



BUAP

Facultad de Medicina

Unidad de Medicina Familiar No. 55

**“FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN
PACIENTES ADULTOS”**

Tesis para obtener el Diploma de Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Dra. Alejandra Reyes Spíndola Mirón

Directora:

Dra. Gabriela Bravo De la Rosa



H. Puebla de Z. febrero 2024



BUAP

Facultad de Medicina

Unidad de Medicina Familiar No. 55

**“FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN
PACIENTES ADULTOS”**

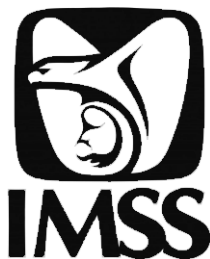
Tesis para obtener el Diploma de
Especialidad en Medicina Familiar

Presenta:

Dra. Alejandra Reyes Spíndola Mirón

Directora:

Dra. Gabriela Bravo De la Rosa.



H. Puebla de Z. febrero 2024



GOBIERNO DE
MÉXICO



Ricardo
2022 Flores
Año de Magón
PRECIADOR DE LA REVOLUCIÓN MEXICANA



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD MÉDICA FAMILIAR UMF 55

PUEBLA, PUE., A

19 DE ENERO 2023

AUTORIZACIÓN DE IMPRESIÓN DE TESIS DE ESPECIALIDAD

LOS ASESORES:

DRA. GABRIELA BRAVO DE LA ROSA, DR. MARCO ANTONIO ESCAMILLA
MARQUEZ, DRA. HILDA FERNANDEZ DE ORTEGA BARCENAS

DE LA TESIS TITULADA:

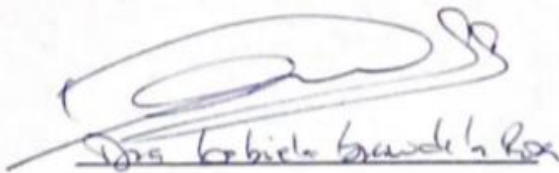
FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN
PACIENTES ADULTOS

REALIZADA POR EL MÉDICO RESIDENTE: DRA. ALEJANDRA REYES SPINDOLA MIRON

DE LA ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR

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

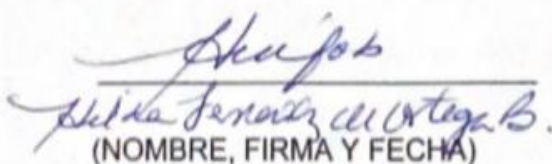
AUTORIZAMOS SU IMPRESIÓN


Dra. Gabriela Bravo de la Rosa

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

MARCO ANTONIO ESCAMILLA MARQUEZ
Cédula 507144
ENDOCRINOLOGÍA
Cédula Especialidad 281247
MEDICINA INTERNA
Cédula Especialidad 522144


(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)


Hilda Fernandez de Ortega B.

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)

(NOMBRE, FIRMA Y FECHA)



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 2104
U MED FAMILIAR TUM 0

Registro COFEPRIS 17 CI 31 114 137
Registro CONABIOÉTICA CONBIOÉTICA 21 CEI 005 2017102

FECHA Martes, 14 de diciembre de 2021

Dra. GABRIELA BRAVO DE LA ROSA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES ADULTOS** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**.

Número de Registro Institucional
R-2021-2104-148

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Alfredo Hernández Simón
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 2104

Impreso

IMSS

SEGURIDAD Y SALUD PARA TODOS

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis amados padres que en todo momento estuvieron dándome su apoyo para lograr culminar una meta más.

También quiero dedicar esta tesis a mi querido amigo incondicional, el cual estuvo a mi lado en las noches de desvelo por trabajar en este proyecto...

Pichancho.

AGRADECIMIENTO

Al Instituto Mexicano del Seguro Social ...

ÍNDICE

RESUMEN	v
SUMMARY	vi
1. ANTECEDENTES	7
1.1 ANTECEDENTES GENERALES.....	7
1.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.....	12
2. JUSTIFICACIÓN	17
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
4. OBJETIVOS	19
4.1 OBJETIVO GENERAL.....	19
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	19
5. HIPÓTESIS	20
6. MATERIAL Y MÉTODOS	21
6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO	21
6.2 UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL	21
6.2 MUESTREO	21
6.2.1. Definición de la unidad de población.....	21
6.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO	22
6.3.1 Criterios de inclusión.....	22
6.3.2. Criterios de exclusión.....	22
6.3.3. Criterios de eliminación.....	22
6.4 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO.....	22
6.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA	22
6.6 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN	23
6.6.1. Definición conceptual	23
6.6.2 Definición operacional.....	24
6.6.3 Variables y escalas de medición.....	25
6.7 METODOLOGÍA O INTERVENCIÓN PROPUESTA.....	26
6.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	26
7. ASPECTOS ÉTICOS	27
8. RESULTADOS	30
9. DISCUSIÓN	35
10. CONCLUSIONES	37
11. PROPUESTAS	38
12. BIBLIOGRAFÍA	39
13. ANEXOS	43

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1 Aspectos sociodemográficos de los participantes de la UMF 55. -----31

