



BUAP

Facultad de Medicina

Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 55

“CAMBIOS EN EL ESTADO PSICOLÓGICO EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE SOBREPESO – OBESIDAD, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA”

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Dra. Kristal Yazmin Garzón Hernández

Director

Dr. Jesús Taxis Ramírez

Asesor

Dra. Daniella Guillermina Sainos López
Mtra. Psic. Diana Iveth Mar Vázquez



H. Puebla de Z. Febrero 2026



BUAP

Facultad de Medicina

Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 55

**“CAMBIOS EN EL ESTADO PSICOLÓGICO EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE
SOBREPESO – OBESIDAD, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, ANTES Y DESPUÉS DE UNA
INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA”**

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en MEDICINA FAMILIAR

Presenta:

Dra. Kristal Yazmin Garzón Hernández

Director

Dr. Jesús Taxis Ramírez

Asesor

**Dra. Daniella Guillermina Sainos López
Mtra. Psic. Diana Iveth Mar Vázquez**



H. Puebla de Z. Febrero, 2026



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



"Dictamen de Reaprobación"

U MED FAMILIAR NUM 55
Comité de Ética en Investigación **21048**

Lunes, 12 de febrero de 2024

CONBIOETICA 21 CET 005 2017102

DOCTOR (A) JESÚS TEXIS RAMÍREZ

P R E S E N T E

En atención a su solicitud de evaluación de documentos del protocolo de investigación con título: **CAMBIOS EN EL ESTADO PSICOLÓGICO EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE SOBREPESO - OBESIDAD, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**, y número de registro institucional **R-2023-2104-056**; me permito informarle que el Comité de Ética en Investigación revisó y aprobó la solicitud de reaprobación del **12 de Febrero de 2024 al 12 de Febrero de 2025**

ATENTAMENTE

DOCTOR (A) MARÍA NALLELI TORRES GUTIERREZ
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 21048

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
COAD PUEBLA
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR UMF 55

PUEBLA, PUEBLA; 08 DE JULIO DEL 2025

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES:

Dr. Jesús Taxis Ramírez
Psicol. Diana Iveth Mar Vázquez
Dra. Daniela Guillermina Sainos López

DE LA TESIS TITULADA:

Cambios en el estado psicológico en niños con diagnóstico de sobrepeso – obesidad,
ansiedad y depresión, antes y después de una intervención psicológica

REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE:

Dra. Kristal Yazmin Garzon Hernandez

DE LA ESPECIALIDAD DE:

Medicina Familiar

HACEMOS CONSTAR QUE ESTE TRABAJO CIENTÍFICO HA SIDO REVISADO Y AUTORIZADO
CON EL NÚMERO DE REGISTRO NACIONAL:

R – 2023 – 2104 - 056

PROPORCIONADO POR EL SISTEMA NACIONAL DE REGISTRO EN LÍNEA DE LA COMISIÓN
DE INVESTIGACIÓN EN SALUD (SIRELCIS).

AUTORIZO SU IMPRESIÓN
ASESORES:


Dr. Jesús Taxis Ramírez
NOMBRE, FIRMA Y FECHA


Dra. Daniela Guillermina Sainos López
NOMBRE, FIRMA Y FECHA


Psicol. Diana Iveth Mar Vázquez
NOMBRE, FIRMA Y FECHA


Dra. Jessica Rojas Medina

**PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD
MEDICINA FAMILIAR**


Dra. Leticia Saez Cholula
CCEIS UMF 55


Dra. Leticia Saez Cholula
CCEIS UMF 55

Dedicatoria y Agradecimientos

El presente trabajo de investigación, no solo es un requisito para la obtención del médico especialista en Medicina Familiar es también el resumen del trabajo y esfuerzo que inicia hace casi 12 años cuando decidí dejar lo que conocía como mi hogar para intentar crecer de manera profesional y personal, todo este esfuerzo y sacrificios constates jamás hubiera sido posible sin el apoyo incondicional de mis padres.

Para Karina y Alfredo:

Esta especialidad es mucho más que un par de conocimientos adquiridos; es una suma de los valores que ustedes me han inculcado: Gracias a mi papá que, con su trabajo duro, el nunca darse por vencido y su perseverancia ha sido mi mayor ejemplo para terminar esta residencia. Gracias a mi mamá por ser siempre la luz en los momentos más oscuros, su apoyo incondicional fue lo que hizo posible que me animara a cumplir mi sueño en otra ciudad.

Para mis abuelos Gonzalo y Bertha gracias por apoyarme a lo largo de esta aventura y ser un gran apoyo para mí, los amo. A mis ángeles en el cielo mama Lucia y papa Tino lo logre y nunca se me olvidara la promesa día a día la llevo acabo los amo a los 4 gracias por ser pilares en mi vida.

Para Frida: Tu confianza en mí me ha dado las fuerzas para seguir impulsándome a alcanzar nuevas metas, por estar a mi lado en la distancia y tratar de entender este peculiar viaje y por todos los sacrificios que ahora tu enfrentas en este mismo camino llamado medicina.

A mis amigos esa familia que uno escoge, ustedes que han estado durante años sin ninguna obligación, alentándome y ayudándome a seguir, compartiendo su tiempo y su vida con la mía, anquen pareciera que tomáramos caminos diferentes siempre hemos permanecido juntos en la buenas, las malas.

Para Marielle

A mi persona quien la vida y el universo me hizo coincidir, porque sin ti esto no hubiera sido realidad esta aventura llamada residencia esta etapa maravillosa gracias por nunca dejarme caer y darme la mejor experiencia de vida, Tu espíritu incansable y esa chispa que te

empuja a dar siempre un paso más allá, ha sido una constante motivación. A pesar de tus miedos, siempre logras tus metas, mostrándome que el verdadero coraje no es la ausencia de temor, sino la conquista sobre él. El compromiso y la valentía con los que enfrentas cada nuevo reto en tu carrera no han pasado desapercibidos. Has sido un ejemplo constante de que la comodidad no es el camino hacia el éxito. Gracias por recordarme que salir de la zona de confort es donde realmente se forja el carácter y se construye una carrera de la que uno puede estar orgulloso. El éxito es de las dos porque al final del día siempre somos las dos.

Para Dr. Edmundo Zavala Ríos, gracias por ser como un segundo padre para mí, en especial en este mundo de la medicina, por creer en mí desde un principio cuando dije “quiero ser doctora” y convertirse en mi “Maestro Jedi” por siempre estar para mí en este camino de la especialidad sin ustedes no hubiera cumplido mis metas sin no confiara tanto en mí.

Para Diana Mar porque sin tu ayuda por ser mi cómplice en esta investigación porque sin tu apoyo sin tus consejos, el apoyo que hizo posible toda esta investigación, pero sobre todo tu consejos y aliento siempre solo las dos sabemos la experiencia grata y el gran consejo de vida que me diste para llegar hasta aquí.

Para mis ejemplos a seguir las doctoras Maribel Olaya y Susana Tzompantzi gracias por enseñarme, guiarme y ser parte de mi formación en este camino de la medicina familiar y la confianza que siempre me brindaron.

Esta última etapa de mi residencia el que estuvieras a mi lado y apoyaras fue decisivo para poder lograr mis objetivos. Tu criterio es el que más valoro y tus consejos, los que más atesoro, pero sobre todo tu apoyo y cariño.

Cada uno de ustedes ha sido fundamental para poder conseguir este título que hoy obtengo con orgullo. Mi éxito es nuestro éxito, mi sueño es nuestro sueño, y mi gratitud es infinita. Esto es solo el comienzo de los éxitos que vendrán, no solo a mí, sino a todos como familia.

Con todo mi amor, suya.

Kristal Yazmin Garzón Hernández.

ÍNDICE

1. RESUMEN	1
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1 Antecedentes Generales	5
2.2 Antecedentes Específicos	11
3. JUSTIFICACIÓN	16
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	17
5. OBJETIVOS.....	19
5.1 Objetivo General.	19
5.2 Objetivos Específicos	19
6. HIPÓTESIS.....	20
6.1 Hipótesis Alterna	20
6.2 Hipótesis Nula.....	20
7. MATERIAL Y MÉTODOS.....	21
7.1 Diseño y tipo de estudio	21
7.2 Ubicación espacio – temporal	21
7.3 Muestreo	21
7.3.1 Definición de la unidad de población.....	21
7.4 Criterios de Selección	22
7.4 Tamaño de la muestra.....	22
7.5 Definición de las variables y escalas de medición.	23
7.6 Estrategia de trabajo.....	25
7.7 Recolección de datos	26
7.8 Análisis estadístico	26
8. ASPECTOS ÉTICOS.....	27
9. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	31
9.1 Recursos humanos	31
9.2 Recursos materiales	31
9.3 Recursos financieros	32
9.4 Factibilidad	32
10.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	33
11.- RESULTADOS	34
12.- DISCUSIÓN.....	39
13.- CONCLUSIÓN	43

14.- PROPUESTAS.....	44
15.- CONFLICTO DE INTERÉS.....	45
16.- BIBLIOGRAFÍA	46
17.- ANEXOS.....	51

1. RESUMEN

CAMBIOS EN EL ESTADO PSICOLÓGICO EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE SOBREPESO – OBESIDAD, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Dra. Kristal Yazmin Garzón Hernández¹, Dra. Daniela Guillermina Saínos López², Dr. Jesus Taxis Ramírez³

¹Residente de tercer año de Medicina Familiar, UMF 55 Amalucan, Puebla, Médico Familiar adscrito, UMF No 55 Amalucan, Puebla.², Médico Familiar.³.

Antecedentes: En México, uno de los mayores problemas de salud pública es la obesidad, por diversas causas. Afecta a la población infantil y conduce a problemas de salud como trastornos circulatorios, diabetes e hipertensión en la edad adulta. La detección de los factores de riesgo para la obesidad en niños de entre 8 y 12 años y formar hábitos saludables son indispensables. La depresión y la ansiedad afecta negativamente las vidas de niños y adolescentes y pueden conducir a la obesidad. Por lo tanto, el apoyo psicológico es primordial.

Objetivo: Determinar si existe diferencia en el estado psicológico de niños con sobrepeso u obesidad con diagnóstico de ansiedad y depresión antes y después de una intervención psicológica.

Material y métodos: Se realizó un estudio cuasiexperimental, longitudinal, prolectivo, homodemico, realizado en la UMF No 55 en un periodo de marzo a abril del 2024 con un numero de 4 intervenciones, en niños(as) de 8 a 12 años. Se realizó la aplicación de dos cuestionarios para evaluar la depresión y la ansiedad en adolescentes, que sepan leer y escribir, los padres autoricen su participación, los pacientes no cuenten con diagnóstico y seguimiento por psicología se evaluara con los test CDI y el CMAS-R2 de Reynolds y Richmond de 1997. Se tomaron medidas antropométricas del paciente, como peso y altura. Se aplicaron los cuestionarios CDI y CMAS-R2 para determinar su nivel de depresión y ansiedad, antes y después de la intervención usando como prueba estadística Wilcoxon.

Resultados: De 40 participantes en el estudio se encontró que el 60% (n=24) fueron varones, con una edad media de 10.35 años con una De de 1.29 años, con relación al peso se obtuvo una media 40 Kg con una DE 21.53 Kg, así como una

media de 1.42mts para la talla con una DE de .13mts, al evaluar el IMC el 62.5% (n=25) presento obesidad pre intervención, mientras que el 30% (n=12) presento peso normal post intervención, con relación a la ansiedad el 57.5% (n=23) presento ansiedad leve pre intervención en comparación con el resultado post intervención en el que el 87.5% (n=35) se encontró sin ansiedad, finalmente al evaluar la depresión se encontró que el 52.5% (n=21) presento depresión leve pre intervención en comparación con el 35%(n=14) que no presento datos de depresión post intervención, al realizar el análisis bivariado y aplicar la prueba de Wilcoxon para comparar los resultados de la intervención encontramos un valor de $z=-5.596b$ con una $p=.000$ para la ansiedad, un valor de $z=-4.600b$ con una $p=.000$ para depresión y finalmente un valor de $z=-4.291b$ con un valor de $p=.000$ para el IMC.

Conclusión: Bajo las condiciones del estudio al valorar de forma pre y post intervención mediante la prueba de Wilcoxon, se encontró que existe diferencia en el estado psicológico de niños con sobrepeso u obesidad con diagnóstico de ansiedad y depresión antes y después de una intervención psicológica con un valor de $p= 0.000$, por lo que se rechaza la hipótesis nula.

Palabras clave: Obesidad infantil, Intervención psicológica, Depresión, Ansiedad.

1. ABSTRACT

CHANGES IN PSYCHOLOGICAL STATUS IN CHILDREN DIAGNOSED WITH OVERWEIGHT – OBESITY, ANXIETY, AND DEPRESSION, BEFORE AND AFTER A PSYCHOLOGICAL INTERVENTION

Dr. Kristal Yazmin Garzón Hernández¹, Dr. Daniela Guillermina Saínos López², Dr. Jesús Taxis Ramírez³ Family Medicine Resident, UMF 55 Amalucan, Puebla, Associate Family Physician, UMF No. 55 Amalucan, Puebla², Associate Family Physician, UMF No. 55 Amalucan, Puebla³

Background: In Mexico, obesity is one of the biggest public health problems, due to various causes. It affects the child population and leads to health problems such as circulatory disorders, diabetes, and hypertension in adulthood. Identifying risk factors for obesity in children between 8 and 12 years of age and developing healthy habits are essential. Depression and anxiety negatively affect the lives of children and adolescents and can lead to obesity. Therefore, psychological support is essential.

Objective: To determine whether there is a difference in the psychological status of overweight or obese children diagnosed with anxiety and depression before and after a psychological intervention.

Material and methods: A quasi-experimental, longitudinal, prolific, homodemical study was conducted at UMF No. 55 from March to April 2024, with four interventions in children aged 8 to 12 years. Two questionnaires were administered to assess depression and anxiety in adolescents. Those who were literate, parents authorized their participation, and those who did not have a diagnosis or psychological follow-up were assessed using the CDI and CMAS-R2 tests (Reynolds and Richmond, 1997). Anthropometric measurements of the patient's weight and height were taken. The CDI and CMAS-R2 questionnaires were administered to determine their levels of depression and anxiety before and after the intervention using the Wilcoxon test.

