes, y que tiene que ver con las “tareas” o

“problemas” que se deben resolver en el período que, de una manera amplia o aproximada, abarca la segunda década de la vida humana (Meece, 2011).

Desarrollo psicosocial adolescente			
Área de desarrollo	Primera adolescencia (10-14 años)	Adolescencia media (15-17 años)	Adolescencia tardía (18-21 años)
Independencia	Menor interés en las actividades paternas Inicio de conflictos con los padres y las normas	Punto máximo de conflictos con los padres Cambio de relación padre-hijo por adulto-adulto	Receptación de los consejos y valores paternos.
Aspecto corporal	Preocupación por aspecto físico Sensibilización ante los defectos: Chicas: desean perder peso Chicos: ser altos y musculosos	Aceptación general del cuerpo Preocupación por hacer el cuerpo más atractivo	Aceptación e identificación con la nueva imagen corporal
Relación	Intensas relaciones con amigos del mismo sexo. Poderosa influencia de los amigos	Máxima integración con los amigos. Pandillas. Conformidad con los valores de los amigos	Grupo de amigos menos importante. Formación de parejas
Identidad	Desarrollo del pensamiento formal Objetivos vocacionales idealistas Necesidad de intimidad Escaso control de los impulsos. Labilidad y crisis de identidad.	Mayor ámbito de sentimientos. Consolidación de una identidad personal. Desarrollo de la conducta moral Sentimientos de omnipotencia Adquisición de una autoidentidad	Objetivos vocacionales más prácticos y realistas Delimitación de los valores morales, religiosos y sexuales Capacidad para comprometerse y establecer límites
Sexualidad	Autoexploración. Contacto limitado con el otro sexo	Actividad sexual con múltiples parejas. Prueban su femineidad o masculinidad Fantasías románticas Inicio de relaciones coitales	Se forman relaciones estables Capacidad de reciprocidad afectiva. Mayor actividad sexual
Fuente: Adaptado de Neistein (1991) y Brañas (1997)			

(Antona, 2003).

La adolescencia ha sido definida tradicionalmente por la Organización Mundial de la Salud como el período comprendido entre los 10 y 19 años de edad (OMS, 2018).

La adolescencia es un período de la vida que se ha prolongado por el adelanto de la pubertad y el retraso de la madurez psicosocial. Constituye un proceso altamente variable en cuanto a su edad de inicio y término, a la progresión a través de sus etapas y a la sincronía del desarrollo en las distintas áreas, evidenciando también diferencias debidas a otros factores como el sexo, la etnia y el ambiente del individuo. Una de las tareas del desarrollo de esta etapa de la vida es la búsqueda y consolidación de la identidad en sus diversos aspectos. Otra es el logro de la autonomía psicológica y la independencia financiera, que se alcanzará más temprano o más tarde, dependiendo de la realidad del joven. Este período se caracteriza también por el desarrollo de competencia emocional y social. Los procesos previos se verán facilitados por la aparición del pensamiento

abstracto. Durante las diversas fases de la adolescencia el joven irá experimentando una serie de cambios a nivel psicológico, cognitivo, social, sexual y moral que repercuten entre sí y a la vez están influidos por el desarrollo físico (incluyendo el cerebral) los cuales le permitirán ir logrando progresivamente las tareas antes descritas. La familia se verá sometida a tensiones durante esta etapa, siendo importante que favorezca que el joven consolide una identidad propia y se haga independiente. Si todo ha evolucionado favorablemente, a fines de la adolescencia el individuo estará en buena situación para enfrentar las tareas de la adultez joven. Si no es así, puede presentar problemas en las etapas posteriores del desarrollo, entre ellas el sobrepeso y la obesidad (Gaete, 2015).

II.2 SOBREPESO Y OBESIDAD

La obesidad es una enfermedad de curso crónico que tiene como origen una cadena causal compleja, de etiología multifactorial, donde interactúan factores genéticos, sociales y ambientales, incluyendo estilos de vida, así como determinantes sociales y económicos. Se caracteriza por un aumento en los depósitos de grasa corporal y por ende ganancia de peso, causados por un balance positivo de energía, que ocurre cuando la ingestión de energía de los alimentos excede al gasto energético y, como consecuencia, el exceso se almacena en forma de grasa en el organismo (Jamison, 2006).

De acuerdo a la OMS, el sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud (González,2015).

El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos entre el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2) (Ramírez, 2012).

En el caso de los niños de 5 a 19 años, el sobrepeso y la obesidad se definen de la siguiente manera:

- El sobrepeso es el IMC para la edad con más de una desviación típica por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS. Percentil 85 hasta percentil 94.
- La obesidad es mayor que dos desviaciones típicas por encima de la mediana establecida en los patrones de crecimiento infantil de la OMS. Percentil igual o mayor al 95.

De acuerdo al boletín epidemiológico número 15, de abril del 2014 se hace de nuestro conocimiento que desde 1980, la obesidad se ha incrementado más del doble en todo el mundo. En 2008, 1400 millones de adultos (de 20 y más años) tenían sobrepeso. Dentro de este grupo, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres tenían obesidad. El 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas de personas que la insuficiencia ponderal. En 2010, alrededor de 40 millones de niños menores de cinco años tenían sobrepeso. (Ruíz, 2014).

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2.8 millones de personas adultas como consecuencia del sobrepeso o la obesidad. El 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad (Ruíz, 2014).

La última encuesta nacional de salud y nutrición (Ensanut, 2016) obtuvo información antropométrica y realizó estimaciones poblacionales sobre prevalencias de peso excesivo (sobrepeso u obesidad) en adultos (20 años y más), en niños en edad escolar (5-11 años) y en adolescentes (12-19 años) en México. Las prevalencias fueron de 75.6% en mujeres y 69.4% en hombres adultos, 39.2% en adolescentes de sexo femenino, 33.5% en adolescentes varones y 32%; en los niños prevalencia combinada de 33.2%. En la actualidad

más de una tercera parte de los adolescentes del país presentan exceso de peso, lo que indica que más de uno de cada cinco adolescentes tiene sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad. De acuerdo con los resultados de la ENSANUT 2016, 36.3 % de los adolescentes tiene sobrepeso u obesidad (Instituto Nacional de Salud Pública, 2016).

En la región latinoamericana unos 130 millones de personas son víctima del sobrepeso y la obesidad. Es decir, casi un cuarto de la población. Según datos de la Organización Mundial de la Salud los 5 países más obesos de América Latina son: **México** con 32.8%, **Venezuela** 30.8%, **Argentina** 29.4%, **Chile** 29.1% y **Uruguay** 23.5% (Gutmar, 2015).

Muchos países de ingresos bajos y medianos actualmente están afrontando una "doble carga" de morbilidad. Mientras continúan lidiando con los problemas de las enfermedades infecciosas y la desnutrición, estos países están experimentando un aumento brusco en los factores de riesgo de contraer enfermedades no transmisibles como la obesidad y el sobrepeso, en particular en los entornos urbanos (Tellez et al., 2012).

México enfrenta una crisis de salud pública a causa del sobrepeso y la obesidad con un costo entre los 82 y 98 mil millones de pesos que equivalen a 73% y 87% del gasto programable en salud (2012), sólo considerando los costos atribuibles por diabetes. Sin embargo, la evidencia muestra que invertir en la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles es costo-efectivo (Instituto Mexicano del Seguro Social, 2012-2013).

Los costos por atención médica de quienes padecen sobrepeso y obesidad en México cuestan alrededor de \$120 mil millones de pesos al año, refiere el estudio Carga económica de la obesidad y sus comorbilidades en pacientes adultos en México, realizado por especialistas de diversas universidades como el IPN y la UNAM, así como por el Instituto Nacional de Salud Pública y el Hospital Infantil de México Federico Gómez. (Cecchini et al., 2010).