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1 Prevalencia de ansiedad en los participantes de la UMF 55. -----</i>	<i>32</i>
<i>Figura 2 Prevalencia de depresión en los participantes de la UMF 55. -----</i>	<i>32</i>
<i>Figura 3 Relación entre sobrepeso y obesidad con la Escala global de estrés percibido en los participantes de la UMF 55. -----</i>	<i>33</i>
<i>Figura 4 Relación entre sobrepeso y obesidad con la Escala de Afrontamiento al estigma en los participantes de la UMF 55. -----</i>	<i>34</i>

ÍNDICE DE ANEXOS

<i>Anexo 1 Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión</i>	43
<i>Anexo 2 Escala Global de estrés percibido de Cohen.</i>	45
<i>Anexo 3 Inventario breve del Afrontamiento al Estigma.</i>	47
<i>Anexo 4 Instrumento de recolección de datos.</i>	48
<i>Anexo 5 Consentimiento Informado</i>	49
<i>Anexo 6 Carta de no inconveniente.</i>	50

RESUMEN

TITULO: FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES ADULTOS.

AUTORES: Dra. *Alejandra Reyes Spíndola Mirón*¹. Dra *Gabriela Bravo de la Rosa*². Dr. *Marco Antonio Escamilla Márquez*³. D. en Psico. *Hilda María Fernández de Ortega Bárcenas*⁴.

¹Residente de Medicina Familiar UMF 55. ²Coordinadora Clínica de Educación e Investigación en Salud. ³Médico especialista en Medicina Interna, Subespecialidad en Endocrinología. ⁴Coordinadora de Posgrado del Departamento de Psicología UDLAP.

INTRODUCCION: La obesidad y el sobrepeso es una acumulación excesiva de grasa con grandes repercusiones en la calidad de vida. Se asocian a problemas relacionados con trastornos como depresión, ansiedad, así como la presencia de daños a la salud mental por la estigmatización. Es necesario contar con estrategias tempranas para prevenir y dar tratamiento de los efectos psicológicos que causan estos factores.

OBJETIVO: Identificar los factores psicosociales asociados a sobrepeso y obesidad en pacientes adultos.

MATERIAL Y METODOS: Estudio analítico, transversal, prospectivo. Con una muestra de 290 participantes de 18-60 años, ambos sexos, con sobrepeso y obesidad. Utilizando las Escalas de afrontamiento al estigma, estrés percibido y escala de ansiedad y depresión hospitalaria e IMC. El análisis se efectuó con estadística descriptiva e inferencial con X^2 de independencia.

RESULTADOS: Se observó que el 52.8% fueron hombres, con una media de edad de 36.5 años, el 34% tiene preparatoria, estado civil casado con el 43.1%, obesidad 59.7% y sobrepeso 40.3%. La prevalencia de ansiedad fue de 0.7% y para depresión fue de 5.5%.

La relación entre el sobrepeso y obesidad con la Escala global de estrés percibido fue mayor en el nivel bajo con 21.7% y 34.8% de la población en ambos grupos. Con *p* valor de 0.377 no habiendo relación entre ellas. En el caso de la relación entre el sobrepeso y obesidad con la Escala del Afrontamiento al estigma, se observó que, en ambos, el afrontamiento al estigma se presentó en el 34.5% y 40.3% de la población en el nivel bajo. Con *p* valor de 0.002 encontrando relación entre ambas variables de estudio.

CONCLUSIONES: En las variables sobrepeso y obesidad con la Escala del estrés percibido no existe relación. Y, en las variables sobrepeso y obesidad con la Escala Afrontamiento al estigma los resultados si existe relación.

SUMMARY

TITLE: PSYCHOSOCIAL FACTORS ASSOCIATED WITH OVERWEIGHT AND OBESITY IN ADULT PATIENTS.

AUTHORS: *Dr. Alejandra Reyes Spíndola Mirón¹. Dr. Gabriela Bravo de la Rosa². Dr. Marco Antonio Escamilla Márquez³. D. in Psycho. Hilda María Fernández de Ortega Bárcenas⁴.*
¹Resident of Family Medicine UMF 55. ²Clinical Coordinator of Health Education and Research. ³Medical specialist in Internal Medicine, Subspecialty in Endocrinology. ⁴Postgraduate Coordinator of the Department of Psychology UDLAP.

INTRODUCTION: Obesity and overweight is an excessive accumulation of fat with great repercussions on the quality of life. They are associated with problems related to disorders such as depression, anxiety, as well as the presence of damage to mental health due to stigmatization. It is necessary to have early strategies to prevent and treat the psychological effects caused by these factors.

OBJECTIVE: To identify the psychosocial factors associated with overweight and obesity in adult patients.

MATERIAL AND METHODS: Analytical, cross-sectional, prospective study. With a sample of 290 participants aged 18-60, both sexes, overweight and obese. Using the Stigma Coping Scales, Perceived Stress and Hospital Anxiety and Depression Scale and BMI. The analysis was carried out with descriptive and inferential statistics with χ^2 of independence.

RESULTS: It was observed that 52.8% were men, with a mean age of 36.5 years, 34% have high school, 43.1% marital status married, 59.7% obese and 40.3% overweight. The prevalence of anxiety was 0.7% and for depression it was 5.5%. The relationship between overweight and obesity with the Global Perceived Stress Scale was higher in the low level with 21.7% and 34.8% of the population in both groups. With *p value of 0.377*, there is no relationship between them. In the case of the relationship between overweight and obesity with the Stigma Coping Scale, it was observed that, in both, coping with stigma occurred in 34.5% and 40.3% of the population at the low level. With *p value of 0.002* finding a relationship between both study variables.