Results: Of 40 participants in the study it was found that 60% (n = 24) were male, with an average age of 10.35 years with a SD of 1.29 years, in relation to weight an

average of 40 kg with a SD of 21.53 kg was obtained, as well as an average of 1.42 meters for height with a SD of .13 meters, when evaluating the BMI 62.5% (n = 25) presented obesity pre-intervention, while 30% (n = 12) presented normal weight post-intervention, in relation to anxiety 57.5% (n = 23) presented mild anxiety pre-intervention compared to the post-intervention result in which 87.5% (n = 35) was found without anxiety, finally when evaluating depression it was found that 52.5% (n = 21) presented mild depression pre-intervention compared to 35% (n = 14) who do not present post-intervention depression data, when performing the bivariate analysis and applying the Wilcoxon test to compare the results of the intervention we found a value of $z=-5.596b$ with a $p=.000$ for anxiety, a value of $z=-4.600b$ with a $p=.000$ for depression and finally a value of $z=-4.291b$ with a $p=.000$ for BMI.

Conclusion: Under the study conditions, when assessing the pre- and post-intervention using the Wilcoxon test, a difference was found in the psychological status of overweight or obese children diagnosed with anxiety and depression before and after a psychological intervention. The p-value was 0.000, thus rejecting the null hypothesis.

Keywords: Childhood obesity, Psychological intervention, Depression, Anxiety.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes Generales

Una de las necesidades básicas para el ser humano es el funcionamiento del sistema alimentario, por lo cual, la población, al tener un buen aprovechamiento del alimento, se puede considerar que está relacionada con una buena calidad ambiental, salud, entorno alimentario y educación familiar. La obesidad, incluyendo al sobrepeso como un estado premórbido, es una enfermedad crónica caracterizada por el almacenamiento en exceso de tejido adiposo en el organismo, acompañada de alteraciones metabólicas, que predisponen a la presentación de trastornos que deterioran el estado de salud. La obesidad está asociada, en la mayoría de los casos, a patología endócrina, cardiovascular y ortopédica, principalmente. Esta enfermedad se encuentra relacionada a factores biológicos, socioculturales y psicológicos (1).

Uno de los principales problemas de salud pública en México es la obesidad, de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), esta enfermedad crónica se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa en el organismo que puede ser perjudicial para la salud, indicando que, si se mantienen las tendencias actuales, en 2022 habrá más población infantil y adolescente con obesidad que con insuficiencia ponderal moderada o grave. Las tasas mundiales de obesidad de la población infantil y adolescente aumentaron desde menos de un 1% (correspondiente a 5 millones de niñas y 6 millones de niños) en 1975, hasta casi un 6% en las niñas (50 millones) y cerca de un 8% en los niños (74 millones) en 2016. Estas cifras muestran que, conjuntamente, el número de individuos obesos de 5 a 19 años se multiplicó por 10 a nivel mundial, pasando de los 11 millones en 1975 a los 124 millones de 2016. La causa fundamental es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y calorías gastadas. Por ser una patología multifactorial, el origen de la obesidad involucra la interacción de factores genéticos, metabólicos, ambientales y psicosociales, incluyendo estilos de vida y

determinantes económicos, culturales y sociales, que causan trastornos metabólicos que influyen significativamente en los hábitos alimentarios. (2,3)

El sobrepeso y la obesidad se consideran un importante factor de riesgo para desarrollar otras enfermedades como problemas de circulación, diabetes mellitus 2, resistencia a la insulina, hipertensión arterial, entre otras comorbilidades asociadas a esta enfermedad.(4) El ascenso de la obesidad tiene como impacto, en las instituciones de la salud, el incremento de los costos de atención para los pacientes con este diagnóstico, rebasando el presupuesto hasta en un 50% para su atención en primer nivel. En los últimos años se han documentado la muerte de al menos el 20% de la población por causa o por complicaciones del sobrepeso y obesidad, cifras similares a las reportadas para problemas coronarios. (5)

La nutrición según la OMS se define como la ingesta de alimentos de acuerdo con la exigencia dietética de cada individuo (6). La alimentación es el proceso de aportar sustancias de vital importancia al cuerpo humano, con los que se adquieren nutrimentos para sostener una vida saludable. (7) Por su parte la dieta, de etimología griega "Dayta", pertenece al concepto de un régimen de vida con el cual se proporciona una adecuada alimentación, combinando todos los grupos alimenticios, con los nutrientes suficientes para el adecuado funcionamiento del organismo. (8) Los requerimientos nutricionales que corresponden a la ingesta optima, los cuales son recomendados por la OMS, Unión Europea y la Food and Nutrition Board (National Academy of Sciences) se calculan empleando una estimación de las aportaciones cuantitativas de cada nutriente.(9) Con respecto a los nutrientes estos se clasifican en dos tipos, 1) macronutrientes, aquellos nutrientes que se deben consumir en mayor cantidad, por aportar una alta cantidad de energía al organismo, tales como: grasas, proteínas y carbohidratos y 2) micronutrientes, derivados de la ingesta de alimentos con pequeñas cantidades de vitaminas y minerales. (10,11)

La OMS estableció una clasificación de la obesidad, la cual toma en consideración para su determinación el índice de masa corporal (IMC) asociando el peso y la talla. De acuerdo con los valores obtenidos se clasifican en: 18.5 bajo peso, 18.6 a 24.9 normal, 25 a 29.9 es sobrepeso, mayor de 30 obesidad con clase I, II y III (12). La obesidad es un padecimiento que se desarrolla en la infancia luego de un desbalance entre ingesta y gasto calórico interviniendo factores como la genética familiar, inactividad física y malos hábitos alimenticios. Actualmente se considera un problema de salud pública además que se acompaña de padecimientos no transmisibles. (13)

En ingesta de grasas se recomienda un consumo al menos del 30% del total de la ingesta, las proteínas se aconsejan de 45 a 59 g al día, de los micronutrientes las vitaminas y minerales son importantes, y dentro de ellos los más destacados es la vitamina D, vitamina C, hierro, calcio, zinc y yodo, ya que intervienen en la síntesis de masa corporal, células sanguíneas y huesos. La manera de tener una alimentación saludable es incorporar a la dieta frutas, verduras, cereales, lácteos, carnes y agua. Esto se puede observar en la pirámide o el plato del buen comer, así como la jarra del buen beber, adaptadas para proveer todos los requerimientos que necesita el cuerpo humano, y así evitar enfermedades crónicas, mejorar el sistema inmunitario y contribuir a un mejor estado de salud. (14,15). La NOM-047-SSA2-2015 establece criterios para la atención del adolescente en salud, previniendo enfermedades crónico-degenerativas, enfermedades de transmisión sexual, prevención del embarazo a temprana edad, promoción de la salud escolar, tratamiento para sobrepeso y obesidad, educación en materia alimentaria y atención a la violencia familiar (16,17). Los hábitos alimenticios son conductas de selección de los alimentos por la población, los cuales pueden ser influenciados por los gustos, disponibilidad de tiempo, economía, religión o tradiciones familiares, esto se adquiere desde la infancia y puede prevalecer en la vida adulta. (18)

De acuerdo con el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) en México en el año 2016, se contaba con un 72.5% de población adulta que se encontraba en estado

de obesidad. Lo cual afectó la economía, al elegir el patrón de oferta y demanda alimentaria, ya que se incorporaron productos industrializados con un alto contenido calórico y baja cantidad de nutrimentos. Como consecuencia, las industrias aumentaron la comercialización de alimentos no nutritivos y de fácil preparación en centros comerciales, tiendas de conveniencia y hogares, observándose un mayor consumo de alimentos procesados. Las tasas de obesidad infantil y en adolescentes se incrementaron en los últimos 40 años y México particularmente ocupa el primer lugar en obesidad infantil y el segundo en obesidad en adultos, según el Fondo de las Naciones Unidas para Infancia (UNICEF), por ello es importante considerar la oferta y demanda presente en la industria alimentaria. (19, 20) Con respecto a lo anterior, cuando se presentan casos de obesidad, la NOM-008-SSA2-2017 establece iniciar tratamiento farmacológico en compañía de una dieta equilibrada indicada por el nutriólogo. (21)

La obesidad en los niños y adolescentes tiene gran impacto a nivel mundial. Sus efectos pueden verse reflejados en el metabolismo, ya que se elevan ácidos grasos y citoquinas, provocando placas de ateroma lo cual provoca graves riesgos cardiovasculares., aunado a esto se presenta alteración del metabolismo de hidratos de carbono. Particularmente los adolescentes con obesidad presentan elevación de la presión arterial, disfunción endotelial, síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) el cual se considera un factor de mal pronóstico en adolescentes con obesidad (22). Los adolescentes con obesidad sufren repercusiones de esta enfermedad a nivel psicológico como estrés, aislamiento social, baja autoestima y depresión, generando alteraciones de conducta alimentaria, como los atracones de comida, además se presenta acoso escolar entre compañeros, lo cual repercute en su entorno social. Para clasificar a la obesidad se utiliza el método del índice de masa corporal (IMC) guiado por el peso y talla, de acuerdo con las guías de España, para diagnosticar la obesidad se debe obtener un percentil arriba del 97, a continuación, se hace historia clínica, preguntando sobre el entorno social, rendimiento escolar, alteraciones del sueño, tristeza, ansiedad, actividad física y consumo de alguna sustancia psicoactiva. El tratamiento consiste inicialmente en

realizar cambios en los hábitos alimenticios, actividad física diaria y apoyo familiar. La pérdida de peso recomendada es aproximadamente de 800 g a la semana hasta llegar a su peso ideal o tener un percentil por debajo del 90. (21, 22)

Es recomendable seguir un patrón alimentario de acuerdo con las tablas mencionadas en la Guía de práctica clínica de Grupos de alimentos y patrones de alimentación saludables para la prevención de enfermedades en adultos y pediátricos en 1°, 2° y 3° nivel de atención. Para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles, es importante seguir una dieta saludable a base del consumo de frutas, verduras, pescado, fibras y en menor proporción las grasas, embutidos, alimentos procesados y reducir la ingesta de sodio. (23, 24)

Se ha descrito que la ansiedad juega un papel de gran importancia en la conducta alimentaria según Vázquez y López (cita en García-Falconi et al., 2016), afirmando que la obesidad podría ser el síntoma o consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social. Comer, masticar y triturar la comida se puede convertir en un mecanismo para reducir la ansiedad de una forma rápida, ya que puede verse como un momento de tranquilidad o de distracción. (25)

La ansiedad es un trastorno muy frecuentemente hallado en niños con problemas de obesidad. Se compone por las reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. La forma de ansiedad más relacionada con la obesidad es la ansiedad generalizada; es decir, aquella que está presente a niveles no muy elevados, pero es casi permanente y se reduce con el acto de comer, con lo que provoca un aumento de peso (26). El primer nivel de atención juega un papel sumamente importante en el control del sobrepeso y la obesidad, ya que es totalmente preventivo, se dice que, si se puede vulnerar este tipo de padecimientos, el sobrepeso y la obesidad se pueden revertir por lo que se pueden “implica una disminución en disminuir los riesgos de padecer diabetes mellitus, hipertensión, problemas coronarios y las enfermedades que de ellas se desprenden. (27)

La medicina familiar como su nombre lo indica se trata de modelar la situación familiar, es decir, no intervine solamente al niño o al adulto, sino que interviene a la familia ya sea nuclear o no nuclear, la atención está centrada en la familia en la instauración de hábitos higiénico-dietéticos que permitan el control de enfermedades y disminución en los factores de riesgo para padecer sobrepeso y obesidad. (27)

2.2 Antecedentes Específicos

La obesidad es un problema común en niños y adolescentes en todo el mundo y aumenta el riesgo de enfermedades crónicas. Por lo tanto, es importante establecer intervenciones efectivas para reducir este impacto. Se ha señalado que la terapia de aceptación y compromiso (ACT) podría ser un enfoque efectivo para disminuir la obesidad en niños y jóvenes, ya que a partir de ella es posible desarrollar hábitos saludables para prevenir enfermedades crónicas. Además, la terapia conductual de aceptación tiene efectos positivos en la reducción del peso y en el aumento, de manera posiblemente duradera, de hábitos saludables en un periodo de cinco a nueve meses después del tratamiento.