Más de 85 mil millones de pesos al año es lo que le “cuesta” al país la epidemia de la obesidad. Esa cantidad corresponde a los costos por muerte prematura, tratamientos e incapacidad laboral de las personas que padecen diabetes tipo 2, enfermedad asociada con sobrepeso. (Cecchini et al., 2010).

La obesidad de la infancia persiste muchas veces hasta la vida adulta. Se ha sugerido que tres estadios de crecimiento pueden ser críticos para el desarrollo de obesidad persistente y que influyen en la existencia de enfermedades asociadas en la adultez: el período prenatal, el período de rebote de adiposidad (4 a 8 años de edad) y la adolescencia. Se calcula que un tercio de los niños obesos en edad preescolar y la mitad en edad escolar serán adultos obesos. El riesgo de desarrollar obesidad adulta en niños mayores de 9 años que son obesos es de hasta el 80 % a los 35 años. (González, 2009; Calvo, 2014).

La intervención médica se encamina de manera rutinaria a disminuir las complicaciones de la obesidad o el sobrepeso, sin embargo, se obtiene aún más cuando las intervenciones se hacen desde un enfoque preventivo, identificando las personas con mayor susceptibilidad para padecer sobrepeso y obesidad y actuando en consecuencia para disminuir las alteraciones que conlleva los hábitos de vida inadecuados como lo son sedentarismo, alimentación inadecuada, entre otros. La educación individualizada, así como la familiar es el pivote para lograr cambios en la problemática de la presentación del sobrepeso y la obesidad. (García-García et al., 2016).

II.3 TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

II.3.1 Depresión

La depresión es un síntoma cuando aparece la tristeza y una enfermedad cuando al síntoma se le añaden otros para dar un síndrome; ella es un fenómeno de primer orden en la práctica médica actual, con un valor real de prevalencia. La depresión es una enfermedad donde no solo se incluye la influencia de factores internos, como es la deficiencia funcional de neurotransmisores al nivel de los receptores adrenérgicos, la reducción funcional del nivel de serotonina, explicables según los modelos biológicos, sino que también influyen factores externos (Kapsambelis, 2017).

Se calcula que la incidencia de depresión en niños se incrementa con la edad, de 1-3% antes de la pubertad a cerca de 8% en adolescentes. La depresión es considerada uno de los problemas más comunes y frecuentes de Salud Pública en el mundo. Afecta el diario funcionamiento del individuo pudiendo perturbar el desempeño en las actividades diarias, relaciones familiares, interacciones sociales y en los propios sentimientos que tenga el individuo sobre sí mismo (Botto et al., 2014).

La psicopatología de la depresión no sólo varía entre los distintos pacientes sino también entre los distintos episodios dentro de la vida de un mismo paciente. Este pleomorfismo clínico constituye un importante desafío en el estudio de su etiopatogenia. En el origen de la depresión interactúan factores genéticos y ambientales (Botto et al., 2014).

Uno de los instrumentos para valorar presencia y severidad de la depresión es el Inventario de Depresión de Beck-II, que es un autoinforme que se aplica en adultos y adolescentes. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos

recogidos en el DSM-IV (Manual de Diagnóstico, 1994) y CIE-10 (OMS, 1993). Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. Posee una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach 0.78-0.92 (Muñiz, 2010).

II.3.2 Ansiedad

La ansiedad es una respuesta emocional que se presenta en el sujeto ante situaciones que percibe o interpreta como amenazantes o peligrosas, aunque en realidad no se pueden valorar como tal, esta manera de reaccionar de forma no adaptativa, hace que la ansiedad sea nociva porque es excesiva y frecuente. Es por esto que la ansiedad es considerada como un trastorno mental prevalente en la actualidad, ya que engloba toda una serie de cuadros clínicos que comparten, como rasgo común, extrema de carácter patológico, que se manifiesta en múltiples disfunciones y desajustes a nivel cognitivo, conductual y psicofisiológico. Estos factores son expresados en diferentes ámbitos como el familiar, social o bien el laboral (Gómez-Ortiz, 2016).

Las manifestaciones clínicas de los trastornos de ansiedad son variadas y constituidas por manifestaciones neurovegetativas, cognoscitivas, emocionales y conductuales. Por lo cual su amplio espectro de presentación puede incluir taquicardia, dolor precordial, dolor abdominal, pensamientos intrusivos, diaforesis, taquipnea, aislamiento, entre otros (Soutullo, 2010).

Un instrumento de los más utilizados para evaluar grado de ansiedad es La escala de ansiedad de Hamilton que fue diseñada en 1959. Existe una versión española, realizada por Carrobles y cols en 1986. Se trata de una escala de 14 ítems, cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. El rango va de 0 a 56

puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Interpretación de 0 - 5 puntos (No ansiedad), 6 - 14 (Ansiedad menor), 15 o más (Ansiedad mayor). Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86). Posee excelentes valores test-retest tras un día y tras una semana ($r = 0,96$) y aceptable estabilidad después de un año ($r = 0,64$). Validez: La puntuación total presenta una elevada validez concurrente con otras escalas que valoran ansiedad, como The Global Rating of Anxiety by ($r = 0,63 - 0,75$) y con el Inventario de Ansiedad de Beck ($r = 0,56$). Distingue adecuadamente entre pacientes con ansiedad y controles sanos (puntuaciones medias respectivas de 18,9 y 2,4). Posee un alto grado de correlación con la Escala de Depresión de Hamilton ($r = 0,62 - 0,73$). Es sensible al cambio tras el tratamiento (Hamilton, 1959; Hamilton, 2017).

II.3.3 Autoestima

Es un sentimiento valorativo que la persona se da a sí mismo, es la valoración positiva o negativa del componente descriptivo del autoconcepto, es decir, el valor que cree tener, como parte de su personalidad y puede ser positiva o negativa (Loperena, 2008).

El término autoestima es, sin duda, uno de los más ambiguos y discutidos en el ámbito de la psicología. Auto aceptación, autoajuste, autovaloración, autoestima, autoconcepto, autoimagen son términos que se usan indistintamente para significar el concepto, positivo o negativo, que uno tiene de sí mismo. Algunos autores consideran la autoestima como un constructo hipotético que representa el valor relativo que los individuos se atribuyen o que creen que los demás les atribuyen. Musitu y otros (1996), por su parte, definen la autoestima como el concepto que uno tiene de sí mismo, según unas cualidades que a sí mismos se atribuyen. No hay, por ahora, una posición unánime respecto a qué sea la autoestima. Cada autor la define desde un punto de vista singular (Rodríguez, 2012).

Rosenberg define a la autoestima como la evaluación que el individuo hace y generalmente mantiene con respecto a sí mismo; esta expresa una actitud de aprobación o desaprobación e indica la medida en la que el sujeto es capaz, importante, exitoso y valioso. Plantea que la autoestima es esencial para el ser humano porque implica el desarrollo de patrones y define el establecimiento de comparaciones entre los individuos y la comprensión de quién es uno como persona. (Sparisci, 2013)

La Escala de autoestima de Rosenberg elaborada por Morris Rosenberg (1965), se utilizó para llevar a cabo nuestro estudio, consta de 10 ítems que se responden de acuerdo a escala de tipo Likert, frases de las que 5 están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia auto administrado. Tiempo de aplicación es de 5-10 minutos, se puede aplicar Individual, colectiva y autoadministrable en adolescentes. La puntuación se obtiene sumando la puntuación directa de los ítems 2, 5, 8, 9, 10 y la puntuación invertida de los ítems 1, 3, 4, 6, 7. La puntuación final oscila entre 10 y 40. Las puntuaciones mayores son indicadoras de una autoestima más alta. La fiabilidad es de 0.80. La consistencia interna con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,89 y un coeficiente de correlación test-retest a dos semanas de 0,91 (Herrera, 2004).