CONCLUSIONS: There is no relationship between the variables overweight and obesity with the Perceived Stress Scale. And, in the variables overweight and obesity with the Scale Coping with stigma the results if there is a relationship.

1. ANTECEDENTES.

1.1 ANTECEDENTES GENERALES.

Actualmente la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la obesidad y el sobrepeso como una acumulación anormal o excesiva de grasa la cual puede producir un perjuicio para el estado de salud (1).

Un índice de masa corporal (IMC) mayor a 25 se considera como sobrepeso, y un índice mayor a 30, es considerado como obesidad. Este es un problema que ha adquirido proporciones de epidemia; cada año mueren más de cuatro millones de personas por causas en relación con el sobrepeso o la obesidad, según valoraciones de 2017 sobre el censo mundial de morbilidad (1).

La obesidad es una enfermedad metabólica crónica que conlleva graves repercusiones, los valores altos de IMC se asocian con una baja expectativa y mala calidad de vida, ya que es un factor de riesgo para que se desarrollen otras patologías crónicas tales como: hipertensión, dislipemias, diabetes, cáncer, enfermedad aterosclerótica e incluso trastornos del aparato locomotor, por ello su asociación con una alta mortalidad y morbilidad (2).

Existe controversia entre la relación del IMC y la mortalidad, ya que hay algunos pacientes con obesidad llamados "metabólicamente sanos". El término pacientes "metabólicamente sanos" que padecen obesidad y sobrepeso alude a personas que no poseen anormalidades cardiometabólicas relacionadas a la adiposidad (es decir, tensión arterial elevada, triglicéridos elevados, colesterol bajo lipoproteínas de alta densidad [HDL], glucosa en ayuno elevada y / o pruebas de resistencia a la insulina, diabetes mellitus, proteína C reactiva anormal o pruebas de función hepática alteradas que sugieran hígado graso) (3).

A pesar de no tener certeza de cambios metabólicos en pacientes con obesidad, existen evidencias de un aumento de la mortalidad. En una investigación agrupada de cuatro estudios con un seguimiento de 10 años, los individuos con obesidad que eran

"metabólicamente sanos" tenían una exposición de mortalidad mayor comparado con individuos sanos metabólicamente y peso normal. En personas con sobrepeso metabólicamente sanos, el incremento de la exposición de mortalidad no alcanzó significación estadística, aun cuando el análisis se restringió a estudios con al menos 10 años de seguimiento. Por lo tanto, parte de la variabilidad en las estimaciones de mortalidad con sobrepeso puede ocasionarse a riesgos que son proporcionales al exceso de masa grasa; las personas con sobrepeso representan un espectro de riesgo que es más bajo que las personas con obesidad, al menos a corto plazo (4).

La obesidad tiene una prevalencia que ha incrementado en las últimas tres décadas a nivel mundial, ya que uno de cada tres adultos es afectado. En el año 2015 10.8% de todas las muertes en el mundo fueron atribuidas a un excedente de peso y en el año 2016 esta cifra aumentó a 12.3%. Esto conforme al Estudio de Carga Global de la Enfermedad (Global Burden of Disease Study) (5).

Existen factores individuales y sociodemográficos relacionados con una mayor prevalencia de obesidad, como son, tener un nivel socioeconómico bajo, vivir dentro condiciones de inseguridad alimentaria, tener talla baja o pertenecer al género femenino (5).

La obesidad tiene un origen multifactorial y es el resultado de prácticas y factores de riesgo que pueden ser de carácter inmediato (a nivel individual), intermedio (en el entorno de los individuos) y básicos o estructurales (a nivel macro), y que ocurren en diferentes etapas a lo largo del curso de vida. A partir de 1975, la OMS¹ reporta un incremento significativo en el número de personas con obesidad y sobrepeso. El número de individuos con este padecimiento se ha triplicado según los datos de la misma organización reportados en el 2016, para ese año, más de 1900 millones de adultos tenían sobrepeso y 650 millones de individuos eran obesos (1), (6).

En el año 2015, en todo el mundo 604 millones de adultos aproximadamente tenían obesidad. A partir de 1980, en más de 70 paises la prevalencia de la obesidad se ha ido duplicado y ha seguido incrementando en gran parte de los demás países. Las tasas de crecimiento entre hombres y mujeres fueron semejantes en todos los grupos

etarios, pero fueron mayor durante la edad adulta temprana. También en 2015, la prevalencia de la obesidad fue mayor para las mujeres, para todos los grupos de edad y en todos los niveles socioeconómicos. La prevalencia de la obesidad incrementó más entre 1980 y 2015 para los hombres de un rango de edad entre 25 a 29 años en los países de condiciones económicas bajas a medianas, del 11.1 al 38.3 por ciento (7), (8).

El comienzo de la obesidad se desencadena con regularidad por circunstancias de comportamiento, médicos y por el nivel socioeconómico. Un estilo de vida sedentario disminuye el gasto de energía y aumenta la pérdida de masa magra relacionada con la edad, promoviendo sinérgicamente el aumento de peso (9).