Debido al aumento de la prevalencia de obesidad infantil y sobrepeso, considerados como un problema de salud pública en países desarrollados y en vías de desarrollo, se realizó un estudio publicado por Akowuah, de tipo revisión sistemática y meta-análisis, en el cual se estima la prevalencia de obesidad infantil y sobrepeso en Ghana. La prevalencia de obesidad infantil y sobrepeso fue de 8.6% (IC 95%: 4.8% -13.4%) y 10.7% (IC 95%: 5.9% -16.6%), respectivamente, no obstante, estos datos no resultaron significativos. Aunado a esto, se estimó una mayor prevalencia de obesidad (4,6% frente a 2,6%) y sobrepeso (11,0% frente a 7,2%) para las mujeres que para los hombres. Hubo una estimación de prevalencia de obesidad significativamente mayor (17.4% vs. 8.9%) en entornos rurales que en entornos urbanos. (28)

En la ciudad de Buenos Aires Argentina se realizó un estudio de hábitos alimenticios, durante abril 2020, realizando una encuesta virtual en una población mayor de 18 años, con preguntas referidas al consumo de alimentos. Las opciones son muy frecuente, frecuente, y rara vez; se evaluó índice de masa corporal, tomando en cuenta una muestra de 806 personas. El análisis descriptivo se realizó con tablas de contingencia, frecuencia porcentual, media y desviación estándar. (29) La muestra reveló que el 73.9% fueron mujeres, el 26.0 % fueron hombres, el nivel de estudio universitario completo fue de 42.2%. En cuanto a economía, 68%

es de bajo recursos y nutrición baja 73.1%. Como conclusión el confinamiento ocasionado por la pandemia ha modificado hábitos alimentarios en estudiantes por economía baja y no poder solventar gastos de alimentos sanos. (33)

En Ciudad Juárez, Pacheco (2019) llevó a cabo un programa de intervención con el objetivo determinar el efecto de una intervención multidisciplinaria en síntomas de depresión, y el peso de los participantes que presentaron obesidad en una muestra de 118 niños (63 niños y 55 niñas) con un rango de edad de entre 8 y 11 años. Se conformaron tres grupos, el primer grupo experimental (experimental A) constó de un total de 57 participantes (28 niños y 29 niñas), el segundo grupo experimental (experimental B) lo formaron 34 participantes (18 niños y 16 niñas), y el tercer grupo (control) lo conformaron 27 participantes (17 niños y 10 niñas). Para evaluar la obesidad, se estimó el peso y la estatura de los participantes para calcular el IMC, utilizando las tablas de percentiles establecidas por la OMS, mientras que para depresión se utilizó el inventario de depresión CDI (Kovacs *et al.*, 1983). Como parte del programa de intervención se realizaron sesiones psicoterapéuticas que tenían como meta que los participantes trabajaran sus vivencias del pasado en el presente mediante el role-playing. Asimismo, se incluyeron sesiones de psicoeducación, con las cuales se buscó motivar a los participantes a adoptar conductas saludables como la implementación de actividad física, también se utilizaron técnicas de relajación, control de impulsos, autorrefuerzo, habilidades sociales mediante el modelado, juego de roles y técnicas para la solución de problemas. Además de permitir e impulsar a los niños a expresar sus sentimientos y creencias sobre la depresión, su imagen corporal y apoyo grupal. El grupo A y B participaron en una intervención de 12 sesiones semanales de psicoterapia grupal con una duración de 40 a 50 minutos; y solo al grupo A se le dieron 30 sesiones de activación física, dos veces por semana, 15 minutos cada sesión. (32, 34)

El grupo control no participó en alguno de los programas y solo contestaron los instrumentos de medición. En cuanto a la evaluación, el grupo experimental A, obtuvo una media en CDI de 12.7 al inicio de la intervención, mientras que al final

obtuvo 9.6. Para la obesidad al inicio del programa se obtuvo una media en IMC de 18.5 y al finalizar fue de 17.8. En cambio, el grupo experimental B en CDI obtuvo 11.9 y al finalizar el programa obtuvo 12.3. Por otro lado, en cuanto a obesidad este grupo inició con un IMC de 18.7 y finalizó con 18.3. Finalmente, el grupo control en CDI obtuvo 13.3 y al finalizar el programa de intervención alcanzó una media de 14.56, así mismo en cuanto a obesidad inició con una media en IMC de 18.0 y finalizó con 17.5. En conclusión, se logró obtener una disminución significativa en el grupo A; mientras que en el grupo experimental B no se observaron cambios significativos en la sintomatología de depresión ni en el peso de los participantes, por lo que el autor concluye que la inclusión de actividad física, así como incorporar la psicoterapia en las intervenciones grupales infantiles, puede tener un efecto en la reducción de depresión y mejorar la calidad de vida. (35)

La depresión y su sintomatología que nos incluye tristeza, ansiedad, falta de energía, y trastornos del sueño, afecta negativamente las vidas de los adolescentes y adultos, de sus hijos(as) y de sus familias en su entorno en general. Entendemos que la tristeza forma parte de la expresión emocional de dolor, infelicidad, pérdida, desesperanza o impotencia. Mientras que la ansiedad nos conlleva a la anticipación aprensiva de un daño o desgracia futuros, acompañada de un sentimiento de disforia o de síntomas somáticos de tensión. Los factores de riesgo que contribuyen al desarrollo de sobrepeso y obesidad son patrones dietéticos con alta densidad de energía, insuficiente actividad física, bajos niveles de escolaridad y socioeconómicos, así como vivir en un área sin planificación urbana y con difícil acceso a alimentos saludables. En cuanto a la población infantil, en México, la ENSANUT 2018 reportó que, en niños de 5 a 11 años, el porcentaje de consumo de bebidas endulzadas, botanas, dulces, prostres y cereales, era mayor al 50%. En cuanto a la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en niños de estas edades, era de 35.5%, observándose un aumento en comparación a las encuestas realizadas en el año 2012. (27) De acuerdo con las proyecciones de la OCDE, las enfermedades relacionadas con la obesidad reducirán la esperanza de vida en México dentro de 30 años (36). Esto resulta alarmante, ya que la infancia es un

periodo crítico que determinará el desarrollo físico y psicológico en la adolescencia y la adultez, el cual se puede ver gravemente afectado al padecer sobrepeso u obesidad. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, (ENSANUT 2022) el porcentaje de adultos con sobrepeso y obesidad corresponden al 38.3% y 36.9% respectivamente, estos resultados ubican actualmente a México entre los cinco países con mayor prevalencia de obesidad ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) en la región de las Américas, por debajo de San Cristóbal (45%), Bahamas (43.7%), Antigua (43.1%) y Estados Unidos (42.7%). (35)

La literatura no hace énfasis en que existen factores psicológicos, tales como los estados emocionales de depresión y ansiedad, o como los estados de salud mental, que están asociados a la obesidad. Otro grande factor es la conducta alimentaria, Silvestri y Stavile señalan el papel de los aspectos psicológicos en la obesidad, al respecto han mencionado que el aumento en la ingesta de alimentos es el resultado de un tipo de personalidad adictiva y de alto niveles de ansiedad. De igual manera Pervanidou y Chrousos refieren que los adolescentes que sufren de trastorno desafiante y depresivo tienden a presentar obesidad. Ellos usan la ingesta de alimentos como una forma de afrontar situaciones de ansiedad ya que esto les proporciona distracción y confort ante las situaciones negativas y dolorosas. (33)

La depresión impacta en la obesidad, ya que los niños con un alto nivel de depresión tienden a aumentar la ingesta de grasas, por lo cual se ve afectada su nutrición. En niños con sobrepeso y obesidad, el comer es un esfuerzo por proporcionar confort, satisfacción y distracción durante emociones negativas, lo que trae como resultado la ganancia de peso. Vázquez Velásquez y López Alvarenga han señalado que la ansiedad juega un papel central en la conducta de ingestión de alimentos, por lo que se puede afirmar que la obesidad es el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social. (31, 35)

En enfermedades psiquiátricas y alteraciones psicológicas se ha demostrado, pueden encontrarse alteraciones como factor de riesgo o bien como consecuencia

de la obesidad, afectando de manera negativa la calidad de vida de las personas conllevando a un estigma social, lo cual contribuye a elevar los índices de ansiedad, depresión y baja autoestima. La obesidad suele asociarse a menudo con síntomas psicológicos y de comportamiento. Los portadores de obesidad o sobrepeso presentan un mayor riesgo de sufrir aislamiento, intimidación, insultos y burlas (incluso agresión física, maltrato y marginación social) que sus pares de contextura física normal. Como consecuencia de este hostigamiento o acoso, también llamado bullying, surge el estrés emocional, el bajo rendimiento escolar, el ausentismo y la dificultad para tener amigos, además de que se ve comprometida la capacidad de adaptación psicosocial en general, lo cual incrementa los sentimientos de ansiedad y depresión, disminuye la autoestima, y da lugar a problemas de conducta (como agresividad), además de déficit de atención. Se estima que 20 % de la población en edad escolar y en la etapa de la adolescencia presenta algún trastorno mental. (33, 36)

La Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños (CMAS-R), también conocida como “Lo que pienso y siento”, realizada por Reynolds y Richmond (1997). Es una prueba norteamericana, adaptada a la población mexicana, de la cual se cuenta con una segunda edición (CMASR-2). La escala de ansiedad en Niños ha tenido múltiples usos tanto a nivel clínico como investigativo, por ejemplo, es utilizada para evaluar ansiedad en población escolarizada infantil con ideación suicida (de la Torre *et al.*, 2009) evaluar la manifestación de ansiedad en niños con sobrepeso y obesidad en un campo de verano (Pompa y Montoya, 2011). La escala CDI de Kovacs se confeccionó a partir del Depression Inventory de Beck (Beck, 1978), cuya primera versión oficial se hizo en 1977 a partir de un marco teórico cognitivo. Dicho instrumento fue diseñado para medir la sintomatología depresiva en niños y adolescentes. La versión validada en español consta de 27 ítems, cada uno de ellos expresados en tres frases que muestran la sintomatología depresiva en distintas intensidades o frecuencias. Las preguntas se califican de 0 a 2. El resultado de la prueba permite obtener datos de la depresión total y de dos escalas adicionales: disforia y autoestima negativa (Kovacs, 2004). (36)

3. JUSTIFICACIÓN

El sobrepeso y obesidad se considera una enfermedad en aumento de la prevalencia, se asocia a enfermedades metabólicas, óseas y con la salud mental principalmente relacionada con ansiedad y depresión siendo estas las que afectan a nuestros niños en la comunidad y a nivel mundial. La obesidad se asocia a diferentes comorbilidades, por lo tanto, hay que modificar los estilos de vida.

La obesidad y la depresión son enfermedades de alta prevalencia y son problemas de salud pública. Estas patologías tienen impacto en la morbilidad y mortalidad, afectando su salud y bienestar de quienes las padecen. Gran cantidad de estudios epidemiológicos y meta-análisis han confirmado la asociación entre depresión y obesidad, como afecciones médicas habituales, de las cuales se desprende que tanto la depresión como la obesidad son trastornos con desregulación del sistema de estrés. Ambos trastornos no ocurren en un individuo como comorbilidades, si no que ambas influyen mutuamente en la presentación, trayectoria y resultados. Algunos estudios sugieren que los trastornos afectivos ocurren con frecuencia durante el desarrollo, principalmente depresión y ansiedad, por lo tanto, reconocer la influencia para poder comprender mejor, tratar y prevenir la obesidad.

Es imprescindible implementar acciones para el control del sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes, teniendo como objetivos garantizar una adecuada nutrición orientada en la prevención y control del sobrepeso y la obesidad en las diferentes etapas de vida. Así como en los distintos ámbitos de acción, como el escolar, familiar, cambios de hábitos, promoción de estilo de vida saludables y aumento de la actividad física. Para lo cual, se requerirá del trabajo multidisciplinario de especialidades médicas, nutricionales y psicológicas. Este proyecto, trata de cambios en el estado psicológico en niños con diagnóstico de sobrepeso, obesidad, ansiedad y depresión, antes y después de una intervención psicológica, con la finalidad de implementar medidas de prevención, para mejorar el bienestar de los niños y sus familias.

4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Debido a que el sobrepeso y la obesidad son considerados una epidemia mundial, con un gran impacto social, un alto índice de prevalencia y con severas implicaciones como comorbilidad en enfermedades metabólicas y cardiovasculares, es de suma importancia tratarla, atenderla y principalmente prevenirla.

Un gran porcentaje de nuestros niños y adolescentes actualmente crecen en un entorno obeso génico normalizado, lo cual favorece el aumento de peso y la obesidad, creando un desequilibrio energético que provoca cambios en el tipo de alimentos ingeridos. Este desequilibrio se ve agravado por la poca actividad física que realizan los integrantes de este grupo etario, debido a que dedican más tiempo a actividades relacionadas con aparatos electrónicos, como pasar tiempo frente a pantallas de tv. Los niños y adolescentes con sobrepeso son más susceptibles a tener problemas psicológicos que pueden persistir en la edad adulta, debido a esto, la obesidad entre niños y adolescentes es uno de los principales problemas de salud pública, el cual ha ido en incremento en los últimos años. Los adolescentes con obesidad tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos en aspectos psicológicos asociados a la conducta alimentaria, alteraciones emocionales, como la depresión y la ansiedad, además de ciertos problemas de aprendizaje y rendimiento escolar, aunado a esto, muchas veces son objetos de bullying por parte de la sociedad.

Lo antes mencionado está asociado con diversos factores psicosociales negativos como: soledad, menor confianza en sí mismo, preferencia por actividades solitarias, menos actividades sociales, que pueden desencadenar en mayor ingesta alimentaria. Por lo cual, se buscó de manera grupal e individualizada, el implementar una intervención psicológica enfocada en tratar la obesidad, mediante un abordaje terapéutico, el cual se enfoca en los aspectos psicológicos y emocionales. El objetivo de la intervención fue la modificación de los hábitos alimenticios y la promoción de estilos de vida saludables a través de diferentes técnicas psicológicas como la terapia de aceptación y compromiso, así como la terapia sistémica.

Partiendo de esta premisa es importante determinar los cambios en el estado psicológico en niños con diagnóstico de sobrepeso – obesidad, ansiedad y depresión, antes y después de una intervención psicológica en la Unidad Medico Familiar N°55, con la finalidad de implementar medidas de prevención y tratamiento en sus familias.

¿Existe diferencia en el estado psicológico de niños con sobrepeso u obesidad con diagnóstico de ansiedad y depresión, antes y después de una intervención psicológica?

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo General.

Determinar si existe diferencia en el estado psicológico de niños con sobrepeso u obesidad con diagnóstico de ansiedad y depresión antes y después de una intervención psicológica.

5.2 Objetivos Específicos

- Conocer las variables sociodemográficas (género, edad)
- Clasificar el IMC en función del peso y talla de los participantes.
- Clasificar el nivel de ansiedad mediante la escala Evaluación ansiedad: escala de ansiedad manifiesta revisada (CMASR-2) de Reynolds y Richmand 1997.
- Identificar el nivel de depresión mediante la escala de depresión para niños (CDI)

6. HIPÓTESIS

6.1 Hipótesis Alternativa

Existe diferencia en el estado psicológico de niños con sobrepeso u obesidad con diagnóstico de ansiedad y depresión antes y después de una intervención psicológica.

.

6.2 Hipótesis Nula

No Existe diferencia en el estado psicológico de niños con sobrepeso u obesidad con diagnóstico de ansiedad y depresión antes y después de una intervención psicológica.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Diseño y tipo de estudio

- Por el objetivo general: Analítico
- Por maniobra que realizará el investigador: Cuasi - experimental
- Por el número de veces que se medirán las variables: Longitudinal
- Por la obtención de los datos: Prolectivo
- Por número de centros a participar: Homodémico

7.2 Ubicación espacio – temporal

El presente trabajo se llevó a cabo en el periodo del 1 de marzo al 30 de abril 2024 a partir de la autorización del protocolo de investigación por el CLIS y hasta el término de las 4 intervenciones que se realizaron en los 40 pacientes que cumplieron con los criterios de selección.