II.3.4 Imagen Corporal

La imagen corporal es “la imagen que forma nuestra mente de nuestro propio cuerpo, es decir, el modo en que nuestro cuerpo se nos manifiesta”. Por tanto, la imagen corporal no está necesariamente correlacionada con la apariencia física real, siendo claves las actitudes y valoraciones que el individuo hace de su propio cuerpo. Aquellos sujetos que, al evaluar sus dimensiones corporales, manifiestan juicios valorativos que no coinciden con las dimensiones reales presentan una alteración de la imagen corporal (Vaquero et al., 2013).

La imagen corporal está formada por diferentes componentes: el componente perceptual (percepción del cuerpo en su totalidad o bien de alguna de sus partes), el componente cognitivo (valoraciones respecto al cuerpo o una parte de éste), el componente afectivo (sentimientos o actitudes respecto al cuerpo o a una parte de éste y sentimientos hacia el cuerpo) y el componente conductual (acciones o comportamientos que se dan a partir de la percepción) (Vaquero et al., 2013).

El Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ) de Cooper es un instrumento auto administrado de 34 preguntas cerradas de respuesta según una escala de frecuencia de tipo Likert de 6 grados (1=nunca hasta 6= siempre). La puntuación total oscila de 34 a 204 puntos. Se puede dividir en 5 factores o en único factor; en la división en cinco factores el primer factor sería la preocupación por el peso en conexión con la ingesta (ítems 6, 23, 17, 21, 2, 14, 19); el segundo factor sería preocupación por los aspectos antiestéticos de la obesidad (ítems 28, 30, 5, 16); el tercer factor sería insatisfacción y preocupación corporal general (ítem 7, 18, 13); el cuarto factor sería insatisfacción corporal respecto a la parte inferior del cuerpo: muslos, caderas y nalgas (ítems 3,10) y el quinto factor correspondería al empleo del vómito o laxantes para reducir la insatisfacción corporal (ítems 26, 32). Fiabilidad tiene coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.93 a 0.97. El coeficiente de correlación intraclases con test-retest es de 0.88. Coeficiente de correlación de Pearson sobre la validez convergente entre un 0.61 y 0.81. Tiempo de administración de 10 a 20 minutos. (Cooper et al., 2012; Raich et al., 2012).

II.4 SOBREPESO-OBESIDAD Y TRASTORNOS PSICOLÓGICOS

Como búsqueda de una respuesta al constante enigma que plantea la obesidad, desde sus factores etiológicos hasta su abordaje y tratamiento, es que se ha investigado la existencia de una personalidad que predisponga, favorezca o determine esta enfermedad. Ha sido una de las cuestiones discutidas con fervor en el campo psicológico (Ortega,2018).

Los hallazgos psicopatológicos en los pacientes con obesidad tienen poca relación con la noción popular de una personalidad tipo del obeso. Acorde con esta visión, el paciente obeso puede aparentar ser feliz y sin problemas en la interacción social, pero padecer de sentimientos de inferioridad, ser pasivo dependiente y tener una profunda necesidad de ser amado, aunque algunas personas muestran esas características sin ser obesos (Quintero, 2016).

Hilde Bruch en su obra “Eating disorders”, enfatiza la dificultad que tiene el paciente con obesidad para identificar sus propias sensaciones, no pudiendo –tal vez como penosa herencia de la incapacidad empática materna, reiteradamente sufrida- distinguir hambre de saciedad ni hambre de otras emociones que le embargan cotidianamente. La consecuencia de esto, es el comer como respuesta a las emociones más diversas. Si bien no se ha demostrado que exista un trastorno específico en la personalidad del obeso, las personas con sobrepeso viven hoy en una sociedad “obeso-fóbica” que estigmatiza al obeso. Esto trae consecuencias en la autoestima, alteración en sus relaciones interpersonales, menos posibilidades de acceso a los mejores trabajos, a las mejores parejas (Orlando, 2005; Bravo 2011).

Los pacientes obesos viven sentimientos de desvalorización cotidianos, todos se enfrentan a la misma presión social, lo que no quiere decir que todos la elaboren de la misma manera. Sumado a todo esto, están las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas hipocalóricas estrictas (como aumento de depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad), de los ciclos de pérdida – recuperación de peso (efecto yo – yo), que los hacen sentir culpables, avergonzados, inadecuados y criticados por su fracaso por familiares, compañeros de trabajo y profesionales de la salud, pudiendo conducir al obeso al desarrollo de nuevas patologías psiquiátricas, entre las que destacan la depresión, la ansiedad, angustia y hasta el trastorno alimentario compulsivo (Quintero, 2016).

III. METODOLOGIA

III.1 Diseño de la investigación:

Se realizó un estudio observacional, transversal comparativo en pacientes adolescentes de 11 a 15 años de edad, se conformaron 2 grupos uno de adolescentes con normopeso y otro de adolescentes con sobrepeso y obesidad, en usuarios y derechohabientes de la unidad de Medicina Familiar no.11, delegación 23 de Querétaro, Qro. México, en el período comprendido de diciembre 2017 a julio 2018.

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula para dos proporciones con nivel de confianza del 95%, con margen de error de 0.05%, para una zona de rechazo de la hipótesis nula y poder de la prueba del 80%, tomándose como parámetro de referencia para el cálculo el 30% de asociación entre sobrepeso y obesidad con trastornos del estado de ánimo (p_1) por ser el valor que mayor tamaño de muestra daría y el 15% de presentar trastornos del estado de ánimo en pacientes con normopeso (p_2).

La fórmula empleada fue:

$$n = \frac{(p_1q_1 + p_2q_2) (K)}{(p_1 - p_2)^2}$$

n = número para el grupo de estudio y número del grupo de comparación que se necesitan

p_1 = proporción del factor en estudio en el grupo de estudio. (0.3)

$q_1 = 1 - p_1$ (0.7)

p_2 = proporción del factor en estudio con el grupo de comparación (0.15)

$q_2 = 1 - p_2$ (0.85)

K =constante (6.2)

Sustituyendo los valores:

$$n = \frac{(0.3 \times 0.7) + (0.15 \times 0.85) \times (6.2)}{(0.3 - 0.15)^2}$$

$$n = \frac{(0.21 + 0.12) (6.2)}{0.02}$$

$$n = \frac{2.04}{0.02} = \mathbf{102}$$

102 pacientes por grupo.

Se muestreó de manera no probabilística por conveniencia ya que esta técnica nos permitió elegir a cada paciente que cumplía con los criterios de selección en el intervalo de tiempo en que se llevó a cabo el estudio hasta alcanzar el número definido de pacientes de acuerdo a nuestro cálculo de tamaño de muestra.

Se incluyeron pacientes adolescentes de 11 a 15 años, que sabían leer y escribir, de ambos géneros, con normopeso, sobrepeso y obesidad, que aceptaron participar en el estudio y contestaron las escalas e instrumentos además firmaron la carta de consentimiento informado. Se excluyeron a los pacientes que tenían diagnosticado algún trastorno del estado de ánimo, enfermedad crónica o alguna discapacidad anatómica que no nos permitió obtener las medidas antropométricas. Se eliminaron a los pacientes con cuestionarios incompletos.

III.2 Variables a estudiar e instrumentos de medición:

Se interrogaron variables sociodemográficas, antropométricas y trastornos del estado de ánimo.

Dentro de las variables sociodemográficas, se interrogo sobre edad y género. Las variables antropométricas medidas fueron peso, talla con lo que se

obtuvo el índice de masa corporal y percentiles para clasificarlos con normopeso del percentil 5 hasta el 85, sobrepeso con percentil 85 hasta debajo del percentil 95 y obesidad con percentil igual o mayor al 95.