La transición en el abastecimiento mundial de alimentos, incluyendo la disponibilidad de alimentos de bajo costo, apetitoso, convenientes y abundantes en energía pueden ser los culpables, en parte, del aumento en la prevalencia del sobrepeso y la obesidad (10).

El hallazgo, el diagnóstico y la terapéutica de rutina de la obesidad es poco usual; en un informe del año 2018, de 3008 pacientes obesos, un estimado del el 55% tenía diagnóstico de obesidad y en la mayoría no contaban con un plan de manejo de la obesidad documentado por sus médicos. Los pacientes adultos deberían realizarse exámenes que ayuden a realizar una detección oportuna midiendo el peso y la altura y así poder obtener el índice de masa corporal (IMC) y realizarlo como parte esencial del examen físico de rutina. También se sugiere que en aquellos adultos con un IMC entre 25 y 35 kg / m² se deberá medir la circunferencia de la cintura para evaluar la obesidad abdominal. Una medida del contorno de la cintura que nos proporcione en rango de ≥ 88 cm para las mujeres y ≥ 102 cm para los hombres debe ser considerada elevada y es un indicativo para un mayor riesgo cardiometabólico (11).

El objetivo de la terapia esta es precaver, manejar o corregir las complicaciones de la obesidad y mejorar la calidad de vida (12), (13). Se han notificado mejoras para la salud con una disminución de peso de tan solo el 5 por ciento del peso corporal. Sin embargo, algunos individuos tienen una visión de pérdida de peso del 30 por ciento o

más por debajo de su peso actual, esta meta frecuentemente no se puede alcanzar sin cirugía bariátrica. Solo cambiando el estilo de vida, una pérdida de peso del 5 al 7 por ciento del peso corporal es más común, pero frecuentemente es difícil de mantener. En los estudios que comparan la terapia farmacológica con placebo, la pérdida de peso del 5 al 10 por ciento utilizando tanto fármacos como intervenciones conductuales se considera una muy favorable respuesta, y la pérdida de peso mayor al 10 por ciento se considera una respuesta excelente. Por tanto, es útil comprender la magnitud esperada de la pérdida de peso con cualquier intervención dada para alinearla con el objetivo del paciente (12), (13), (14), (4).

Tratamiento inicial- El tratamiento inicial de los individuos del cual se beneficiarían por la pérdida de peso sería en principio una intervención integral en el estilo de vida: en una conjugación de dieta, ejercicio y transformación del comportamiento. La mayoría de estos pacientes que se beneficiarían de la pérdida de peso deben recibir un adiestramiento sobre dieta, ejercicio y objetivos para la pérdida de peso. El elemento para cambiar el comportamiento facilita el apego a los regímenes de dieta y ejercicio e incluyendo tener un autocontrol para regular de la ingesta de alimentos, la actividad física y el peso (4), (15).

Intervención integral de estilo de vida- Un ejemplo de los programas de intervención integral en el estilo de vida es el Programa de Prevención de la Diabetes (DPP), posteriormente utilizado en el estudio Estilo AHEAD (Acción para la salud en la diabetes). Tiene dos objetivos principales la intervención del DPP en el estilo de vida, una pérdida de peso mínima del 7 por ciento utilizando una dieta hipocalórica baja en grasas y un mínimo de 150 minutos de actividad física a la semana (como una caminata a paso ligero). Se emplearon varios elementos conductuales para ayudar a alcanzar estos objetivos, incluida la capacitación en autogestión conductual, administradores para casos individuales, sesiones tanto para grupos o individuos, estrategias de adherencia individuales y una red para la capacitación, retroalimentación y apoyo clínico (4), (15), (16).

Aunque hay diferentes programas de pérdida de peso disponibles en el mercado comercial y cuentan con una disminución de peso mayor 10 por ciento, un

metaanálisis de 22 estudios de pérdida de peso conductual reveló una pérdida promedio de poco más del 4 por ciento en comparación con el 1 por ciento para los grupos de control, con un efecto máximo dentro de los primeros seis meses después del inicio del tratamiento. Lamentablemente, al igual que con otras terapias para la obesidad, el mantenimiento de estas pérdidas de peso iniciales ha sido difícil (17).

Terapia dietética- diversos tipos de dietas ayudan a una decente pérdida de peso. Las diferentes dietas incluyen a las balanceadas bajas en calorías, bajas en grasas / bajas en calorías, moderamiento en grasas / bajas en calorías o bajas en carbohidratos, así como la dieta mediterránea. La adhesión a la dieta es un pronosticador importante para la pérdida de peso, independientemente del tipo de dieta que se elija. Por lo tanto, se recomienda adaptar una dieta que ayude a reducir la ingesta de energía por debajo del gasto energético a las preferencias individuales de cada persona, en lugar de centrarse en la composición de macronutrientes de la dieta. La adición de asesoramiento dietético puede facilitar la pérdida de peso, especialmente durante el primer año (18), (19).