7.3 Muestreo

El muestreo será no probabilístico de tipo por conveniencia.

7.3.1 Definición de la unidad de población

Población fuente: Todo derechohabiente que se encuentre con diagnóstico de sobrepeso u obesidad y ansiedad y depresión en la consulta externa de medicina familiar, adscritos a la UMF N°55 del IMSS Puebla.

Población elegible: Todo derechohabiente que se encuentre con diagnóstico de sobrepeso u obesidad y ansiedad y depresión en la consulta externa de medicina familiar, con un rango de edad entre 8 hasta 12 años de edad, adscritos a la UMF N°55 del IMSS Puebla.

Población de estudio: Todo derechohabiente que se encuentre con diagnóstico de sobrepeso u obesidad y ansiedad y depresión en la consulta externa de medicina familiar, con un rango de edad entre 8 hasta 12 años de edad, adscritos a la UMF N°55 del IMSS Puebla a partir del momento en que el presente estudio se aprobó por el CLIS hasta completar la muestra.

7.4 Criterios de Selección

Criterios de inclusión

- Niños de 8 a 12 años edad que sean derechohabientes UMF N°55.
- Que sepan leer y escribir.
- Consentimiento informado de los padres en menores de edad.
- Pacientes con diagnóstico de sobrepeso u obesidad.
- Pacientes con diagnóstico establecido por psicología de ansiedad y depresión.

Criterios de exclusión

- Pacientes con enfermedades que afectan el IMC (Diabetes Mellitus 2, Hipotiroidismo, enfermedades metabólicas)
- Pacientes en tratamiento médico con antidepresivos o ansiolíticos
- Pacientes con patologías neurológicas
- Pacientes con discapacidad física

7.3.3 Criterios de eliminación

- Que no concluyan la intervención psicológica.
- No contestaron el 100 % de los cuestionarios
- Pacientes que una vez iniciado el estudio no deseen seguir participando

7.4 Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra fue a conveniencia del investigador, con un total de 40 pacientes.

7.5 Definición de las variables y escalas de medición.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	MEDIDA/ CATEGORIA/ UNIDAD	ESCALA DE MEDICION
GENERO	Conjunto de características físicas, biológicas, anatómicas y fisiológicas de los seres humanos, que los definen como hombre o mujer.	1- Femenino: género gramatical, propio de la mujer. 2- Masculino: género gramatical, propio del hombre.	Cualitativa	Nominal	1-Femenino. 2- Masculino.
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona o ciertos animales o vegetales.	Número de años reportados en los cuestionarios por el paciente.	Cuantitativa	Ordinal	Años
PESO	Medida de la masa corporal de una persona, generalmente expresada en kilogramos.	Parámetro cuantitativo imprescindible para la valoración del crecimiento, el desarrollo y el estado nutricional del paciente; arrojado posterior a la toma en báscula en kilogramos.	Cuantitativa	Continua	Kg
TALLA	Se refiere a la estatura de una persona, medida desde la parte superior de la cabeza hasta los pies.	Estatura de una persona, medida desde la planta del pie hasta el vértice de la cabeza; arrojada posterior a la medición en báscula con estadímetro en centímetros.	Cuantitativa	Continua	Metros
IMC	Parámetro que expresa la relación entre la estatura y peso físico de un individuo, cuya relación se determina para establecer si	Criterio diagnóstico que se obtiene dividiendo el peso entre la talla elevada al cuadrado y se obtiene como resultado: 1-Peso bajo. 2-Peso normal.	Cualitativa	Ordinal	1.- Peso Bajo 2.- Normal 3.- Sobrepeso 4.- Obesidad

	presenta peso normal, sobrepeso u obesidad.	3-Sobrepeso. 4-Obesidad			
ANSIEDAD	Estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.	Lo reportado en la escala de ansiedad manifiesta revisada (CMASR-2) de Reynolds y Richmand 1997.	Cualitativa	Ordinal	1.- Sin ansiedad 2.- Ansiedad leve 3.- Ansiedad Moderada 4.- Ansiedad Severa
DEPRESION	Enfermedad mental caracterizada por sentimientos persistentes de tristeza, pérdida de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban, y dificultad para llevar a cabo las actividades cotidianas.	Lo reportado en la escala de depresión para niños (CDI).	Cualitativa	Ordinal	1.- Sin depresión 2.- Depresión leve 3.- Depresión moderada 4.- Depresión severa

7.6 Estrategia de trabajo

El presente protocolo de estudio se someterá a evaluación por parte del CLIS. Una vez autorizado, se realizó la siguiente estrategia de trabajo:

Se realizó una búsqueda meticulosa en plataformas y revistas médicas como pubmed, EBSCO, Access Medicina, Mendeley, biblioteca central de universidad autónoma de México, revistas de infectología México. La búsqueda se limitó a publicaciones no mayores de 5 años, no se aplicaron restricciones de idioma. Se incluyeron a todos los derechohabientes que acudieron a los servicios de la consulta externa de la UMF No 55 que cumplieron con los criterios de selección.

Se les atendió y se les invitó a ingresar al protocolo de estudio, previa explicación clara y detallada a los tutores y participantes. Los que aceptaron ingresar al protocolo de estudio, se les dio a leer y firmar la Carta de Consentimiento Informado, a los tutores así como carta de asentimiento informado por parte de los menores de edad, posteriormente se les realizó una entrevista para recabar la ficha de identificación con datos generales del paciente, entre ellos edad, sexo, fecha, nombre completo, número de seguridad social, posteriormente se aplicó el instrumento para depresión CDI y el instrumento para ansiedad, escala de ansiedad manifiesta revisada (CMAS-R2) de Reynolds y Richmand 1997, se procedió a la toma de peso y talla de los niños participantes mediante balanza portátil previamente calibrada con el sujeto descalzo y en ropa ligera. Para la talla se utilizó un estadiómetro portátil con el sujeto descalzo en bipedestación haciendo coincidir su línea media sagital con la línea media del estadiómetro.

La aplicación de los cuestionarios se realizó en 2 etapas: la primera fue al iniciar la intervención y la segunda etapa al término de las mismas. Se realizó un cronograma de actividades en donde se llevaron a cabo la realización de cuatro intervenciones educativas durante cuatro meses consecutivos. Dichas sesiones se impartieron por los servicios de medicina familiar y psicología en la primera sesión se abordaron temas sobre el panorama general, así como la aplicación del instrumento de

medición. La segunda sesión fue enfocada a abordar la relación del aspecto emocional y la conducta alimentaria. La tercera sesión abordara el manejo de las emociones mediante mindfulness. Finalmente, en la cuarta sesión se realizara la recapitulación de lo aprendido durante las sesiones previas y se aclararan las dudas que tengan los participantes. Se realizó una sesión final en donde se aplicó nuevamente el cuestionario y se evaluó el impacto generado en los participantes. El seguimiento fue personalizado hacia cada grupo y las intervenciones fueron realizadas en las instalaciones de la UMF N°55. Se captaron los participantes en consulta externa de medicina familiar, que contaban con diagnóstico de sobrepeso y obesidad, así como ansiedad y depresión en los diferentes turnos de la UMF N°55. Una vez recolectada el total de la muestra, se procedió a la revisión, limpieza de datos y organización de la información. Finalmente se elaboró una base de datos estructurada de acuerdo a todas las variables de estudio, utilizando el programa estadístico SPSS. Finalmente se dio a conocer los resultados mediante la publicación del manuscrito.

7.7 Recolección de datos

El proceso de recolección se realizó en 40 pacientes.

7.8 Análisis estadístico

Toda la información recolectada en las hojas del instrumento de recolección de datos, las características de los participantes y de los resultados se efectuará mediante estadística descriptiva e inferencial; para la estadística descriptiva se utilizarán medidas de tendencia central y de dispersión y serán acorde a la operacionalización de las variables: si son cualitativas será mediante media y desviación estándar (si son de distribución normal o gaussiana) y media y rango intercuartil (si son de distribución no normal o no gaussiana), de acuerdo a los resultados obtenidos en la prueba de Shapiro-Wilk; todos los datos se vaciarán en el programa estadístico SPSS v 25 donde se procesarán los datos.

Se realizara el análisis inferencial mediante la prueba paramétrica de T de student y la prueba no paramétrica de Wilcoxon con un nivel de significancia para ambas de <0.05 .

8. ASPECTOS ÉTICOS

La bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, examinada a la luz de los valores y de los principios morales. El presente estudio está sujeto a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a investigación son particularmente vulnerables y necesitan protección especial; estas incluyen a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos y a los que pueden ser vulnerables a coerción o influencia indebida. El presente estudio observa los principios enunciados en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (AMM) adoptada por la 18ª Asamblea General de la AMM, Helsinki, Finlandia, junio 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea de la AMM, Tokio, Japón, octubre 1975, 35ª Asamblea de la AMM, Venecia, Italia, octubre 1983, 41ª Asamblea general de la AMM, Hong Kong, septiembre 1989, 48ª Asamblea Somerset West, África, octubre 1996, 52ª asamblea de la AMM, Edimburgo, Escocia, octubre 2000; 53ª asamblea general de la WMA, Washington 2002 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 29); 55ª asamblea General de la AMM, Tokio, Japón 2004 (nota aclaratoria agregada en el párrafo 30), 59ª Asamblea General de la AMM, Seúl, octubre 2008. La cual es una propuesta de principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos y establece que el deber 25 del médico es promover y velar por la salud de las personas y los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber. Así mismo, se apega a las normas éticas propuestas en el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud en su Título primero (Disposiciones Generales) artículo 3º, apartado II, al

conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social, Título Segundo (de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos), Capítulo I, artículo 13º (en toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar); considerando también el artículo 16, donde dice que en las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y este lo autorice.

Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la

salud: De acuerdo con este Reglamento, títulos del primero al sexto y noveno de 1987. Norma Técnica No. 313 para la presentación de proyectos e informes técnicos de investigación en las Instituciones de Atención a la Salud. El presente protocolo de estudio se considera que es una investigación con riesgo mínimo (son estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes consistentes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, como son peso, talla, electrocardiogramas, pruebas de agudeza auditiva, tomografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml, en dos meses excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este reglamento).

En el artículo 18: El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste. “Riesgo Mínimo” En el Artículo 18: El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

Declaración de Helsinki: Con base en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre los principios éticos para la investigación en salud en seres humanos con última revisión en Escocia, octubre 2000.

En su artículo 100: La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases: I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica; II. Podrá realizarse sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro método idóneo; III. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación; IV. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquel, una vez enterado de los objetivos de la 27 experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud; V. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes. La realización de estudios genómicos poblacionales deberá formar parte de un proyecto de investigación; VI. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad o muerte del sujeto en quien se realice la investigación; VII. Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere

relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

Código de Nüremberg: El experimento debe realizarse con la finalidad de obtener resultados fructíferos para el bien de la sociedad que no sean asequibles mediante otros métodos o medios de estudio y no debe ser de naturaleza aleatoria o innecesaria.

Informe de Belmont: Es importante distinguir entre investigación biomédica y del comportamiento, por una parte y, por la otra, la práctica de una terapia aceptada; ella para saber qué actividades deben sufrir revisión para protección de los sujetos humanos de investigación. La distinción entre investigación y práctica se desdibuja en parte porque a menudo ambas se dan juntas (como en la investigación diseñada para evaluar una terapia) y 28 también, porque con frecuencia se llama "experimental" a un alejamiento notable de la práctica estándar, sin haber definido cuidadosamente los términos "experimental" e "investigación". Finalmente, en esta investigación todos los individuos serán tratados como personas autónomas, se les detallarán las características del estudio informándoles que ha sido registrado y aprobado ante el CLIS y que su decisión de participar será libre y voluntaria, señalando que pueden retirarse del estudio en el momento que lo deseen, pudiendo informar o no las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad; en caso de aceptar participar en este estudio, se manejarán sus datos con estricta confidencialidad, exponiéndoles que su participación permitirá la obtención de nuevo conocimiento en beneficio de ellos mismos y de otros pacientes y que, en el transcurso del estudio, podrán solicitar información actualizada sobre el mismo. Cumpliendo así con los principios contenidos en la Declaración de Helsinki, la enmienda de Tokio, el Informe Belmont y Códigos y Normas Nacionales e Internacionales vigentes para las buenas prácticas de la investigación clínica.

9. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

9.1 Recursos humanos

Investigador responsable:

- Dr. Jesús Taxis Ramírez. Coordinador Clínico de Educación de Investigación en Salud, UMF 55 Amalucan, Puebla. Matrícula:98225212, Telefono:2225673836. Correo electrónico: jesus_textex@hotmail.com

Investigadores asociados:

- Dra. Daniella Guillermina Sainos López. Médico adscrito. Consultorio 04, UMF 55 Amalucan, Puebla. Matrícula:98222040. Teléfono: 222 190 7333. Correo electrónico: Daniela.sainos@outlook.com
- Maestra En Terapia Psicosociales Diana Iveth Mar Vázquez. Especialista en neurología infantil. Psicóloga, UMF 55 Amalucan, Puebla. Matrícula:97228379. Teléfono:229 173 3996. Correo electrónico: diana.iveth.mar.90@gmail.com
- Dra. Kristal Yazmin Garzón Hernández. Médico Residente Especialista En Medicina Familiar, UMF 55 Amalucan Puebla. Matrícula:97228379. Teléfono:2381058060. Correo electrónico: Kristalygh95@gmail.com

9.2 Recursos materiales

- Computadora portátil
- Uso de computadora de escritorio
- Una impresora
- Internet
- Hojas blancas
- Lapiceros
- USB
- Marca textos

- Software SPSS

9.3 Recursos financieros

Los propios del Instituto Mexicano del Seguro Social y de los investigadores.

9.4 Factibilidad

La presente investigación es factible, dado que se cuenta con los insumos Material y humanos suficientes, así como la infraestructura necesaria donde se llevará a cabo la investigación (UMF). Este estudio servirá como preámbulo a nuevas investigaciones y seguimiento de nuestra población derechohabiente.