Los trastornos del estado de ánimo evaluados fueron depresión, autoestima, ansiedad y trastorno dismórfico corporal.

Para depresión se aplicó el Inventario de Depresión de Beck-II que es un autoinforme que se aplica en adultos y adolescentes. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave. Posee una buena consistencia interna con un alfa de Cronbach 0.78-0.92

La escala de Hamilton valoró la presencia de ansiedad. Esta escala consta de 14 ítems, cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Interpretación de 0 - 5 puntos (No ansiedad), 6 - 14 (Ansiedad menor), 15 o más (Ansiedad mayor). Muestra una buena consistencia interna (alfa de Cronbach de 0,79 a 0,86).

La Escala de autoestima de Rosenberg elaborada por Morris Rosenberg (1965), consta de 10 ítems que se responden de acuerdo a escala de tipo Likert. La puntuación se obtiene sumando la puntuación directa de los ítems 2, 5, 8, 9, 10 y la puntuación invertida de los ítems 1, 3, 4, 6, 7. La puntuación final oscila entre 10 y 40. Las puntuaciones mayores son indicadoras de una autoestima más alta.

La fiabilidad es de 0.80. La consistencia interna con un coeficiente alfa de Cronbach de 0,89 y un coeficiente de correlación test-retest a dos semanas de 0,91.

Para trastorno dismórfico corporal se aplicó el Cuestionario de la Forma Corporal (BSQ) de Cooper un instrumento auto administrado de 34 preguntas cerradas de respuesta según una escala de frecuencia de tipo Likert de 6 grados (1=nunca hasta 6= siempre). La puntuación total oscila de 34 a 204 puntos. Se puede dividir en 5 factores o en único factor; en la división en cinco factores el primer factor sería la preocupación por el peso en conexión con la ingesta (ítems 6, 23, 17, 21, 2, 14, 19); el segundo factor sería preocupación por los aspectos antiestéticos de la obesidad (ítems 28, 30, 5, 16); el tercer factor sería insatisfacción y preocupación corporal general (ítem 7, 18, 13); el cuarto factor sería insatisfacción corporal respecto a la parte inferior del cuerpo: muslos, caderas y nalgas (ítems 3,10) y el quinto factor correspondería al empleo del vómito o laxantes para reducir la insatisfacción corporal (ítems 26, 32). Fiabilidad tiene coeficiente de consistencia interna (alfa de Cronbach) de 0.93 a 0.97.

III.3 Procedimiento

Posterior a la autorización por el Comité Local de Investigación, se solicitó permiso mediante oficio firmado por la investigadora responsable, a las autoridades correspondientes para realizar la investigación en la unidad especificada

Se acudió en horario matutino y vespertino a la Unidad de Medicina Familiar No. 11 de la Delegación 23 de Querétaro, se seleccionaron a los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión y se les invito a participar en el protocolo de investigación, haciendo una reseña breve del objetivo y de los beneficios que tendrían al decidir participar en el mismo.

Una vez que se contó con la autorización se firmó el consentimiento informado del adolescente y de los padres y se procedió a la toma del peso y la talla y el llenado del formato de las escalas de depresión, ansiedad, autoestima y dismorfia corporal.

Ya contestados los instrumentos se procedió al análisis de los resultados haciendo llegar al médico familiar los mismos para el manejo integral del paciente.

III.4 Consideraciones éticas.

En el presente estudio se contempló la reglamentación ética vigente se sometió a un Comité de Investigación Local en salud, ante el cual se presentó para su revisión, evaluación y aceptación.

Se utilizó solo para el cumplimiento de los objetivos del estudio. Dentro de la Declaración de Helsinki 2013 se respetó el artículo 11 “En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación”. Así como el artículo 23 que refiere “deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física, mental y social.”

Por las características del estudio se consideró que no implicó riesgo para los pacientes. Se explicó los beneficios que otorgaría el conocer si se padece algún trastorno del estado de ánimo y poder incidir en ello y que esto aporte mejora a la Salud física, mental, social y nutricional.

Se requirió consentimiento informado de los pacientes encuestados y de sus padres, donde se explicó el objetivo de la investigación y los procedimientos a

seguir. Se derivó al servicio de Nutrición y al servicio de Psicología a los adolescentes que lo ameritaron.

Se garantizó la confiabilidad de resultados, sin violar los aspectos éticos ni se expuso la integridad o salud, así como la utilización de los mismos para el cumplimiento de los objetivos propuestos en el estudio.

III.5 Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva y el análisis inferencial se obtuvo con la prueba de chi cuadrada para dos poblaciones independientes, para la fuerza de asociación se utilizó la razón de momios.

IV. RESULTADOS

Se estudiaron 204 pacientes divididos en dos grupos los cuales comprenden 102 participantes por grupo, normopeso y sobrepeso-obesidad, con un promedio de edad de 12.54 en el grupo de normopeso y 12.83 en el grupo de sobrepeso-obesidad. En el grupo de normopeso predomina el género femenino con un 52% y en el grupo de sobrepeso-obesidad predomina el género masculino con un 57.8%. (Cuadro IV.1).

En el cuadro IV.2 se muestra que la depresión se presentó en el 11.8% de los pacientes con normopeso y en el 57.8% de los pacientes con sobrepeso-obesidad, con χ^2 de 47.72 y $p=0.000$. La fuerza de asociación fue de 10.29 (IC 95; 5.01-21.12).

La ansiedad se presentó en el 23.5% de los pacientes con normopeso y en el 86.3% de los pacientes con sobrepeso-obesidad, con χ^2 de 81.09 y $p=0.000$. Con una fuerza de asociación de 20.42 (IC 95; 9.88-42.23). (Cuadro IV.3).

Cuadro IV.4 La autoestima baja se presentó en el 21.6% de pacientes con normopeso y en el 67.6% de los pacientes con sobrepeso-obesidad, con χ^2 de 43.82 y $p=0.000$. OR 7.60 (IC 95; 4.05-14.25).

La dismorfia corporal se presentó en el 2.9% de los pacientes con normopeso y en el 19.6% de los pacientes con sobrepeso-obesidad, con χ^2 de 14.16 y $p=0.000$. Fuerza de asociación de 8.04 (IC 95; 2.31-28.04). (Cuadro IV.5)

La depresión se presentó en el 32.4% de los adolescentes masculinos y en el 37.5% de pacientes femeninas, con χ^2 de 0.581 y $p=0.446$. Fuerza de asociación de 1.25 (IC 95; 0.70-2.22). El resto de los resultados se muestra en el cuadro IV.6.

Cuadro IV.1 Características sociodemográficas de los adolescentes.

n=204

Característica	Peso normal	Sobrepeso Obesidad	P
Edad (Media)	12.54 ± 0.727	12.83 ± 0.719	0.004*
Masculino %	48	57.8	
Femenino %	52	42.2	0.161**

*Prueba de t para dos poblaciones independientes, significativo cuando el valor de p es < 0.05

**Prueba de Chi cuadrada, significativo cuando el valor de p es < a 0.05

Fuente: Datos obtenidos de la base de datos del protocolo “Asociación de sobrepeso y obesidad con trastornos del estado de ánimo en adolescentes”

Cuadro IV.2. Asociación de sobrepeso-obesidad y depresión en adolescentes

n=204

	Peso normal %	Sobrepeso-Obesidad %	Chi ²	p	OR	IC95%	
						Inferior	Superior
Sin depresión	88.2	42.2	47.72	0.000	10.29	5.01	21.12
Con depresión	11.8	57.8					

Chi² significativa cuando p<0.05

Fuente: Datos obtenidos de la base de datos del protocolo “Asociación de sobrepeso y obesidad con trastornos del estado de ánimo en adolescentes”