Actividad física- El incremento del gasto energético a través del ejercicio es un fuerte predictor del mantenimiento de la pérdida de peso. Además, la actividad física puede aminorar la pérdida de masa magra mientras haya pérdida de peso activa (19). Aproximadamente 30 minutos o más, es lo que debe durara el tiempo de la actividad física y debe hacerse un entrenamiento de cinco a siete días a la semana, para prevenir el aumento de peso y mejorar la salud cardiovascular. Podría darse un efecto entre la actividad física y la pérdida de peso, y se necesitan cantidades grandes de ejercicio para producir una pérdida de peso que sea significativa a falta de una dieta carente en calorías. Por lo tanto, cuando el objetivo que se desea es la pérdida de peso, una dieta restringida en calorías debe combinarse con tener menor sedentarismo y alcanzar una mayor actividad física; el ejercicio debe aumentar progresivamente con el tiempo según la tolerancia. Se prefiere un programa de componentes múltiples que incluya entrenamiento aeróbico y de resistencia. Las condiciones médicas existentes, la edad y las preferencias por los tipos de ejercicio deben tenerse en cuenta en las decisiones (20).

La selección del tratamiento para personas con sobrepeso u obesidad se basa en una evaluación inicial. Todos los pacientes que se beneficiarían de la pérdida de peso deben recibir asesoramiento sobre dieta, ejercicio y objetivos para el control del peso. Los candidatos para la terapia farmacológica incluyen adultos con un índice de masa corporal (IMC) superior a 30 kg / m² o un IMC de 27 a 29,9kg/m² con comorbilidades, que no han alcanzado los objetivos de pérdida de peso (pérdida de al menos el 5 por ciento del peso corporal total a los tres a seis meses) con una intervención integral en el estilo de vida. La decisión de iniciar la terapia con medicamentos debe individualizarse y tomarse después de una evaluación cuidadosa de los riesgos y beneficios de todas las opciones de tratamiento (estilo de vida, farmacológico, quirúrgico).

1.2 ANTECEDENTES ESPECÍFICOS.

La mayoría de las personas del mundo viven en países en donde el sobrepeso, así como la obesidad privan de más vidas que la incompetencia ponderal. Como dice Hoyt *et al*, la mayoría de las investigaciones relacionadas con este tema se dedican a la exploración de los factores biológicos, nutricionales y genéticos, sin embargo, en el área de la salud mental, los trabajos empíricos entorno al sobrepeso y la obesidad son limitados, especialmente en México (1), (21).

La causa, desde el punto de vista de autores como Karasu *et al*, Unikel-Santocini *et al*, Elhag *et al* y la base de datos del INSP, es que hasta la fecha ambas entidades patológicas no se consideran parte de los trastornos mentales. Las variables psicosociales estudiadas se refieren principalmente a la autorregulación, la autoeficacia, la motivación, los hábitos alimentarios, los prejuicios y la discriminación, así como la relación entre trastornos emocionales tales como depresión y ansiedad (22), (23), (24), (25).

Aun no queda completamente clara la relación obesidad-psicopatología, pero se ha examinado la asociación de problemas de sobrepeso con trastornos como ansiedad

o depresión, así como la presencia de daños a la salud mental debido a la estigmatización o discriminación que padecen las personas con sobrepeso (23), (25).

Aun no queda completamente clara la relación obesidad-psicopatología, pero se ha examinado la asociación de problemas de sobrepeso con trastornos como ansiedad o depresión, así como la presencia de daños a la salud mental debido a la estigmatización o discriminación que padecen las personas con sobrepeso (26).

En las investigaciones de Fernández *et al* y Levitan *et al*, se encuentra que en lo que se refiere a la autorregulación, la autoeficacia y la motivación, los seres humanos deberíamos ser capaces de evitar la ingesta de alimentos con bajo contenido nutricional, así como de anticipar las consecuencias de una conducta mal adaptativa como la antes descrita, sin embargo, no sucede así (26), (27).

Investigaciones de Saima *et al*, Dallman y Mestas-Hernández *et al* coinciden en que las señales de hambre y saciedad fisiológica se distorsionan a lo largo del crecimiento de la persona, durante el cual se adquieren hábitos alimentarios insalubres. Una de las consecuencias que impactan la calidad de vida en individuos con sobrepeso u obesidad, es el estigma social (28), (29), (30).

En lo que se refiere a las investigaciones de Himmelstein sobre los tópicos antes mencionados, se mostró que la vida personal, laboral y social de estas personas es afectada. Incluso, Brytek-Matera resaltó que los prestadores de servicios de salud carecen del entrenamiento para evitar los estereotipos que provocan que se discrimine o estigmatice a dichos pacientes. Ejemplo de lo anterior es el estudio de Unikel Santocini, el cual se llevó a cabo en una muestra de mujeres estudiantes de preparatoria, mostró que sus familiares hacían comentarios negativos sobre su peso y figura, principalmente los padres y hermanos (23), (31), (32).

En lo que se refiere a los adultos, la estigmatización se denota en al recibir sobrenombres y/o en la exclusión de actividades sociales. Puhl *et al* indica que, como consecuencia se aíslan y trabajan en empleos en lo que no tienen contacto con otras personas (33).