10.- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	TRIMESTRE	SEGUNDO MES	TERCER MES	CUARTO MES	QUINTO MES	SEXTO MES
BUSQUEDA BIBLIOGRAFICA	X	X				
REDACION DEL PROTOCOLO	X	X				
APROBACION DEL PROTOCOLO		X	X			
RECOLECCION DE INFORMACION				X	X	
ANALISIS DE DATOS					X	
ESCRITO FINAL Y PUBLICACION						X

11.- RESULTADOS

El presente trabajo se realizó en la UMF No 55, Puebla, donde la muestra de estudio correspondió a 40 pacientes, quienes fueron encuestados y participaron en la intervención con la finalidad de determinar si existe diferencia en el estado psicológico de niños con sobrepeso u obesidad con diagnóstico de ansiedad y depresión antes y después de una intervención psicológica.

En cuanto a la edad, se encontró que la media de edad para los pacientes fue de 10.35 años con una DE de 1.29 años.

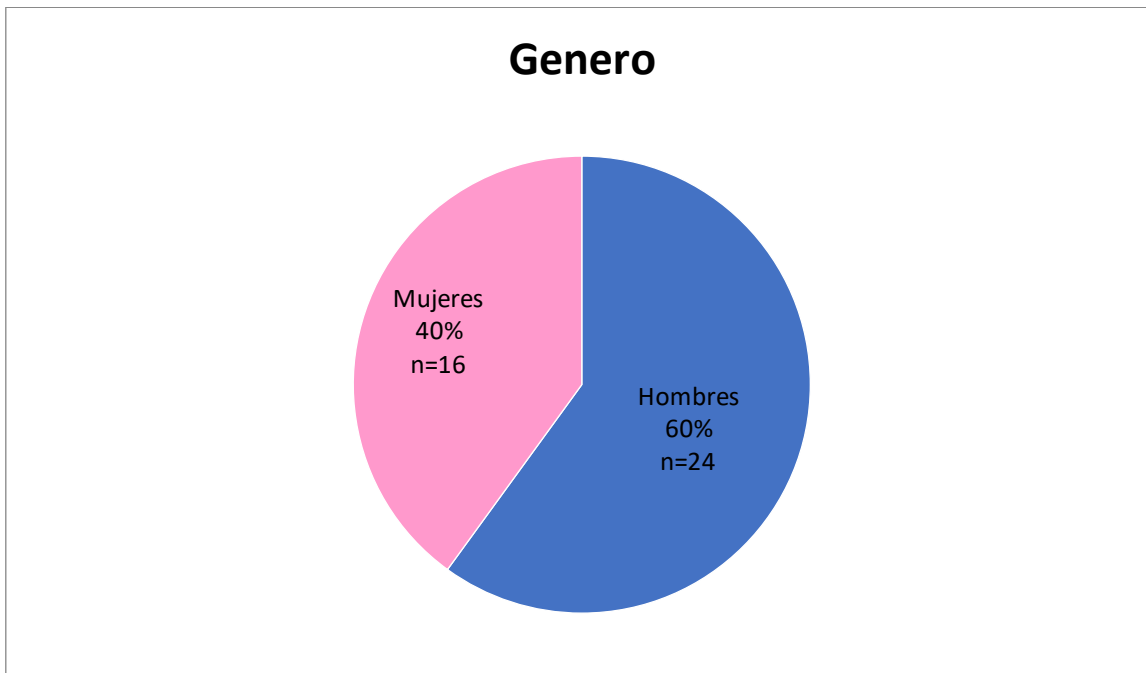
Tabla 1. Estadígrafo de edad.

	Edad Pacientes
Mediana	11
Rango intercuartil	2
Mínimo	8
Máximo	12

Fuente: Sobrepeso-Obesidad / Ansiedad y depresión: Intervención Psicológica 2024.

Con respecto al porcentaje de hombres y mujeres que participaron en este estudio. Siendo una mayoría con un 60% (n=) la cantidad de hombres encuestados.

Grafica 1. Genero de los encuestados.



Fuente: Sobrepeso-Obesidad / Ansiedad y depresión: Intervención Psicológica 2024.

Respecto al peso, se encontró que la media de peso para los pacientes fue de 48 kilogramos con una DE de 21.53 Kilogramos pre intervención y de 45.65 kilogramos con una DE de 20.93 Kilogramos post intervención, al valorar la diferencia de medias mediante la prueba paramétrica de t student obtuvimos un valor $t=2.903$ y un valor de $p= .006$, estadísticamente significativo.

Tabla 2. Estadígrafo de peso.

PESO	Pre-intervención	Post-intervención
Media	48	45.65
Desv. Desviación	21.53	20.93

$t= 2.903$

$p=.006$

Fuente: Sobrepeso-Obesidad / Ansiedad y depresión: Intervención Psicológica 2024.

Al analizar la talla, se encontró que la media de edad para los participantes fue de 1.42 metros con una DE de .13 metros, sin cambios post intervención.

Tabla 3. Estadígrafo de talla.

TALLA	
Media	1.42
Desv. Desviación	.13

Fuente: Sobrepeso-Obesidad / Ansiedad y depresión: Intervención Psicológica 2024.

Al evaluar el IMC encontramos que el 62.5% (n=25) presentan obesidad pre intervención y el 30% (n=12) peso normal post intervención, al evaluar la diferencia del IMC intragrupo se obtuvo una $z=-4.291^b$ con una $p=.000$, encontrando diferencia estadísticamente significativa post intervención.

Tabla 4 Distribución del IMC.

IMC	Pre- Intervención		Post- Intervención	
	n	%	n	%
Normal	0	0	12	30
Sobrepeso	15	37.5	16	40
Obesidad	25	62.5	12	30
Total	40	100	40	100

$Z=-4.291^b$
 $p=.000$

Abreviaturas: n=muestra, %=Porcentaje.

Fuente: Sobrepeso-Obesidad / Ansiedad y depresión: Intervención Psicológica 2024.

Al evaluar el grado de ansiedad mediante la escala CMAS-R2 encontramos que el 57.5% (n=23) presentan depresión leve pre intervención y el 87.5% (n=35) sin ansiedad post intervención, al evaluar la diferencia del grado de ansiedad intragrupo se obtuvo una $z=-5.596^b$ con una $p=.000$, encontrando diferencia estadísticamente significativa post intervención.

Tabla 5 Distribución de la ansiedad.

ANSIEDAD	Pre- Intervención		Post- Intervención	
	n	%	n	%
Sin Ansiedad	0	0	35	87.5
Ansiedad Leve	23	57.5	2	5
Ansiedad Moderada	15	37.5	3	7.5
Ansiedad Severa	2	5	0	0
Total	40	100	40	100

$Z=-5.596^b$
 $p= .000$

Abreviaturas: n=muestra, %=Porcentaje.

Fuente: Sobrepeso-Obesidad / Ansiedad y depresión: Intervención Psicológica 2024.

Al analizar el grado de depresión mediante la escala CDI encontramos que el 52.5% (n=21) presentan depresión leve pre intervención y el 35% (n=14) sin depresión post intervención, al evaluar la diferencia del grado de depresión intragrupo se obtuvo una $z=-4.600^b$ con una $p=.000$, encontrando diferencia estadísticamente significativa post intervención.

Tabla 6 Distribución de la depresión.

DEPRESIÓN	Pre- Intervención		Post- Intervención	
	n	%	n	%
Sin depresión	0	0	14	35
Leve depresión	21	52.5	7	17.5
Moderada depresión	10	25	19	47.5
Severa depresión	9	22.5	0	0
Total	40	100	40	100

Z=-4.600^b
p= .000

Abreviaturas: n=muestra, %=Porcentaje.

Fuente: Sobrepeso-Obesidad / Ansiedad y depresión: Intervención Psicológica 2024.

12.- DISCUSIÓN

En el estudio publicado por Akowuah, de tipo revisión sistemática y meta-análisis, en el cual se estima la prevalencia de obesidad infantil y sobrepeso en Ghana. La prevalencia de obesidad infantil y sobrepeso fue de 8.6% (IC 95%: 4.8% -13.4%) y 10.7% (IC 95%: 5.9% -16.6%), respectivamente, no obstante, estos datos no resultaron significativos. Aunado a esto, se estimó una mayor prevalencia de obesidad (4,6% frente a 2,6%) y sobrepeso (11,0% frente a 7,2%) para las mujeres que para los hombres. Hubo una estimación de prevalencia de obesidad significativamente mayor (17.4% vs. 8.9%) en entornos rurales que en entornos urbanos, mientras que en nuestro estudio con una muestra considerablemente menor obtuvimos que el 60% de los participantes fueron varones el 40 % fueron mujeres presentando el 62.5% obesidad y el 37.5% sobrepeso, el estudio de Akowuah et al. es un metaanálisis, lo que implica que agrupa datos de diversas poblaciones infantiles en Ghana, mientras que nuestro estudio se refiere a una muestra única y posiblemente más específica. La diferencia en la naturaleza y selección de las poblaciones es la explicación más probable para las grandes diferencias en prevalencia.

En la ciudad de Buenos Aires Argentina se realizó un estudio de hábitos alimenticios, durante abril 2020, realizando una encuesta virtual en una población mayor de 18 años, con preguntas referidas al consumo de alimentos. Las opciones son muy frecuente, frecuente, y rara vez; se evaluó índice de masa corporal, tomando en cuenta una muestra de 806 personas. El análisis descriptivo se realizó con tablas de contingencia, frecuencia porcentual, media y desviación estándar. (29) La muestra reveló que el 73.9% fueron mujeres, el 26.0 % fueron hombres, el nivel de estudio universitario completo fue de 42.2%. En cuanto a economía, 68% es de bajo recursos y nutrición baja 73.1%. Como conclusión el confinamiento ocasionado por la pandemia ha modificado hábitos alimentarios en estudiantes por economía baja y no poder solventar gastos de alimentos sanos, mientras que en

nuestro estudio con una muestra considerablemente menor obtuvimos que el 60% de los participantes fueran varones el 40 % fueron mujeres, esta diferencia es fundamental probablemente debido a la diferencia del tamaño muestra de los estudios. Si bien el estudio argentino no profundiza en las prevalencias de obesidad y sobrepeso por sexo, la alta representación de mujeres podría influir en los hábitos alimenticios reportados, dado que las mujeres a menudo tienen patrones dietéticos diferentes o son más conscientes de ellos. En "nuestro estudio", la mayor proporción de varones es un dato relevante, especialmente considerando las diferencias biológicas y de comportamiento que puede influir en la prevalencia de obesidad entre sexos.

La comparación entre el estudio de Pacheco (2019) en Ciudad Juárez y nuestro estudio ofrece valiosas perspectivas sobre la efectividad de las intervenciones multidisciplinarias en niños con obesidad y síntomas de depresión/ansiedad. Aunque ambos estudios abordan temas similares, difieren en su diseño, alcance y algunos de sus hallazgos. El estudio de Pacheco empleó un diseño más robusto con tres grupos (dos experimentales y uno control), lo que permite una comparación más clara de la efectividad de las diferentes modalidades de intervención y un control más estricto sobre las variables. Nuestro estudio contempló un solo grupo, lo que dificulta atribuir los cambios únicamente a la intervención sin un grupo de comparación, así mismo al tener una muestra más grande aumenta la confianza en la generalización de los resultados.

Pacheco (2019) en su Grupo A (psicoterapia + actividad física) mostró una disminución significativa en la media del CDI (de 12.7 a 9.6). El Grupo B (solo psicoterapia) no mostró cambios significativos (11.9 a 12.3), y el Grupo Control empeoró (13.3 a 14.56). Esto sugiere que la combinación de psicoterapia y actividad física fue clave para la reducción de los síntomas depresivos, en comparación con nuestro estudio que mostró una reducción notable en la prevalencia de depresión (52.5% depresión leve, 25% moderada, 22.5% severa antes vs. 35% sin depresión, 17.5% leve, 47.5% moderada después). Es importante notar que, si bien hay una mejora general, el porcentaje de depresión moderada aumentó post-intervención en

comparación con la categoría de depresión severa. La significancia estadística ($p = 0.000$) es un hallazgo muy fuerte, indicando que los cambios no son aleatorios.

Pacheco (2019) en su Grupo A obtuvo una ligera disminución en el IMC (de 18.5 a 17.8), mientras que el Grupo B tuvo una reducción mínima (18.7 a 18.3) y el Grupo Control también mostró una pequeña disminución (18.0 a 17.5), lo que podría ser una variabilidad natural o efecto de crecimiento. La reducción en el Grupo A, aunque significativa, fue modesta, lo cual es común en intervenciones a corto plazo para el peso en niños, mientras que nuestro estudio reporta un cambio más dramático en el estado ponderal (62.5% obesidad y 37.5% sobrepeso antes vs. 30% peso normal, 40% sobrepeso, 30% obesidad después). Lograr que el 30% de la muestra alcance el peso normal y que la obesidad se reduzca a la mitad en solo 4 sesiones es un resultado muy notable y, si se replica, altamente impactante. Esto podría sugerir una población muy receptiva, o la necesidad de una revisión detallada de la metodología de evaluación y la intervención.

Una fortaleza de nuestro estudio en comparación con el estudio de Pacheco (2019) es la evaluación de la ansiedad. Los resultados son muy positivos: una reducción masiva de la ansiedad (57.5% leve, 37.5% moderada, 5% severa antes vs. 87.5% sin ansiedad, 5% leve, 7.5% moderada después). Esto resalta la interconexión entre el bienestar físico y mental, y el potencial de las intervenciones psicológicas para abordar múltiples comorbilidades.

El estudio de Pacheco subraya la eficacia de un enfoque multidisciplinario que integra psicoterapia y actividad física para mejorar la depresión y, en menor medida, el peso. La presencia de un grupo control y una duración más prolongada aumentan la validez interna de sus hallazgos. Nuestro estudio muestra resultados notorios en un período muy corto, sugiriendo una alta efectividad de su intervención psicológica en la reducción de la obesidad, el sobrepeso, la depresión y la ansiedad. Sin embargo, la brevedad de la intervención y la magnitud de los cambios en el peso invitan a una exploración más profunda de la metodología del diseño de nuestro con la finalidad de comprender mejor el impacto que la intervención psicológica tuvo.

Numerosos estudios confirman que los niños con sobrepeso y obesidad tienen una mayor probabilidad de experimentar síntomas de ansiedad y depresión en comparación con sus pares de peso saludable. Esta asociación se ha observado a nivel mundial, convirtiéndola en una preocupación de salud pública significativa.