Cuadro IV.3. Asociación de sobrepeso-obesidad y ansiedad en adolescentes

n=204							
IC95%							
	Peso normal %	Sobrepeso-Obesidad %	Chi2	p	OR	Inferior	Superior
Sin ansiedad	76.5	13.7	81.09	0.000	20.42	9.88	42.23
Con ansiedad	23.5	86.3					

Chi² significativa cuando p<0.05

Fuente: Datos obtenidos de la base de datos del protocolo “Asociación de sobrepeso y obesidad con trastornos del estado de ánimo en adolescentes”

Cuadro IV.4. Asociación de sobrepeso-obesidad y autoestima en adolescentes

n=204

IC95%

	Peso normal %	Sobrepeso-Obesidad %	Chi2	p	OR	Inferior	Superior
Autoestima elevada	78.4	32.4	43.82	0.000	7.60	4.05	14.25
Autoestima baja	21.6	67.6					

Chi² significativa cuando p<0.05

Fuente: Datos obtenidos de la base de datos del protocolo “Asociación de sobrepeso y obesidad con trastornos del estado de ánimo en adolescentes”

Cuadro IV.5. Asociación de sobrepeso-obesidad y distorsión de la imagen corporal en adolescentes.

n=204

Imagen corporal	Peso normal %	Sobrepeso-Obesidad %	Chi2	p	OR	IC95%	
						Inferior	Superior
Sin distorsión	97.1	80.4	14.16	0.000	8.04	2.31	28.04
Con distorsión	2.9	19.6					

Chi² significativa cuando p<0.05

Fuente: Datos obtenidos de la base de datos del protocolo “Asociación de sobrepeso y obesidad con trastornos del estado de ánimo en adolescentes”

Cuadro IV.6. Asociación de género y estados de ánimo en adolescentes.

Estados de ánimo	Masculino %	Femenino %	Chi2	p	OR	n=204. IC95%	
						Inferior	Superior
Sin depresión	67.6	62.5	0.58	0.446	1.25	0.70	2.22
Con depresión	32.4	37.5					
Autoestima elevada	50.9	60.4	1.85	0.173	0.68	0.39	1.18
Autoestima baja	49.1	39.6					
Sin ansiedad	41.7	49	1.09	0.296	0.74	0.42	1.29
Con ansiedad	58.3	51					
Sin distorsión de imagen corporal	87	90.6	0.65	0.419	0.69	0.28	1.68
Con distorsión de imagen corporal	13	9.4					

Chi² significativa cuando p<0.05

Fuente: Datos obtenidos de la base de datos del protocolo “Asociación de sobrepeso y obesidad con trastornos del estado de ánimo en adolescentes.

V. DISCUSIÓN

El sobrepeso y la obesidad han ido incrementando en porcentaje en todos los grupos de edad, uno de los grupos con mayor vulnerabilidad al aumento de peso son los adolescentes con las consecuentes comorbilidades además de afectar su vida en todos los ámbitos. No solamente tienen efectos sobre el estado de salud, sino también, tiene implicaciones en el estado de ánimo, la autoestima o en otras psicopatologías.

Se han hecho numerosos estudios donde se busca asociar el sobrepeso y la obesidad con diversos trastornos del estado de ánimo en los adolescentes, la mayoría de las investigaciones han sido en poblaciones no mexicanas y sus resultados no son concluyentes (Cruzat, 2017; Quintero, 2016; Parodi, 2015), por lo que con esta investigación se pretendió determinar la asociación entre el sobrepeso-obesidad con psicopatologías y partiendo de dicha asociación aportar un manejo integral y multidisciplinario a todos los pacientes que presentan esta entidad clínica con lo que se obtendrá un mejor apego al tratamiento, mantenimiento de la reducción de peso y tratamiento de acuerdo al grado de severidad de las psicopatologías que se presenten en nuestros pacientes como parte fundamental del manejo del sobrepeso-obesidad.

La etapa de la adolescencia comprende de los 10 a los 19 años, nuestra población estudiada dentro de la muestra obtenida abarca edades de los 11 a los 15 años, es decir abarcamos la adolescencia temprana y media pero no se tuvieron pacientes de adolescencia tardía; lo anterior pudiera ser a consecuencia de la poca solicitud de atención médica en este grupo etario.

El sobrepeso-obesidad se asoció con la depresión en los adolescentes en un 57.8%, encontrándose en un porcentaje más alto de lo hasta ahora publicado en la literatura donde oscilaba esa asociación entre 30-40% (Orozco, 2014); en otros estudios no se encontró asociación entre estas dos variables (Aguilar et al., 2011). La diferencia en cuanto al porcentaje en este estudio se debe a que la muestra del presente trabajo fue mucho mayor al estudio previo realizado en

población mexicana donde solo se estudiaron 32 pacientes. Para la evaluación en nuestro estudio se empleó la escala discreta en el rango de 0 a 3 y se evitó la escala CES-D (raramente, algunas veces, ocasionalmente, la mayor parte del tiempo, no sabe, no contesto) ya que es inespecífica puesto que el raramente, algunas veces y las demás respuestas pueden no significar lo mismo para toda la población.

La presencia de ansiedad en los pacientes adolescentes con sobrepeso-obesidad no ha sido investigada en forma exhaustiva, en un estudio en población chilena la ansiedad representa un alto porcentaje de 73.85% (Tapia, 2006), el resultado obtenido en nuestra investigación fue similar a lo reportado en otra literatura, donde rebasa el 70%. Esta alta prevalencia es a consecuencia de que algunas personas confunden la ansiedad con el hambre y, por tanto, se ha reportado que algunas de ellas al sentirse ansiosas tratan de mitigar esta ansiedad con comida, creándose un círculo difícil de romper (Puma, 2017).

Existe asociación entre el grado de autoestima y la presencia de sobrepeso-obesidad teniendo menor autoestima en el grupo de sobrepeso-obesidad a diferencia de la autoestima alta encontrada en el grupo de normopeso. Dentro de la literatura encontrada, este resultado no coincide con lo reportado en una investigación de la facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, donde no se encontró asociación. Tras no alcanzar el estándar de delgadez impuesto socialmente, los adolescentes sufren del estigma y la crítica por parte de los medios de comunicación, la familia y los pares, esta insatisfacción promueve la baja autoestima al igual que la discrepancia entre el cuerpo ideal y el real por las creencias negativas que produce sobre ellos mismos. (Contreras-Valdez, 2016).

Contrario a lo reportado en la literatura donde se maneja un porcentaje de 15% de dismorfia corporal en adolescentes con sobrepeso-obesidad en nuestra investigación este porcentaje es del 87%. La imagen corporal autopercibida tiene una estrecha relación con el estado nutricional, siendo los más afectados con distorsión de la imagen corporal aquellos que se encuentran en sobrepeso-

obesidad; teniendo gran influencia de los estándares socioculturales lo que ha contribuido a generar en las personas cierta inconformidad con su imagen corporal, llevándolos a intentar modificar su cuerpo y da origen en ocasiones a la presencia de trastornos de la conducta alimentaria (Sánchez, 2015).

El género y la presencia de psicopatologías en los pacientes con sobrepeso-obesidad no muestra diferencia significativa; en el caso de depresión el resultado es contrario a lo reportado en la literatura donde la relación de depresión mujeres y hombres es 2:1 (Díaz, 2008); hablando de ansiedad lo reportado en nuestra investigación es similar a lo reportado en otros estudios que no muestran prevalencia por género; en el caso de autoestima se ha mostrado predilección en el sexo femenino y en cuanto a la dismorfia corporal no coincide con lo reportado en la literatura previa donde el mayor porcentaje de dismorfia se presenta en adolescentes del sexo femenino. (Tapia, 2006; Cruzat, 2017).