En el área económica, se sabe que las mujeres obesas perciben 12% menos del sueldo percibido por mujeres con normo peso en el mismo puesto de trabajo. Adicionalmente, Hebl, Foster *et al*, Wigton y Brown describen cómo en las instituciones educativas y de atención a la salud se presentan, frecuentemente, actitudes negativas hacia las personas con sobrepeso u obesidad. Dichas actitudes obstaculizan la atención adecuada a este problema, al mismo tiempo que obstaculizan la búsqueda de atención especializada para obtener un peso saludable. Así mismo, la vergüenza es una de las emociones que con mayor frecuencia impide que pacientes acudan a la consulta médica y de atención en salud (34), (35), (36), (37).

La estigmatización del sobrepeso o de la obesidad no solo es física sino también psicosocial; la discriminación por el excedente de peso corporal es de importancia clínica. El objetivo del estudio de Bautista *et al* el cual es de naturaleza documental, consistió en disponer un recuento de situaciones que motivan la discriminación en contra de personas con peso excedente. Con base al análisis de las investigaciones, se encontró que en ambientes como la familia, la escuela, el hospital y en el ambiente laboral; es un ambiente donde se fomenta y admite de manera rutinaria la discriminación por la naturaleza corporal. Se determina que es relevante instaurar participaciones psicoeducativas con respecto al impacto de la discriminación, para hacer consciencia a la población e iniciar su erradicación, ya que este fenómeno psicosocial puede afectar la salud mental (37), (38).

En lo que respecta a la entidad entre ansiedad, sobrepeso y obesidad Gay Patiño *et al* realizó un estudio transversal analítico en derechohabientes mayores de edad adscritos a una Unidad de Medicina Familiar, de marzo a octubre de 2019; ambos sexos, que exhibieran sobrepeso u obesidad, para establecer el nivel de ansiedad, se utilizó el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI) y se estableció el índice de masa corporal (IMC). Se ejecutó un análisis descriptivo con medidas de tendencia central y se utilizó la prueba de χ^2 para examinar la asociación de variables. Resultados: se incluyeron 282 pacientes, 32 de ellos mostraron sobrepeso, 117, obesidad grado I, 100, obesidad grado II y 33, obesidad grado III. Al evaluar el nivel de ansiedad, 37 pacientes revelaron no presentar esta entidad,

109, mostraron ansiedad leve, 88, ansiedad moderada y 48, ansiedad severa. Se estableció una asociación estadísticamente significativa entre ansiedad sobrepeso y obesidad (38), (39).

Haciendo referencia a depresión y la obesidad, investigaciones de Alonso y Olivos et al son enfermedades de mayor prevalencia y pertenecen a los principales problemas de salud pública. Estas enfermedades tienen un alto impacto en la morbilidad y mortalidad de los pacientes y perturban la salud y el bienestar de quienes las sufren, también afectan en el giro socioeconómico resultado del desperfecto funcional y el gasto de capital en salud ocasionados. Consecuencia de análisis epidemiológicos, ensayos clínicos y meta-análisis sostienen la asociación entre los estados depresivos y la obesidad, ya que uno y otro ocurren colectivamente en todas las razas de poblaciones valoradas (40).

El objetivo es plantear la evidencia con respecto a 4 aspectos: 1. obesidad y respuesta a los antidepresivos, 2. trastornos depresivos y su impacto sobre la progresión de la obesidad, 3. tratamiento de la obesidad y el impacto sobre los resultados entre pacientes con trastornos depresivos, 4. la terapéutica de los trastornos depresivos y su impresión sobre los efectos de la obesidad. La evidencia existente apoya la agrupación entre obesidad y los resultados adversos para la salud en sujetos con trastornos depresivos. Destaca la percepción que la terapéutica de uno de los dos padecimientos (obesidad o trastornos depresivos) es notable para mejorar el curso de la otra enfermedad. Puede ser provechoso explorar de forma guiada la presencia de un trastorno depresivo en sujetos con sobrepeso u obesidad, así como el incremento de peso en individuos con depresión (40, 41).

Investigaciones de Carpiniello *et al* muestran que en lo que toca a la relación entre salud mental y sobrepeso u obesidad, los trastornos emocionales tales como la ansiedad y la depresión, así como la bipolaridad, los trastornos de personalidad, el abuso infantil, el trastorno por déficit de atención, así como alteraciones de la regulación emocional, son los trastornos que con mayor frecuencia se presentan en estos pacientes. Sin embargo, la relación no es causal, hasta el momento, no hay

estudios que documenten la causalidad entre la patología emocional y la sobre ingesta (41).

Los datos son correlacionales. Scott y Zhao G en sus investigaciones han descubierto que los datos epidemiológicos en los Estados Unidos, indican que entre el 30 y 60% de las personas con obesidad presentan algún tipo de psicopatología, sin embargo, no tenemos datos disponibles hasta el momento sobre lo que sucede en México. Es importante hacer énfasis en que la relación entre la salud mental y la obesidad es inconsistente, añadiendo que es indispensable con tener investigaciones que releven lo que sucede en nuestro país (42), (43).