Los niños con sobrepeso u obesidad a menudo son objeto de burlas, discriminación y exclusión social por parte de sus compañeros, lo que puede llevar a baja autoestima, aislamiento y sentimientos de tristeza

Las alteraciones psicológicas como ansiedad y depresión en la infancia no solo afectan la calidad de vida presente, sino que también pueden persistir hasta la adolescencia y la edad adulta, aumentando el riesgo de trastornos mentales crónicos y otras comorbilidades.

La literatura internacional subraya la importancia de un enfoque multidisciplinario en el tratamiento de la obesidad infantil, donde las intervenciones psicológicas juegan un papel crucial. Múltiples estudios demuestran una disminución significativa en los síntomas de ansiedad y depresión después de una intervención psicológica en niños con sobrepeso/obesidad. Las intervenciones ayudan a los niños a desarrollar una visión más positiva de sí mismos y a mejorar la satisfacción con su cuerpo.

Mantener la adherencia a las intervenciones a largo plazo puede ser un desafío, especialmente en niños y adolescentes. La literatura también enfatiza la importancia de la prevención desde edades tempranas, promoviendo estilos de vida saludables y abordando los factores de riesgo psicosociales.

13.- CONCLUSIÓN

La prevalencia del sobrepeso y la obesidad infantil ha alcanzado proporciones epidémicas a nivel mundial, representando no solo un desafío para la salud física, sino también una carga significativa para el bienestar psicológico de los niños. Numerosas investigaciones han demostrado la correlación entre el exceso de peso en la infancia y la manifestación de trastornos como la ansiedad y la depresión. Estas condiciones psicológicas pueden afectar negativamente la calidad de vida de los niños, su rendimiento académico, sus interacciones sociales y su desarrollo emocional general.

A pesar de la creciente conciencia sobre esta problemática, la implementación y evaluación de intervenciones psicológicas dirigidas a mitigar el impacto emocional del sobrepeso y la obesidad en niños aún requiere de mayor exploración. Comprender la efectividad de estas intervenciones es crucial para desarrollar estrategias integrales que aborden tanto los aspectos físicos como los psicológicos de esta compleja condición. El presente estudio se propuso evaluar el efecto de una intervención psicológica en el estado de ansiedad y depresión de niños con sobrepeso u obesidad.

Con respecto al género 6 de cada 10 fueron hombres, la edad se obtuvo una media de 10.35 años con una DE de 1.29 años, con respecto al IMC 7 de cada 10 presentaron sobrepeso pre intervención mientras que post intervención 3 de cada 10 presentaron peso normal, con relación a la ansiedad dos terceras partes presentaron ansiedad leve mientras que post intervención 8 de cada 10 ya no presentaron ansiedad , finalmente 5 de cada diez presentaron depresión leve mientras que post intervención una tercera parte ya no presento depresión.

Bajo las condiciones del estudio al valorar de forma pre y post intervenciones mediante la prueba de Wilcoxon, se encontró que existe diferencia en el estado psicológico de niños con sobrepeso u obesidad con diagnóstico de ansiedad y depresión antes y después de una intervención psicológica con un valor de $p=0.000$, por lo que se rechaza la hipótesis nula.

14.- PROPUESTAS

Dentro de las propuestas derivadas de esta investigación sugerimos desarrollar campañas informativas dirigidas a padres, educadores y al público en general sobre la importancia de la salud mental en niños con sobrepeso u obesidad y la disponibilidad de apoyo psicológico.

Ofrecer talleres o grupos de apoyo para padres, brindándoles herramientas para manejar el estrés, fomentar hábitos saludables en el hogar y apoyar emocionalmente a sus hijos.

Realizar investigaciones de seguimiento para evaluar la durabilidad de los efectos de la intervención psicológica en el tiempo y si se mantienen los beneficios en el estado emocional y el peso de los niños a largo plazo.

Explorar qué factores (por ejemplo, edad, género, nivel socioeconómico, apoyo familiar, tipo de ansiedad/depresión) pueden influir en la efectividad de la intervención.

15.- CONFLICTO DE INTERÉS

No existe conflicto de interés por parte de los investigadores para el presente proyecto de investigación.

16.- BIBLIOGRAFÍA

1. World Organización mundial de la salud, [internet], [consultado 20 mayo 2023]. Disponible en <http://www.who.int/.es>.
2. Roselló GdlCU, Llovet JAI, Sidenko AS, Labrada CdlCP, Álvarez R. Complicaciones cardiovasculares en pacientes con diabetes mellitus y su impacto en la sociedad. *Ciencias Básicas Biomédicas*. 2020;1:1-19.
3. Pineda-Burgos BC, Hernández-Ruiz PE, Balanzar-Martínez A, Legorreta-Soberanis J, Paredes-Solís S, Ponce JL. El sobrepeso y obesidad en estudiantes de primaria de dos municipios de la Costa Chica de Guerrero, México. *Enfermería Actual de Costa Rica*. 2020:151-162.
4. León-Samaniego GF, Espinoza GdJV, Silva JSB. Prevalencia de obesidad y dislipidemias, y su relación con la hipertensión arterial en trabajadores universitarios en Ecuador. *SALUD Y BIENESTAR COLECTIVO*. 2020:33-43.
5. OMS La obesidad entre los niños y los adolescentes se ha multiplicado por 10 en los cuatro últimos decenios. 15 de junio 2023. Comunicado de prensa.
6. Salud 180, [internet]. [consultado 5 mayo 2021]. Disponible en <https://.salud180.com/salud-a-z/glosario/dieta>.
7. Agudo A, Alcazár V, Alberiche M, Alejo M, Alfaro J, Bellido V, Álvarez D. Dietoterapia, nutrición clínica y metabolismo. Tercera edición. España: Aula médica. 2018:1-1049.
8. Martínez B, Pedrón C. Conceptos básicos de alimentación. Madrid-España. Nutricia, 2016.
9. Ayala C. Importancia nutricional de la carne. Instituto de investigación agropecuarios y de recurso naturales. 2018 noviembre; 54-61.
10. Ruiz A, Macias R, Ríos S, Román B, Méndez O, Rodríguez P. Efecto de una dieta rica en proteínas y alta en fibra más la suplementación con aminoácidos de cadena ramificada sobre el estado nutricional de pacientes con cirrosis. *Revista de gastroenterología de México*. 2017 febrero; 83(1): 9-15.
11. Pérez A. Nutrición y adolescencia. *Nutrición clínica en medicina*. 2020; 14(2): 64-84. Doi: 10.7400/NCM.2020.14.2.5090.

12. Diario oficial de la federación. NOM-043-SSA2-2012. [Actualización 2017] Promoción y educación para la salud en materia alimentaria. Criterios para brindar información.
13. Santiago L, Ríos P, Perea A, Lara A, González A, García V, Hernández M, Perea L, Circe D, Paz C, Zárate R, Reyes U. Importancia de una hidratación adecuada en niños y adolescentes. Revista Salud Quintana Roo. 2018 mayo-agosto; 11(39):27-30.
14. Pereira J, Salas M. Análisis de los hábitos alimenticios con estudiantes de décimo año de un Colegio Técnico en Pérez Zeledón basados en los temas transversales del programa de tercer ciclo de educación general básica de Costa Rica. Revista electrónica Educare. 2017 agosto; 21(3):229-251. Doi.org/10.15359/ree.21-3.12.
15. Torres F, Rojas A. Obesity and public health in México: Transforming the hegemonic food supply and demand pattern. Revista latinoamericana de economía. 2018 enero; 193(49).
16. Diario oficial de la federación. NOM-008-SSA3—2017, para el tratamiento integral del sobrepeso y de la obesidad.
17. Diario Oficial de la federación. NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.
18. Guía de práctica clínica. Grupo de alimentos y patrones de alimentación saludables para la prevención de enfermedades adultos y pediátricos 1°, 2° y 3er nivel de atención.
19. Diario Oficial de la federación. NOM-007-SSA2-2016, para la atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y de la persona recién nacida.
20. Edali Gloria Ortega Miranda. Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. 2020, de Rev Med Hered Sitio web: <https://doi.org/10.20453/rmh.v29i2.3352>
21. Guillermo Felipe López Sánchez. Análisis de imagen corporal y obesidad mediante las siluetas de Stunkard en niños y adolescentes españoles de 3 a 18 años. 2020, de anales de psicología Sitio web: <http://revistas.um.es/analesps>

- 22.** Federik M, Calderón A, Degastaldi V, Duria S, Monsalvo C, Pinto M, Vázquez C, Laguzzi M. Hábitos alimentarios y covid-19. Análisis descriptivo durante el aislamiento social en argentina. *Nutri Clin diet Hosp*. 2020 septiembre; 40(30):84-91.
- 23.** Pérez C, Gianzo M, Gotzone H, Ruiz F, Casis L, Aranceta J. Cambios en los hábitos alimentarios durante el periodo de confinamiento por la pandemia covid-19 en España. *Revista Española de nutrición comunitaria*. 2020 mayo; 26(2). Doi 10.14642/RENC.2020.26.2.5213.
- 24.** Vera V, Torres J, Tello E, Orihuela E, De la Cruz J. Validación de escala de cambios en los estilos de vida durante el periodo de cuarentena en una población de estudiantes universitarios de Lima, Perú. *Rev. Fac Med Hum*. 2020 octubre; 20(4):614-623. Doi 10.25176/F.v20i4.3193.
- 25.** Emilce M, Andreatta M, Defagó M. Los efectos de la cuarentena por coronavirus (covid-19) en los hábitos alimentarios en Argentina. *Revista científica de la Asociación Argentina de dietista y nutricionista*. 2020 julio; 38(171): 10-19. ISSN 0328-1310.
- 26.** Moncada M, Gonzáles H, Rueda C, Nieto I. Hábitos alimentarios en tiempos de covid-19: un estudio con escolares de la ciudad de Puerto Colombia (Atlántico). *Biociencias* 2020 diciembre; 15(2): 9-22.
- 27.** Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018 ENSANUT Diseño conceptual.
- 28.** Relación entre autoestima e imagen corporal en niños con obesidad. Relación entre autoestima e imagen corporal en niños con obesidad. 2020, de Revista mexicana de trastornos alimentarios Sitio web: <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.05.006>.
- 29.** Baile JI, González-Calderón MJ, Palomo R, Rabito-Alcón MF. La intervención psicológica de la obesidad: desarrollo y perspectivas. *Psychology*. 2020;1-14.
- 30.** García Ruiz JC. Tratamiento psicológico de un caso de obesidad provocada por adicción a la comida. 2020;1:1-36.
- 31.** Trastorno de ansiedad relacionado con el sobrepeso y obesidad en niños entre 8 a 14 años de edad, que acuden al servicio de pediatría del Hospital San Vicente de Paúl de la ciudad de Ibarra durante el período marzo a junio del año 2017.

2020, de repositorio Sitio web:
<http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/13736>

- 32.** Pacheco Favela Miguel Ángel. Síntomas de ansiedad y depresión en obesidad infantil: Un programa de intervención integral. 2020, de Universidad Autónoma de Ciudad Juárez Instituto de Ciencias Sociales y Administración Departamento de Ciencias Sociales Maestría en Psicología.
- 33.** Grupo de trabajo de la actualización de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y la Adolescencia. Actualización. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (Avalia-t); 2018. Guías de Práctica Clínica en el SNS
- 34.** Fernández Michel, S. G., García Díaz, C. L., Alanís Guzmán, M. G., & Ramos Clamont, M. G. Ácidos grasos trans: consumo e implicaciones en la salud en niños. *Ciencia y Tecnología Alimentaria*, (2008), 6(1), 71-80.
- 35.** Ballesteros-Vásquez, M. N., Valenzuela-Calvillo, L. S., Artalejo-Ochoa, E., & Robles-Sardin, A. E. Ácidos grasos trans: un análisis del efecto de su consumo en la salud humana, regulación del contenido en alimentos y alternativas para disminuirlos. (2012). *Nutrición Hospitalaria*, 27(1), 54-64.
- 36.** OECD/The World Bank (2020), Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>.
- 37.** Olivos C, Alonso R. La relación entre la obesidad y estados depresivos. (2020). Vol. 31. Núm 2. *Revista Médica Clínica Las Condes*.
- 38.** Hayes SC, Luoma JB, Bond F, Masuda A y Lillis J (2006). Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1-25. Doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
- 39.** Ruiz F (2010). A Review of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) Empirical Evidence: Correlational, Experimental. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 125-162.
- 40.** Ruiz F (2012). Acceptance and Commitment Therapy versus Traditional Cognitive Behavioral Therapy: A Systematic Review and Meta-analysis of

Current Empirical Evidence. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12, 333-357.

41. Murrell AR, Coyne LW y Wilson KG (2004). ACT with Children, Adolescents, and their Parents (249-273). En SC Hayes y KD Strosahl (Eds.), *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Springer: Boston. Doi: 10.1007/978-0-387-23369-7_10
42. Murrell AR, Coyne LW y Wilson KG (2004). ACT with Children, Adolescents, and their Parents (249-273). En SC Hayes y KD Strosahl (Eds.), *A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy*. Springer: Boston. Doi: 10.1007/978-0-387-23369-7_10
43. Laurel, E. (2008). The social implications of overweight and obesity in children. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 63, 139-152.
44. Straffon Olivares, D. K. (2020). Intervención cognitivo-conductual para disminuir factores psicológicos de riesgo y promover el bienestar en niños con sobrepeso.
45. Villaseñor S, Ontiveros C, Cárdenas K. Salud mental y obesidad. *Artemisa*. 2006; 8(2):86-90.
46. Aguilar M, Manrique L, Tuesta M, Musayón Y. Depresión y autoestima en adolescentes con obesidad y sobrepeso: un problema que pesa. *Rev enferm Herediana*. 2010; 3 (1): 49-54.
47. Calderón C, Forns M, Varea V. Obesidad infantil: ansiedad y síntomas cognitivos y conductuales propios de los trastornos de alimentación. *An Pediatr (Barc)*. 2009; 71(6):489–494.
48. Morales J. Factores psicosociales asociados al paciente con obesidad. In: Guzmán R, Del Castillo A, García M, editores. *Obesidad: un enfoque multidisciplinario*. Hidalgo: Universidad Autónoma; 2010. p. 201-218.
49. Cebolla O, Baños R, Botella C, Lurbe E, Torró I. Perfil psicopatológico de niños con sobrepeso y obesidad en tratamiento de pérdida de peso. *RPCC*. 2011;16 (2):125-13

17.- ANEXOS

Carta de no inconveniente para realizar el protocolo de investigación

CARTA DE CONFIDENCIALIDAD DE DATOS





GOBIERNO DE
MÉXICO



A QUIEN CORRESPONDA.
P R E S E N T E.