Se podría creer que estas condiciones predominarán en las mujeres, tomando en cuenta el antecedente histórico, sin embargo, las sociedades han ido cambiando y el día de hoy la imagen corporal no solo es importante para el género femenino, sino que los hombres también deben de cumplir estándares puestos por la sociedad en donde el factor más importante para el éxito social es verse bien físicamente de acuerdo a lo establecido como figura ideal. Estamos ante una sociedad que confunde el verse bien o belleza con delgadez extrema o cuerpos con ciertos valores de estética corporal, que enaltece los cuerpos esbeltos en mujeres y los cuerpos musculosos en hombres. (Hernández, 2010; Sánchez 2015).

VI. CONCLUSIONES

Se encontró asociación entre sobrepeso-obesidad con la depresión, en el 57.8%.

Se encontró asociación entre sobrepeso-obesidad y la ansiedad en el 86.3%.

Se encontró asociación entre sobrepeso-obesidad y autoestima baja en el 67.6%.

Se encontró asociación entre sobrepeso-obesidad con dismorfia corporal en el 19.6%.

Por lo que rechazamos nuestras hipótesis nulas y aceptamos las alternas.

Concluyendo que los trastornos del estado de ánimo están fuertemente asociados con sobrepeso y obesidad en este grupo etario.

VII. PROPUESTAS

Indagar en todo adolescente con sobrepeso u obesidad síntomas o signos de psicopatologías o trastornos del estado de ánimo.

Dar mayor importancia al componente psicológico en este grupo etario, ya que, aunque no se puede establecer causalidad si se observó asociación con el peso.

Incluir dentro del manejo integral del tratamiento del paciente con sobrepeso-obesidad el apoyo de psicoterapia y de acuerdo al grado de severidad del trastorno del estado de ánimo el uso de fármacos.

De igual manera propongo seguir esta línea de investigación en edades que abarquen la adolescencia tardía ya que nuestro estudio no incluye adolescentes mayores de 16 años y posteriormente hacer una comparativa con la presente investigación para ver si hay alguna diferencia significativa.

IX. LITERATURA CITADA

- Aguilar H, Pérez P, Díaz de León E, Cobos-Aguilar H. 2011. Factores psicosociales asociados a sobrepeso y obesidad en niños de 8 a 15 años. *Pediatría de México*. 13 (1); 17-23.
- Antona A, Madrid J, Aláez M. 2003. Adolescencia y Salud. *Papeles del Psicólogo*. 23 (84).
- Baile J, González M. 2011. Comorbilidad Psicopatológica en obesidad. *An. Sist. Sanit. Navar*. 34 (2):253–61.
- Botto A, Acuña J, Jiménez J. 2014. La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Rev. méd. Chile*. 142(10): 1297-1305.
- Bravo et al. 2011. Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. *Enseñanza e Investigación en Psicología*. 16 (1): 115-123.
- Calvo C. 2014. Obesidad infanto-juvenil. *Anales de la Real Academia Nacional de Farmacia*. 84 (1): 15-28.
- Castellón S, Ledesma E. 2012. "El funcionamiento familiar y su relación con la socialización infantil. Proyecciones para su estudio en una comunidad suburbana de Sancti Spíritus. Cuba", en *Contribuciones a las Ciencias Sociales*.
- Cecchini et al. 2010. "Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness". *Lancet*. 376:1775-84
- Contreras-Valdez J, Hernández L, Freyre MA. 2016. Insatisfacción corporal, autoestima y depresión en niños con obesidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 7: 24-31.

- Cooper P, Taylor M, Cooper Z, Fairburn C. 2012. The development and validation of the Body Shape Questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*. 6: 485-494.
- Cruzat M et al. 2017. Differences in body image of Young normal weight and overweight/obese people. *Nutr. Hosp.* 34 (4): 847-855.
- De la Serna I. 2004. Introducción: alteraciones de la imagen corporal. *Monografía Psiquiatría*. 16 (2): 1-2.
- Díaz M. 2008. Obesidad y Autoestima. *Enfermería Global* 7 (2): 1-10.
- Díaz et al. 2006. Factores psicosociales de la depresión. *Rev Cub Med Mil.* 35(3).
- Feighner J, Boyer W. 1991. Diagnóstico de la depresión. *Perspectivas en Psiquiatría*. Madrid: Salvat. 2: 130-41.
- Gaete V. 2015. Desarrollo psicosocial del adolescente. *Revista Chilena de Pediatría*. 86(6):436-43.
- Galeano M. 2011. Indicadores depresivos en una muestra de pacientes con obesidad. *Eureka (Asunción) en Línea*. 8(2): 254-266.
- García-García E, et al. 2008. La obesidad y el síndrome metabólico como problema de salud pública: Una reflexión. *Salud Pública de México*. 50(6):530-47.
- García-Rodríguez J, García-Fariñas A, Rodríguez-León G, Gálvez-González A. 2010. Dimensión económica del sobrepeso y la obesidad como problemas de salud pública. *Salud en Tabasco*. 16 (1): 891-896.
- Gómez-Ortiz O, Casas C, Ortega-Ruiz R. 2016. Ansiedad social en la adolescencia: factores psicoevolutivos y de contexto familiar. *Psicología Conductual*. 24(1).

- González A, Márquez V, López M. 2015. Educación y salud en una sociedad globalizada. Editor Almeria e U.
- González F, Gimeno A, Meléndez J, Córdoba A. 2012. La percepción de la funcionalidad familiar. Confirmación de su estructura bifactorial. *Escritos de Psicología*. 5(1):34–9.
- González M, Lugli Z, Vivas E, Guzmán R. 2015. Insatisfacción con la imagen corporal y control personal de la conducta en obesos que asisten a tratamiento. *Gen*, 69(2), 28-38.
- González R et al. 2009. Caracterización de la obesidad en los adolescentes. *Revista Cubana de Pediatría*. 81(2): 1-13.
- Gutmar C. La OMS detalla cuáles son los 5 países más obesos de América Latina; México encabeza lista. 2015. Maznews. [cited 2016 Nov 3].
- Halmi K; Stunkard A; Masson E. 1980. Emotional responses to weight reduction by three methods: gastrics bypass, jejunileal bypass, diet. *Am J Clin Nutr*. 33: 446 – 451.
- Hamilton M. 1959. The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol*. 32:50-55.
- Hamilton M. 2017. HARS. Escala de Hamilton para la ansiedad. 1st ed. España: Dwarf. 1-36.
- Hernández R. 2010. Depresión en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar 19 con diagnóstico de sobrepeso y obesidad. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*. 29 (2): 237-243.
- Herrera M. 2004. Autoestima, su influencia en el sobrepeso a través de técnicas Cognitivo-Conductuales. *Psicología*.

- Instituto mexicano del Seguro Social. 2012-2013. Informe al ejecutivo federal y al congreso de la unión sobre la situación financiera y los riesgos del instituto mexicano del seguro social.
- Instituto Nacional de Salud Pública. 2016. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Resultados Nacionales.
- Jamison, DT. 2006. Investing in Health, Disease control priorities in developing countries. Oxford University Press for The World Bank. 2nd. Ed: 3-34.
- Kapsambelis V. 2017. Psiquiatría clínica y Psicopatología del Adulto. 1era edición electrónica. México. Fondo de Cultura Económica.
- Krauskopf D. 2011. "El desarrollo en la adolescencia: las transformaciones psicosociales y los derechos en una época de cambios." *Revista Psicología.com*. 1-12.
- Lista VA. 1996. Diagnóstico y tratamiento de la depresión en el escenario del internista y médico general. *Archivo Medicina Interna (Montevideo)*. 18 (3):117-221.
- Lobo et al. 2002. Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica*. 118(13): 493-9.
- Loperena M. 2008. El autoconcepto en niños de cuatro a seis años. *Tiempo de Educar*. 93: 07-327.
- Meece J. 2011. Desarrollo del niño y del adolescente. Compendio para educadores. Primera edición. McGraw Hill.
- Muñiz J. y Fernández J. 2010. La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test. *Papeles del Psicólogo*. 31: 108-121.