2. JUSTIFICACIÓN.

El mapa epidemiológico del sobrepeso y la obesidad presentado en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Medio Camino 2016, denota el incremento aumento de la obesidad en la región sur de la República Mexicana pasando de un 12.5 al 13.4% en las zonas urbanas, el estado de Puebla se incluye en dicha región. Si bien es cierto que Puebla presenta contrastes extremos en estados nutricionales que van de la desnutrición extrema a la obesidad, no se incluye todavía dentro de los 10 estados mexicanos con mayor de índice de sobrepeso u obesidad. Por otro lado, se sabe que la obesidad se asocia con enfermedades cardiovasculares, diabetes, hipertensión, trastornos óseos y musculares, así como algunos tipos de cáncer, su tratamiento consume el 10 % del presupuesto asignado en salud por el gobierno federal. En México el costo de los tratamientos de las enfermedades asociadas antes mencionadas tiene un costo anual de 62 mil millones de pesos.

En lo individual, las personas con sobrepeso u obesidad atraviesan por un sufrimiento psicológico y social importante, ya que se enfrentan al estigma y rechazo social, discriminación, la disminución de los salarios, altos nivel de estrés, así como el padecimiento de trastornos emocionales como depresión y ansiedad. En este contexto es importante llevar a cabo investigaciones dirigidas a detectar de manera temprana los factores asociados al sobrepeso y la obesidad desde una perspectiva psicosocial, investigando de manera específica la presencia estrés, ansiedad, depresión y estigmas en el preso.

La situación de estos trastornos en Puebla propone un área de oportunidad para el desarrollo de estrategias de intervención basadas en la evidencia del papel de las variables psicosociales, de tal manera que se sustente en desarrollo de programas multidisciplinarios preventivos, para evitar que pase a formar parte de uno de los 10 estados de mayor prevalencia de sobrepeso u obesidad.

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Si bien es cierto que la acumulación de grasa depende de la interacción compleja de múltiples factores biológicos, ambientales y psicológicos, el enfoque que hasta hoy se le da a la investigación sobre sobrepeso u obesidad, se refiere a los componentes fisiológicos y nutricionales involucrados. Sin embargo, tal y como se describe en la introducción del presente protocolo, el comportamiento entendido como los hábitos de alimentación, así como los aspectos emocionales relacionados con la ingesta han sido poco estudiados. Es bien sabido que las consecuencias de esta pandemia se revelan en aspectos económicos, sociales y el bienestar general de la población. Es por ello relevante conocer ¿Cuál es el papel que juegan los factores psicosociales tales como la imagen corporal, el afrontamiento al estigma, el nivel de estrés, así como los trastornos emocionales más frecuentes, ansiedad y depresión, relacionados con el sobrepeso y la obesidad? Los resultados permitirán crear, proponer e implementar intervenciones multi y transdisciplinarias, que cumplan con la NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, con la finalidad de mejorar el apego al tratamiento de los pacientes que se atienden en el sector salud, quizás el factor más desafiante en estas condiciones médicas.

Con base en lo anterior el presente protocolo pretende responder a la siguiente pregunta:

¿Cuáles son los factores psicosociales asociados a sobrepeso y obesidad en pacientes adultos?

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Identificar los factores psicosociales asociados a sobrepeso y obesidad en personas adultas.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✚ Conocer la prevalencia de ansiedad y depresión en pacientes con sobrepeso y obesidad que asisten a la consulta en la Unidad de Medicina Familiar 55.
- ✚ Identificar el grado de estrés percibido en pacientes con sobrepeso y obesidad que asisten a la consulta en la Unidad de Medicina Familiar 55.
- ✚ Evaluar la relación entre el afrontamiento a la estigmatización social en pacientes con sobrepeso y obesidad que asisten a la consulta en la Unidad de Medicina Familiar 55.

5. HIPÓTESIS

Ho. Los factores psicosociales no están asociados a sobrepeso y obesidad en pacientes adultos.

Ha. Los factores psicosociales si están asociados a sobrepeso y obesidad en pacientes adultos.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 DISEÑO DEL ESTUDIO (Taxonomía de Feinstein).

- ✚ Por su objetivo: analítico.
- ✚ Por su temporalidad: transversal.
- ✚ Por su asignación de maniobra: escrutinio
- ✚ Por la conformación de grupos: homodémico
- ✚ Por la recolección de datos: prospectivo

6.2 UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL.

El estudio presente se llevó a cabo en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar número 55 (UMF 55), el cual pertenece al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), se encuentra ubicada en la Avenida de las Torres y Avenida del Roble sin número, INFONAVIT Amalucan, código postal 72310 Puebla, Puebla; con previa aprobación por parte del Comité Local de Investigación y Ética en Salud correspondiente. Este estudio se efectuó en los pacientes derechohabientes que acudieron al servicio de la consulta externa del período a partir de la fecha de aprobación del protocolo (2021-2022).

6.2 MUESTREO

6.2.1. Definición de la unidad de población.

Población fuente. - Toda la población mayor de 18 años adscritos a la Unidad Medico Familiar número 55 en la ciudad de Puebla, quienes se presentaron a la consulta mensual en la Unidad de Medicina Familiar.

Población en estudio. - Toda la población mayor de 18 años adscritos a la Unidad Medico Familiar número 55 en la ciudad de Puebla, quienes se presentaron a la

consulta mensual en la Unidad Familiar y que cumplan los criterios de selección para el estudio.

6.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LAS UNIDADES DE MUESTREO

6.3.1 Criterios de inclusión.

- ✚ Índice de masa corporal mayor a 25kg/m².
- ✚ Personas mayores de 18 años que asistieron al servicio de consulta de la UMF 55.