ASUNTO: CARTA DE CONFIDENCIALIDAD

Nosotros, Dra. Daniela Guillermina Sainos Lopez, Dr. Jesús Taxis Ramírez, Dra. Kristal Yazmin Garzon Hernandez, hacemos constar, en relación con el protocolo No. _____ titulado: **CAMBIOS EN EL ESTADO PSICOLÓGICO EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE SOBREPESO – OBESIDAD, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA**". Nos comprometemos a resguardar y mantener la confidencialidad y no hacer mal uso de los datos, documentos, expediente, reportes, estudios, archivos físicos y/o electrónicos de información recabada, estadísticas o bien, cualquier otro registro o información relacionada con el estudio mencionado a nuestro cargo, así como a no difundir, distribuir o comercializar los datos personales contenidos en los sistemas de información desarrollados en la ejecución de este. Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento, se procederá acorde a las sanciones civiles, penales o administrativas que procedan de conformidad con lo dispuesto en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública (última actualización 2016), la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y el Código Penal de la Ciudad de México y sus correlativas en las entidades federativas, a la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares y demás disposiciones aplicables en la materia.

Puebla, Puebla a 2023.

ATENTAMENTE.

Dra. Daniela Guillermina Sainos Lopez
Adscrita al consultorio 14 vespertino/ Profesora adjunta de
Medicina Familiar.

UMF 55 Amalucan, Puebla.

Dr. Jesús Taxis Ramírez
Coordinador Clínico de Educación
e Investigación en Salud.

UMF 55 Amalucan, Puebla.

Dra. Kristal Yazmin Garzón Hernández
Residente de primer año de Medicina Familiar.
UMF 55 Amalucan, Puebla.

Dra. Daniela Guillermina Sainos López
MEDICINA FAMILIAR
MA 14 13040
CEM 14 13040

Dr. Jesús Taxis Ramírez
MAY. 03220212
UMSS COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN
UMF 55 - E INVESTIGACIÓN EN SALUD



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LOS PACIENTES QUE CONFORMEN EL GRUPO CONTROL

	INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLITICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD Carta de consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (padres o representantes legales de niños o personas con discapacidad)	
Nombre del estudio:	"CAMBIOS EN EL ESTADO PSICOLÓGICO EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE SOBREPESO – OBESIDAD, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA"	
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno.	
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar Número 55, Instituto Mexicano del Seguro Social, durante el período del año .	
Número de registro institucional:		
Justificación y objetivo del estudio:	La Obesidad infantil es un problema de salud pública, por su alta tasa de comorbilidades, este estudio pretende identificar los factores asociados a obesidad metabólicamente enferma en niños escolares.	
Procedimientos:	<p>A través de este documento queremos hacerte una invitación a participar voluntariamente en un estudio de investigación clínica. Tómate todo el tiempo necesario para que leas este documento. Puedes hacer todas las preguntas que quieras. Para decidir si quieres participar con nosotros en este estudio debes conocer el objetivo de nuestra investigación.</p> <p>Para conocer cómo te sientes con tu peso requerimos hacerte 2 pequeñas encuestas, que consisten en unas preguntas, las cuales vas a subrayar con la que te sientas más a gusto. Todo esto será una sola vez y ya, te vas a tarda aproximadamente 15 minutos, te vamos a pesar y medir y terminamos</p>	
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio no presenta ningún riesgo para tu salud ya que solo se harán preguntas de bajo riesgo, esto quiere decir que los riesgos que al corren al ayudarnos al presente estudio son mínimos.	
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con tu ayuda vamos a saber más sobre cómo se sienten los Niños con respecto a su peso, si están felices o no. Además, te podremos decir cómo se sienten los demás y tratar de buscar una solución.	
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Con tu ayuda vamos a saber más sobre la obesidad, el sobrepeso, la ansiedad y la depresión las cuales pueden estar implicadas muchas enfermedades en México. Además, te podremos decir cómo se sienten.	
Participación o retiro:	Usted podrá retirarse del estudio en cualquier momento en que lo decida, teniendo la seguridad de que no habrá ningún tipo de repercusión en los servicios que le brinda el Instituto Mexicano del Seguro Social a Usted y a su familia.	
Privacidad y confidencialidad:	Tenga Usted por seguro que mantendremos la confidencialidad y privacidad de sus datos que nos proporcionó. No daremos a conocer ningún dato personal si no es bajo su propia autorización.	
Declaración de consentimiento:		

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

☐
☐
☐

No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra solo para este estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservando su sangre hasta por ____ años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigadora o Investigador Responsable: Dr. Jesús Taxis Ramírez.

Coordinador Clínico de Educación
Investigación en Salud. UMF 55 Amalucan, Puebla.
Matrícula: 98225212
Teléfono: 2225673836
Correo electrónico: jesus_texte@hotmail.com

De

Colaboradores:

Dra. Daniela Guillermina Sainos Lopez
Cargo y adscripción Médico adscrito consultorio 04 UMF 55
Teléfono: 222 190 7333
Matrícula: 98222040
Correo electrónico: Daniela.sainos@outlook.com
Maestra En Terapia Psicosociales Diana Iveth Mar Vázquez
Especialista en neurología infantil
Cargo y adscripción psicóloga UMF 55
Teléfono: 229 173 3996
Matrícula: 97228379
Correo electrónico:
diana.iveth.mar.90@gmail.com
Dra. Kristal Yazmin Garzón Hernández
Médico Residente Especialista En Medicina Familiar
ADSCRIPCION: UMF 55
Teléfono: 2381058060
Matrícula: 97228379
Correo electrónico: Kristalygh95@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación 21048 de la UMF 6 del IMSS Avenida 15 de mayo SN y calle 35 norte colonia valle dorado cp 72070 con Dra María Nalleli Torres Gutierrez con teléfono 2224716671 o al correo: comite.bioetica21048@gmail.com

Si durante su participación en el estudio, identifica o percibe alguna sensación molesta, dolor, irritación, alteración en la piel o evento que suceda como consecuencia de la toma o aplicación del tratamiento, podrá dirigirse a Área de farmacovigilancia, al teléfono (55)56276 900, ext. 21222 correo electrónico: iris.contreras@imss.gob.mx

Nombre y firma de ambos padres o
tutores o representante legal

Testigo 1

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-014



1 de 2

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

Carta de asentimiento en menores de edad (8 a 12 años)



Nombre del estudio: ___Factores asociados a obesidad metabólicamente enferma en niños escolares de la unidad de medicina familiar no. 55 imss Puebla. ___
Número de registro institucional _____

● **Objetivo del estudio y procedimientos:**

Hola, mi nombre es _Kristal Yazmin Garzon Hdz_ y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de “CAMBIOS EN EL ESTADO PSICOLÓGICO EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE SOBREPESO – OBESIDAD, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA” para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en ___llenar un cuestionario y que te tomen unos estudios en sangre. Para ello queremos pedirte nos apoyes.



Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Esta información será confidencial. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas o resultados sin que tú lo autorices, solo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio. (Si se proporcionará información a los padres, favor de mencionarlo en la carta)

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una **(x)** en el cuadrado de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

☐ Si quiero participar



Nombre: _____



Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: _____

Fecha: _____



Cédula de Recolección de datos:

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO. 55 COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CÉDULA DE
RECOLECCIÓN DE DATOS**

ID:	
Edad:	
Genero	
Talla:	
Peso:	



Nombre

Fecha

Unidad/Centro

Nº Historia

Edad: ____ años ____ meses. **Sexo** ____ **Curso escolar** ____

7.6 CUESTIONARIO - CDI-

Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado.

1. ☐ Estoy triste de vez en cuando.
☐ Estoy triste muchas veces.
☐ Estoy triste siempre.
2. ☐ Nunca me saldrá nada bien
☐ No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
☐ Las cosas me saldrán bien
3. ☐ Hago bien la mayoría de las cosas.
☐ Hago mal muchas cosas
☐ Todo lo hago mal
4. ☐ Me divierten muchas cosas
☐ Me divierten algunas cosas
☐ Nada me divierte
5. ☐ Soy malo siempre
☐ Soy malo muchas veces
☐ Soy malo algunas veces
6. ☐ A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
☐ Me preocupa que me ocurran cosas malas.
☐ Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
7. ☐ Me odio
☐ No me gusta como soy
☐ Me gusta como soy
8. ☐ Todas las cosas malas son culpa mía.
☐ Muchas cosas malas son culpa mía.
☐ Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.
9. ☐ No pienso en matarme
☐ pienso en matarme pero no lo haría
☐ Quiero matarme.
10. ☐ Tengo ganas de llorar todos los días
☐ Tengo ganas de llorar muchos días
- ☐ Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.
11. ☐ Las cosas me preocupan siempre
☐ Las cosas me preocupan muchas veces.
☐ Las cosas me preocupan de cuando en cuando.
12. ☐ Me gusta estar con la gente
☐ Muy a menudo no me gusta estar con la gente
☐ No quiero en absoluto estar con la gente.
13. ☐ No puedo decidirme
☐ Me cuesta decidirme
☐ Me decido fácilmente
14. ☐ Tengo buen aspecto
☐ Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
☐ Soy feo
15. ☐ Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
☐ Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
☐ No me cuesta ponerme a hacer los deberes
16. ☐ Todas las noches me cuesta dormirme
☐ Muchas noches me cuesta dormirme.
☐ Duermo muy bien
17. ☐ Estoy cansado de cuando en cuando
☐ Estoy cansado muchos días
☐ Estoy cansado siempre
18. ☐ La mayoría de los días no tengo ganas de comer
☐ Muchos días no tengo ganas de comer
☐ Como muy bien
19. ☐ No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
☐ Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
☐ Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad



20. ☐ Nunca me siento solo.
☐ Me siento solo muchas veces
☐ Me siento solo siempre
21. ☐ Nunca me divierto en el colegio
☐ Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
☐ Me divierto en el colegio muchas veces.
22. ☐ Tengo muchos amigos
☐ Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más
☐ No tengo amigos
23. ☐ Mi trabajo en el colegio es bueno.
☐ Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
☐ Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.
24. ☐ Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
☐ Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.
☐ Soy tan bueno como otros niños.
25. ☐ Nadie me quiere
☐ No estoy seguro de que alguien me quiera
☐ Estoy seguro de que alguien me quiere.
26. ☐ Generalmente hago lo que me dicen.
☐ Muchas veces no hago lo que me dicen.
☐ Nunca hago lo que me dicen
27. ☐ Me llevo bien con la gente
☐ Me peleo muchas veces.
☐ Me peleo siempre.

CMASR-2 Cuestionario-Perfil

Carl A. Weisberg, PhD y Neil D. Stinson, EdD

Fecha:

Nombre:

Edad:

Queda
reservado

☐ Femenino ☐ Masculino

Instrucciones

Las opciones que aparecen en esta herramienta dicen cómo piensas y sienten algunas personas. Escoge de estas opciones la que mejor describe cada oración y luego encierra en un círculo la palabra que corresponde a la respuesta. Encierra en un círculo la palabra SI si piensas que así eres. Encierra en un círculo la palabra NO si crees que no eres así. Responde a cada oración; incluye si lo requiera. Marca una respuesta que te agrada a ti. No, gracias. Si y No para la misma oración. Si quieres cambiar la respuesta, marca una X encima de tu primera respuesta y luego encierra en un círculo tu nueva elección.

No hay respuestas correctas ni incorrectas; sólo las palabras. Decidas como quieras y siempre con respecto a ti mismo. Recuerda, después de leer cada oración, preguntarse: "¿Es como yo el caso?". Si es así, encierra en un círculo la palabra SI; si no lo es, encierra en un círculo la palabra NO.

Encierra en un círculo una respuesta por cada oración.

continúa al reverso de esta página

1. Muchas veces siento asco o náuseas.	SI	NO
2. Soy muy nervioso(a).	SI	NO
3. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase.	SI	NO
4. Tengo miedo que otros niños se rían de mí durante la clase.	SI	NO
5. Tengo demasiados dolores de cabeza.	SI	NO
6. Me preocupa no agradarle a los otros.	SI	NO
7. Algunas veces me despierto asustado(a).	SI	NO
8. La gente me pone nervioso(a).	SI	NO
9. Siento que alguien va a decirme que hago mal las cosas.	SI	NO
10. Tengo miedo que los demás se rían de mí.	SI	NO
11. Me cuesta trabajo tomar decisiones.	SI	NO
12. Me pongo nervioso(a) cuando las cosas no me salen como quiero.	SI	NO
13. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí.	SI	NO
14. Todas las personas que conozco me caen bien.	SI	NO
15. Muchas veces siento que me falta el aire.	SI	NO
16. Casi todo el tiempo estoy preocupado(a).	SI	NO
17. Me siento mal si la gente se ríe de mí.	SI	NO
18. Muchas cosas me dan miedo.	SI	NO
19. Siempre soy amable.	SI	NO
20. Me enoja con facilidad.	SI	NO
21. Me preocupa lo que mis papás me vayan a decir.	SI	NO
22. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas.	SI	NO
23. Me da miedo hablar en voz alta ante mis compañeros durante la clase.	SI	NO
24. Siempre me porto bien.	SI	NO

Nota: Este cuestionario está basado en el CMASR-2 (Weisberg y Stinson, 1997).

Copyright © 2008 by WESTERN
PSYCHOLOGICAL SERVICES, INC. to be
reproduced in whole or in part without
written permission. All rights reserved.



Manual Moderno®

D.R. © 2012 por

Editorial Manual Moderno, S.A. de C.V.

Av. Santos 56, Cda. Repoblado, 06100, México D.F.

Miembro de la Cámara Nacional de la Industria

Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados.

Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida,
distribuida o transmitida en cualquier forma o por
cualquier medio, electrónico o mecánico, sin permiso
escrito por escrito de la Editorial.

	DEF	RS	RG	SOC
Formación total (suma de los 4)	—	—	—	—



4 489000 090024

MP
90-2

0813

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN					
Protocolo de investigación	“CAMBIOS EN EL ESTADO PSICOLÓGICO EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE SOBREPESO – OBESIDAD, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA”				
Modalidad	Presencial				
Objetivos generales	Crear conciencia a los pacientes y en la familia sobre sobrepeso – obesidad y las consecuencias que nos conlleva como ansiedad y depresión, creando una conciencia sobre el problema de salud pública actual. Integrando una terapia de aceptación y compromiso en el cual se trabajará con 123 pacientes en un grupo de 23 y 5 de 20 pacientes para un mejor aprendizaje-				
Materias, áreas, módulos, temáticas o competencias con las que se relaciona	Educar a los pacientes con depresión y ansiedad sobre su enfermedad y el control de peso. El paciente al termino de las sesiones educativas identificará factores de riesgo, así como la importancia del tratamiento farmacológico y no farmacológico para lograr el adecuado control. Creando conciencia en una terapia de aceptación y compromiso para tener metas de prevención.				
Nombre de la unidad	SOBREPESO – OBESIDAD, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN				
Sesiones	Cuatro sesiones				
Horas totales	4 horas	Horas teóricas	120 min	Horas prácticas	120 min
Fecha	noviembre de 2023				

2.- Programación						
Nombre del programa	Objetivos de la sesión	Dirigido a:	Actividad	Recursos	Actividades extras	Tiempo
<p>Sesión 1</p> <p>1.- Establecimiento De Reporte</p> <p>Duración :1 hora</p> <p>Sede: auditorio UMF 55</p> <p>Cupo: un grupo de 40 personas</p>	<p>Integración de grupo y por qué se encuentran aquí crenado un vinculo</p> <p>La persona facilitadora se presentará al grupo, creando un ambiente de calma, respeto y cordialidad. Hará que los participantes digan su nombre y se presenten con algún dato breve (ocupación, gustos</p>	<p>Pacientes con sobrepeso, obesidad, depresión y ansiedad que acepten participar en la investigación y cuenten con los criterios de selección de la muestra; en un periodo comprendido de 6 meses.</p>	<p>Act.1 "Balance decisional": La persona facilitadora proporcionará una explicación breve y concreta de qué es el balance decisional y con la participación de los asistentes, abordaran ventajas y desventajas de presentar control peso y emociones. Se otorgará formato "Balance Decisional".</p> <p>Act.2 "Estableciendo metas: Los participantes refieren su meta a lograr durante su permanencia en el taller, al mismo tiempo les permitirá reforzar la importancia de estas metas y la confianza que se tienen en alcanzarlas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plumones • Libretas • Pintarron • Computadora • Proyector • Papel bond 	<ul style="list-style-type: none"> • Tarea que nos agrada o nos desgrada de nuestro cuerpo. Más lo que no hace sentir. 	<p>20 min</p> <p>30 min</p> <p>10 min</p>

	personales, etc.) Se establecerán las reglas a seguir durante la permanencia en taller.					
<p>Sesión 2</p> <p>Imagen corporal, conociendo emociones</p> <p>Duración :1 hora</p> <p>Sede: auditorio UMF 55</p>	<p>Relación de aspecto emocional y conducta alimentaria llegando a diferenciar si está comiendo emociones, previniendo dismorfia corporal .</p> <p>El facilitador se presentará y generará un</p>	<p>Pacientes con sobrepeso, obesidad, depresión y ansiedad que acepten participar en la investigación y cuenten con los criterios de selección de la muestra; en un periodo comprendido de 6 meses.</p>	<p>Act 1: La persona facilitadora pedirá a voluntarios o seleccionará dos personas entre los asistentes para revisar y retroalimentar la actividad de “Establecimiento de metas”.</p> <p>Identificar trastornos alimenticios relacionados con estado anímico, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comiéndome emociones identifica • Conciencia corporal <p>Desarrollo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dibujo de silueta original, buscando los trastornos de conducta alimentaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Plumones • Libretas • Pintarrón • Computadora • Proyector • Estetoscopio y Bau manómetro • Tríptico 	<p>Actividad en casa: Estrategias de cambio y que me molesta.</p>	<p>15 min</p> <p>30min</p> <p>15 min</p>

Cupo: un grupo de 23 personas y 5 grupos de 20 personas	ambiente de cordialidad y respeto, así mismo hará de forma breve y concreta un resumen de lo visto en la sesión uno.		<p>Cierre:</p> <ul style="list-style-type: none"> Conclusiones y ejercicios relación y herramientas digitales. <p>Evaluación: Registro de asistencia</p>			
<p>Sesión 3</p> <p>Control de emociones.</p> <p>Duración :1 hora</p> <p>Sede: auditorio UMF 55</p>	<p>Se dará la bienvenida a los participantes del taller, brevemente se mencionarán los temas vistos en la sesión previa, se recordarán los objetivos por los cuales se encuentran en el taller y se orientara sobre dudas generales. Al igual del</p>	<p>Pacientes con sobrepeso, obesidad, depresión y ansiedad que acepten participar en la investigación y cuenten con los criterios de selección de la muestra; en un periodo comprendido de 6 meses.</p>	<p>Act.1.Una forma de resolver mis problemas: Rompiendo las cadenas.</p> <p>Se explicará el papel de las cadenas de comportamiento en las conductas inadecuadas que dificultan la adopción de hábitos saludables. Guiará un ejercicio con los asistentes para identificar cadenas y emplear maneras de romper los eslabones (opciones de solución).</p>	<ul style="list-style-type: none"> Plumones Libretas Pintarrón Computadora Proyector 	<ul style="list-style-type: none"> Terapia de aceptación y compromiso Ejercicios y juegos para descubrir emociones 	<p>15 min</p> <p>30 min</p> <p>15 min</p>

<p>Duración :1 hora</p> <p>Sede: auditorio UMF 55</p> <p>Cupo: un grupo de 40 personas</p>	<p>programa Manejó de emociones, orientando a terapia y meditación mindfulness</p>		<p>Act.2 Trabajando con los resbalones: La persona facilitadora explicara que son los resbalones o recaídas y propondrá maneras para solucionarlos, como cambiar los pensamientos, orientación en terapia mindfulness</p>			
<p>Sesión 4</p> <p>Recapitulación de lo aprendidos.</p> <p>Duración :1 hora</p> <p>Sede: auditorio UMF 55</p> <p>Cupo: un grupo de 40 personas</p>	<p>Se dará la bienvenida a los participantes del taller, brevemente se mencionarán los temas vistos en la sesión previa, se recordarán los objetivos por los cuales se encuentran en el taller y se orientara sobre dudas generales. Recapitulación</p>	<p>Pacientes con sobrepeso, obesidad, depresión y ansiedad que acepten participar en la investigación y cuenten con los criterios de selección de la muestra; en un periodo comprendido de 6 meses.</p>	<p>Act.1. <i>Manejando el estrés. Examinara junto con las personas participantes qué es el estrés, algunas estrategias para manejarlo y que faciliten nuestra adopción de hábitos saludables.</i></p> <p>Cierre de taller: El facilitador hace un resumen breve de lo abordado, enfatizando los puntos importantes aprendidos, invita a continuar con</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Plumones • Libretas • Pintarron • Computadora 	<ul style="list-style-type: none"> • Carta a mi Yo del pasado. • Estrategias aprendidas 	<p>15 min</p> <p>30 min</p> <p>15 min</p>

	<p>de todo lo aprendido llevando a nuestros pacientes a un mensaje de aceptación y compromiso que cosas pude cambiar con lo aprendido en los hábitos en las sesiones .</p>		<p>los cambios, menciona los pasos a seguir y se despide cordialmente.</p>			
--	--	--	--	--	--	--

DESCRIPCION TEMATICA DE “CAMBIOS EN EL ESTADO PSICOLÓGICO EN NIÑOS CON DIAGNÓSTICO DE SOBREPESO – OBESIDAD, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN, ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA”

NOMBRE DEL PROGRAMA:	OBJETIVO GENERAL
Lulu y los dulces sanos aprendiendo a comer: <u>SESION 1</u>	La persona facilitadora se presentará al grupo, creando un ambiente de calma, respeto y cordialidad. Hará que los participantes digan su nombre y se presenten con algún dato breve (gustos personales, etc.) Se establecerán las reglas a seguir durante la permanencia en taller.
DIRIGIDO A:	
Pacientes infantiles con sobrepeso-obesidad / ansiedad y depresión, que acepten participar en la investigación y cuenten con los criterios de selección de la muestra; en un periodo comprendido de 6 meses.	
DURACION:	CONTENIDO
1.00 HORAS	
SEDE:	MODULO 1

ESCUELA PRIMARIA SALVADOR VARELA RESENDIZ	Act.1 “Introducción al taller”: La persona facilitadora proporcionará una explicación breve y concreta de qué es el sobrepeso-obesidad / ansiedad y depresión; y con la participación de los asistentes, abordaran ventajas y desventajas de presentar control del peso.
CUPO:	MODULO 2
Nª personas	Act.2 “Aplicación de <u>Tamízaie</u> ”: Se proporcionan los formatos de evaluación (CDI-CMARS 2) , se brindarán instrucciones de llenado y se explicará la importancia de promover salud mental para lograr la meta de mantener un peso saludable.
FECHA Y HORA:	

NOMBRE DEL PROGRAMA:	OBJETIVO GENERAL
Lulu y los dulces sanos aprendiendo a comer: <u>SESION 2</u>	El facilitador se presentará y generará un ambiente de cordialidad y respeto, así mismo hará de forma breve y concreta un resumen de lo visto en la sesión uno.
DIRIGIDO A:	

Pacientes infantiles con sobrepeso-obesidad / ansiedad y depresión, que acepten participar en la investigación y cuenten con los criterios de selección de la muestra; en un periodo comprendido de 6 meses.	
DURACION:	CONTENIDO
1.00 HORAS	
SEDE:	MODULO 1
ESCUELA PRIMARIA SALVADOR VARELA RESENDIZ	Act 1: La persona facilitadora pedirá a voluntarios opiniones para favorecer el <u>reconocimiento emocional</u> (ansiedad y depresión) y su influencia en los hábitos alimenticios.
CUPO:	MODULO 2
Nº personas	Act. 2: “ <u>Cuestionando las sensaciones internas</u> ”: Se propone un método sencillo para reconocer los signos de las emociones en el cuerpo, con el objeto de mantener la motivación y contribuir al logro de nuestros objetivos de salud.
FECHA Y HORA:	

NOMBRE DEL PROGRAMA:	OBJETIVO GENERAL
Lulu y los dulces sanos aprendiendo a comer: <u>SESION 3</u>	Se dará la bienvenida a los participantes del taller, brevemente se mencionaran los temas vistos en la sesión previa, se recordaran los objetivos por los cuales se encuentran en el taller y se orientara sobre dudas generales.
DIRIGIDO A:	
Pacientes infantiles con sobrepeso-obesidad / ansiedad y depresión, que acepten participar en la investigación y cuenten con los criterios de selección de la muestra; en un periodo comprendido de 6 meses.	
DURACION:	CONTENIDO
1.00 HORAS	
SEDE:	MODULO 1
ESCUELA PRIMARIA SALVADOR VARELA RESENDIZ	Act.1. Iniciación al control de estímulos. En esta actividad se comentará sobre la importancia de reconocer y modificar algunos comportamientos y emociones que nos ayudan a controlar “nuestro ambiente” para ayudarnos en el logro de control de peso: fijarse un horario de alimentación, hacer de 3 a 4 comidas organizadas, cambiar de posición en la mesa y otras acciones. (Opciones de solución).
CUPO:	MODULO 2

Nº personas	Tarea: Diga a los participantes: Para la próxima sesión que nos veamos, necesitare que realicen con los padres al menos dos de las recetas propuestas. Utilicen la copia que les hemos dado para practicar recetas saludables.
FECHA Y HORA:	

NOMBRE DEL PROGRAMA:	OBJETIVO GENERAL
Lulu y los dulces sanos aprendiendo a comer: <u>SESION 4</u>	Se dará la bienvenida a los participantes del taller, brevemente se mencionaran los temas vistos en la sesión previa, se recordaran los objetivos por los cuales se encuentran en el taller y se orientara sobre dudas generales.
DIRIGIDO A:	
Pacientes infantiles con sobrepeso-obesidad / ansiedad y depresión, que acepten participar en la investigación y cuenten con los criterios de selección de la muestra; en un periodo comprendido de 6 meses.	
DURACION:	CONTENIDO
1.00 HORAS	

SEDE:	MODULO 1
ESCUELA PRIMARIA SALVADOR VARELA RESENDIZ	Act.1. <i>El yo como observador de todos mis eventos privados: Técnica Mindfulness</i>
CUPO:	MODULO 2
Nº personas	<p>Act. 2. Evaluación de metas: Se proporcionan los formatos de evaluación (CDI- CMARS 2) , se brindarán instrucciones de llenado.</p> <p>Cierre de taller: El facilitador hace un resumen breve de lo abordado, enfatizando los puntos importantes aprendidos, invita a continuar con los cambios, menciona los pasos a seguir y se despide cordialmente.</p>
FECHA Y HORA:	

Kristal Yazmin Garzon Hernandez

Revisado por Jefatura de Servicios Especializados de Información

- Quick Submit
- Quick Submit
- JSEI

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trm:oid::13419988445

Fecha de entrega
21 nov 2025, 10:39 a.m. GMT-6

Fecha de descarga
21 nov 2025, 10:57 a.m. GMT-6

Nombre del archivo
Tesis_KYGH_13.07.25_final_final.pdf

Tamaño del archivo
12.0 MB

81 páginas
3646 palabras
19.178 caracteres

4% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Coincidencias menores (menos de 16 palabras)

Fuentes principales

- 4% Fuentes de Internet
- 0% Publicaciones
- 2% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo. Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

30% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Coincidencias menores (menos de 16 palabras)

Fuentes principales

- 29% Fuentes de Internet
- 5% Publicaciones
- 22% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo. Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