- Orlando H. 2005. *Obesidad: una carrera de regularidad contra el sobrepeso*. Clarín Buenos Aires. (médico cardiólogo y psicoterapeuta especializado en obesidad, miembro de SAOTA)
- Orozco M, Ruiz J. 2014. Prevalencia de depresión en adolescentes con sobrepeso-obesidad en la consulta externa del Hospital General de Tlalneplanta 2013. Tesis. Universidad Autónoma del Estado de México.
- Ortega E. 2018. Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. *Rev Med Hered.* 29: 111-115.
- Parodi C. 2015. Ansiedad, Depresión e Imagen Corporal en pacientes que consultan en la Unidad de Obesidad del Hospital de Clínicas. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.* 13 (3): 64-74.
- Puma E, Meza C. 2017. Ansiedad, estrés y obesidad en una muestra de adolescentes de México. *Universitas Psychologica.* 16 (3).
- Pullaguari C. 2015. Autopercepción de la imagen corporal en relación con el índice de masa corporal en adolescentes de 16 a 18 años del Colegio Beatriz Cueva de Ayora período febrero-julio 2014. Tesis de grado. Universidad Nacional de La Loja.
- Quintero J et al. 2016. Psicopatología en el paciente con obesidad. *Salud Mental.* 39 (3): 123-130.
- Raich R et al. 2012. Adaptación de un instrumento de evaluación de la insatisfacción corporal. *Clínica y Salud.* 7 (1): 51-66.
- Ramírez E, Negrete NL, Tijerina A. 2012. El peso corporal saludable: definición y cálculo en diferentes grupos de edad. *Salud Pública y Nutrición.* 13(4).
- Rodríguez C, Caño A. 2012. Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy.* 12(3):389–403.

- Rodríguez L. 2016. Psicología del desarrollo moral en la adolescencia. Un modelo integrativo. Tesis doctoral. Buenos Aires, Facultad de Psicología y Psicopedagogía de la Pontificia Universidad Católica Argentina.
- Rodríguez R, Marisol G. 2017. Los rasgos de personalidad y su influencia en los trastornos de la conducta alimentaria en los/las adolescentes de Bachillerato de 16 a 17 años del Colegio de Bachillerato Beatriz Cueva de Ayora. Tesis doctoral.
- Ruiz M. 2014. Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad en México. Boletín Epidemiológico. 31(15).
- Saldaña C. 2000. Consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas. Nutrición y obesidad. 3 (2): 81 – 88.
- Sánchez A, Ruiz A. 2015. Relación entre autoestima e imagen corporal en niños con obesidad. Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios. 6 (1): 38-44.
- Sawyer et al. 2012. Adolescence: A foundation for future health. Lancet. 379: 1630—1640.
- Secretaría de Salud. 2015. Intervenciones de Prevención y Promoción de la Salud para el Sobrepeso y Obesidad. In: Sobrepeso y Obesidad Acciones y Programas.
- Soutullo C. 2010. Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente. XVI ed. Panamericana M, editor. Buenos Aires, Madrid.
- Sparisci V. 2013. Representación de la autoestima y personalidad. Facultad de Ciencias de la Comunicación. Universidad Abierta Interamericana. (1): 6-7.
- Tapia A. 2006. Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso-obesidad. Rev. Chil. Nutr 33 (2): 352-357.

- Téllez A, Gorostieta Z, García K. 2012. *Obesidad Infantil, México. Antecedentes del sobrepeso y la obesidad.*
- Vaquero R, Alacid F, Muyor J, López-Miñarro PÁ. 2013. Imagen corporal; revisión bibliográfica. *Nutrición Hospitalaria.* 28(1):27–35.
- Virues R. 2005. Estudio sobre Ansiedad. *Psicología Científica.* 25; 17(8).
- Wadden T, Stunkard A, Brownell K, Day S. 1984. Treatment of obesity by behavior therapy and very-low-calori diet: a pilot investigation. *J. Sult. Clin. Psicol.* 52: 692 – 4.
- Webb W et al. 1976. Jejunoileal bypass procedures in morbid obesity: preoperative psychological findings. *J. Clin. Psychol.* 32: 82 – 5.
- WHO Technical Report. Programming for adolescent health and development: report of a WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health. Geneva: World Health Organization; 2018.
- Zukerfeld R. 2005. *Obesidad: una carrera de regularidad contra el sobrepeso.* Clarín Buenos Aires. (médico psicoanalista, miembro de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis (SAP) y profesor del Instituto Psicosomático de Buenos Aires (IPBA)).

ANEXOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



FOLIO

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS/ PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

ASOCIACIÓN ENTRE SOBREPESO Y OBESIDAD CON TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN ADOLESCENTES

NOMBRE: _____
 N° de Seguridad Social: _____
 Teléfono: _____ Fecha de realización: _____ Edad: _____

Género

Masculino	
Femenino	

Peso: _____

Talla: _____

IMC:

Menor 18.5 kg/m ²	
18.5 a 24.9 kg/m ²	
25 a 29.9 kg/m ²	
30 a 34.9 kg/m ²	
35 a 39.4 kg/m ²	
39.5 a 40 kg/m ²	
Mayor a 40 kg/m ²	

Depresión

Sin depresión	
Leve	
Moderada	
Grave	

Autoestima

Elevada	
Media	
Baja	

Ansiedad

No ansiedad	
Ansiedad menor	
Ansiedad mayor	

Funcionalidad Familiar

Funcional	
Moderadamente disfuncional	
Disfunción grave	

Imagen Corporal

Insatisfacción corporal	
Miedo a engordar	
Baja estima por la apariencia	
Deseo de perder peso	
Sin distorsión	

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (Beck Depression Inventory)

Nombre.....Fecha.....

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.

1.
 - a. No me siento triste.
 - b. Me siento triste.
 - c. Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
 - d. Estoy tan triste y infeliz que no puedo soportarlo.

 2.
 - a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
 - b. Me siento desanimado con respecto al futuro.
 - c. Siento que no tengo nada que esperar.
 - d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

 3.
 - a. No creo que sea un fracaso.
 - b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 - c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un monton de fracasos.
 - d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

 4.
 - a. Obtengo tanta satisfaccion de las cosas como la que solia obtener antes.
 - b. No disfruto de las cosas de la manera en que solia hacerlo.
 - c. Ya no tengo verdadero satisfaccion de nada.
 - d. Estoy insatisfecho o oaburrido de todo.

 5.
 - a. No me siento especialmente culpable.
 - b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.
 - c. Me siento culpable casi siempre.
 - d. Me siento culpable siempre.

 6.
 - a. No creo que este siendo castigado.
 - b. Creo que puedo ser castigado.
 - c. Espero ser castigado.
 - d. Creo que estoy siendo castigado.

 7.
 - a. No me siento decepcionado de mi mismo.
 - b. Me he decepcionado a mi mismo.
 - c. Estoy disgustado conmigo mismo.
 - d. Me odio.

 8.
 - a. No creo ser peor que los demás.
 - b. Me critico por mis debilidades o errores.
 - c. Me culpo siempre por mis errores.
 - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
-

9. a. No pienso en matarme.
b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
c. Me gustaría matarme.
d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
10. a. No lloro más de lo de costumbre.
b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
c. Ahora lloro todo el tiempo.
d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
11. a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
b. Las cosas me irritan más que de costumbre.
c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
12. a. No he perdido el interés por otras cosas.
b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
d. He perdido todo mi interés por otras personas.
13. a. Tomo decisiones casi siempre.
b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
d. Ya no puedo tomar decisiones.
14. a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
d. Creo que me veo feo.
15. a. Puedo trabajar tan bien como antes.
b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
d. No puedo trabajar en absoluto.
16. a. Puedo dormir tan bien como antes.
b. No puedo dormir tan bien como solía.
c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
17. a. No me canso más que de costumbre.
b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
c. Me canso sin hacer nada.
d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
18. a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
c. Mi apetito está mucho peor ahora.
d. Ya no tengo apetito.
19. a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, ultimamente.
b. He rebajado más de dos kilos y medio.
c. He rebajado más de cinco kilos.
d. He rebajado más de siete kilos y medio.
20. a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
21. a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
d. He perdido por completo el interés en el sexo.

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4
Ansiedad psíquica					
Ansiedad somática					
PUNTUACIÓN TOTAL					

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

BSQ (CUESTIONARIO IMAGEN CORPORAL COOPER)

	Nunca	Rara- mente	Algunas veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre
1. Cuando te aburres, ¿te preocupas por tu figura?	1	2	3	4	5	6
2. ¿Has estado tan preocupada por tu figura que has pensado que debías ponerte a dieta?	1	2	3	4	5	6
3. ¿Has pensado que tus muslos, caderas o nalgas(culo) son demasiado grandes en proporción con el resto de tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
4. ¿Has tenido miedo a convertirte en gordo/a (o más gordo/a)?	1	2	3	4	5	6
5. ¿Te ha preocupado el que tu carne no sea suficientemente firme?	1	2	3	4	5	6
6. ¿Sentirte lleno/a (después de una comida) te ha hecho sentir gordo/a?	1	2	3	4	5	6
7. ¿Te has sentido tan mal con tu figura que incluso has llorado por ello?	1	2	3	4	5	6
8. ¿Has evitado correr para que tu carne no botara, saltara?	1	2	3	4	5	6
9. ¿Estar con chicos/as delgados/as te ha hecho fijar en tu figura?	1	2	3	4	5	6
10. ¿Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?	1	2	3	4	5	6
11. ¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a?	1	2	3	4	5	6
12. ¿Te has fijado en la figura de otros chicos/as y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?	1	2	3	4	5	6
13. ¿Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración (cuando estás mirando la televisión, leyendo o manteniendo una conversación)?	1	2	3	4	5	6
14. Estar desnudo/a, por ejemplo cuando te duchas, ¿te ha hecho sentir gordo/a?	1	2	3	4	5	6
15. ¿Has evitado llevar vestidos que marquen tu figura?	1	2	3	4	5	6

16. ¿Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
17. Comer caramelos, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te ha hecho sentir gordo/a?	1	2	3	4	5	6
18. ¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, a una fiesta) porque te has sentido mal respecto a tu figura?	1	2	3	4	5	6
19. ¿Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a?	1	2	3	4	5	6
20. ¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?	1	2	3	4	5	6
21. La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?	1	2	3	4	5	6
22. ¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo por la mañana)?	1	2	3	4	5	6
23. ¿Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol?	1	2	3	4	5	6
24. ¿Te ha preocupado que la otra gente te vea <i>michelines</i> alrededor de tu cintura?	1	2	3	4	5	6
25. ¿Has pensado que no es justo que otras chicas/os sean más delgadas/as que tú?	1	2	3	4	5	6
26. ¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?	1	2	3	4	5	6
27. Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (por ejemplo en el autobús, en el cine...)?	1	2	3	4	5	6
28. ¿Te ha preocupado que tu carne tenga aspecto de <i>piel de naranja</i> o <i>celulitis</i> ?	1	2	3	4	5	6
29. Verte reflejado/a en un espejo, ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?	1	2	3	4	5	6
30. ¿Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuánta grasa hay?	1	2	3	4	5	6
31. ¿Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (por ejemplo, piscinas, duchas, vestidores...)?	1	2	3	4	5	6
32. ¿Ha tomado laxantes para sentirte más delgado/a?	1	2	3	4	5	6
33. ¿Te has fijado más en tu figura cuando estás en compañía de otra gente?	1	2	3	4	5	6
34. ¿La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?	1	2	3	4	5	6

Modelo 2. Cuestionario de Figura Corporal: BSQ, Body Shape Questionnaire
(Cooper, Taylor, Cooper y Fairburn, 1987)



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Adolescente)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: ASOCIACIÓN ENTRE SOBREPESO Y OBESIDAD CON TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11

Patrocinador externo (si aplica): No aplica

Lugar y fecha: Santiago de Querétaro, UMF. 11. Delegación, Querétaro, julio 2017

Justificación y objetivo del estudio: Establecer la asociación entre sobrepeso y obesidad con trastornos del estado de ánimo en adolescentes.

Procedimientos: Obtener peso, talla y contestar instrumentos o escalas de evaluación.

Posibles riesgos y molestias: Pérdida de tiempo sentida.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Conocer la asociación del sobrepeso y la obesidad con los trastornos del estado de ánimo para poder dar un tratamiento integral en el manejo de la obesidad.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Brindar información oportuna sobre los resultados obtenidos, el adolescente con trastornos del estado de ánimo identificados se canalizará, al servicio de psicología para valoración, si el adolescente y su tutor aceptan.

Participación o retiro: El retiro no afectará la atención médica que recibe en el instituto.

Privacidad y confidencialidad: El uso de la información será anónimo y confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): No aplica

Beneficios al término del estudio: Informar sobre los resultados obtenidos.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a: Dra. Leticia Blanco Castillo
Especialista en Medicina Familiar
Directora clínica de tesis
Celular: 442 127 61 40
Correo electrónico: leticia.blanco@imss.gob.mx; lety_blc7@hotmail.com
UMF 11

Colaboradores: Dra. Cynthia Aguilar Aguilar Matricula: 99237079
Médico residente de segundo año de Medicina Familiar UMF 16.
Correo electrónico: dra_cynthia_aguilar@live.com.mx
Teléfono celular: 351 124 88 28

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 adolescente

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del padre de familia:

Testigo:

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

Clave: 2810-009-013



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(Padres)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	ASOCIACIÓN ENTRE SOBREPESO Y OBESIDAD CON TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO EN ADOLESCENTES ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 11
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Santiago de Querétaro, UMF. 11. Delegación, Querétaro, julio 2017
Justificación y objetivo del estudio:	Establecer la asociación entre sobrepeso y obesidad con trastornos del estado de ánimo en adolescentes.
Procedimientos:	Obtener peso, talla y contestar instrumentos o escalas de evaluación.
Posibles riesgos y molestias:	Pérdida de tiempo sentida.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer la asociación del sobrepeso y la obesidad con los trastornos del estado de ánimo para poder dar un tratamiento integral en el manejo de la obesidad.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Brindar información oportuna sobre los resultados obtenidos, el adolescente con trastornos del estado de ánimo identificados se canalizara, al servicio de psicología para valoración, si el adolescente y su tutor aceptan.
Participación o retiro:	El retiro no afectará la atención médica que recibe en el instituto.
Privacidad y confidencialidad:	El uso de la información será anónimo y confidencial.

En caso de colección de material biológico (si aplica):

- No autoriza que se tome la muestra.
- Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

No aplica

Beneficios al término del estudio:

Informar sobre los resultados obtenidos.

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

Dra. Leticia Blanco Castillo
Especialista en Medicina Familiar
Directora clínica de tesis
Celular: 442 127 61 40
Correo electrónico: leticia.blanco@imss.gob.mx; lety_blc7@hotmail.com
UMF 11

Colaboradores:

Dra. Cynthia Aguilar Aguilar Matricula: 99237079
Médico residente de segundo año de Medicina Familiar UMF 16.
Correo electrónico: dra_cynthia_aguilar@live.com.mx
Teléfono celular: 351 124 88 28

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 adolescente

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Nombre y firma del padre de familia:

Testigo:

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

Clave: 2810-009-013