6.3.2. Criterios de exclusión.

- ✚ Pacientes que tuvieran insuficiencia renal.
- ✚ Paciente con algún tipo de cáncer.
- ✚ Pacientes con insuficiencia cardiaca.
- ✚ Pacientes con enfermedad tiroidea no controlada.

6.3.3. Criterios de eliminación.

- ✚ Pacientes que dejaron de asistir al servicio de consulta de la UMF 55.
- ✚ Pacientes con información incompleta en las encuestas.
- ✚ Paciente que decidieron abandonar el estudio.

6.4 DISEÑO Y TIPO DE MUESTREO.

Muestreo no probabilístico (por conveniencia e intencional).

6.5 TAMAÑO DE LA MUESTRA.

De acuerdo con el SIAIS (Sistema Informático de Atención Integral a la Salud) pacientes diagnosticados de primera vez con obesidad del 1 de enero al 12 de octubre de 2021 tenemos un total de 1207 pacientes.

El tamaño de la muestra se calculó utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot S^2}{d^2 \cdot (N - 1) + Z_{1-\alpha/2}^2 \cdot S^2}$$

En donde:

Tamaño de la población	N	1207
Nivel de confianza	1- α	0.95
Valor crítico Z	$Z_{(1-\alpha/2)}$	1.96
Desviación estándar	S	1
Varianza	S^2	1.00
Precisión	D	0.10
Tamaño de la muestra	N	292

6.6 DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES Y ESCALAS DE MEDICIÓN

6.6.1. Definición conceptual

- ✚ Edad: Tiempo que un ser vivo, ha vivido desde su nacimiento hasta la fecha actual.
- ✚ Sexo: Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer.
- ✚ Escolaridad: Período de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender, especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.
- ✚ Estado civil: es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia.
- ✚ IMC: El índice de masa corporal (IMC) es un número que se calcula con base en el peso y la estatura en metros cuadrados de la persona.
- ✚ Estigma del peso: Es la devaluación que se hace de un individuo por su peso

- ✚ Depresión: enfermedad o trastorno mental se caracteriza por una profunda tristeza, decaimiento anímico, baja autoestima, pérdida de interés por todo y disminución de funciones psíquicas.
- ✚ Ansiedad: estado mental caracterizado por una gran inquietud, una extensa excitación y una extrema inseguridad.
- ✚ Estrés: conjunto de alteraciones que se producen en el organismo como respuesta física ante determinados estímulos repetidos.

6.6.2 Definición operacional.

- ✚ Edad: La expresaremos en años cumplidos, lo que refiera el paciente en las encuestas.
- ✚ Sexo: Condición Masculino o Femenino
- ✚ Escolaridad: Año actual que este cursando el paciente.
- ✚ Estado civil: Es reportado por los pacientes mediante la encuesta.
- ✚ IMC: Parámetro antropométrico utilizado para estadificar el estado nutricional del paciente.
- ✚ Estigma del peso: La puntuación obtenida mediante la escala obtenida medirá la estigmatización relacionada al peso.
- ✚ Depresión: Serán los puntajes obtenidos mediante la escala para medir la depresión.
- ✚ Ansiedad: Serán los puntajes obtenidos mediante la escala para medir la ansiedad.
- ✚ Estrés: Serán los puntajes obtenidos mediante la escala para medir el estrés.

6.6.3 Variables y escalas de medición.

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
EDAD	Cuantitativa	Razón	18 a 60 años
SEXO	Cualitativa	Ordinal	1. Masculino 2. Femenino
ESCOLARIDAD	Cuantitativa	Razón	1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria 4. Preparatoria 5. Técnico 6. Licenciatura
ESTADO CIVIL	Cualitativa	Ordinal	1. Soltero 2. Casado 3. Divorciado 4. Viudo 5. Unión libre
ÍNDICE DE MASA CORPORAL	Cuantitativa	Razón	1. IMC >25 y < 30 2. IMC >30
ESTIGMA DEL PESO	Cualitativa	Razón	Mayor puntaje, mayor percepción de estigmatización relacionada al peso. Nivel bajo: 0 – 27 puntos. Nivel medio: 28-54 puntos. Nivel alto: 55 - 81 puntos.
DEPRESIÓN Y ANSIEDAD	Cualitativa	Razón	Ausencia: 0-6 puntos. Presencia de síntomas asociados al trastorno: 7-13 puntos. Cuadro clínico completo: 14-21 puntos.
ESTRÉS	Cualitativa	Razón	Mayor puntaje mayor nivel de estrés percibido. Ausencia: 0-14 puntos. Nivel bajo: 15 a 28 puntos. Nivel medio: 29-42 puntos. Nivel alto: 43 a 56 puntos.

6.7 METODOLOGÍA O INTERVENCIÓN PROPUESTA.

Los participantes fueron seleccionados de tal manera que cumplieron con los criterios de inclusión. Una vez identificados, fueron entrevistados por la psicóloga y/o médicos que conformaron el equipo de investigación, previo al consentimiento informado. Se utilizó la cédula de entrevista, así como los cuestionarios de afrontamiento al estigma, estrés percibido, escala de ansiedad y depresión hospitalaria. Se registró el peso y talla de cada participante.

6.8 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Una vez obtenida la información se procedió a elaborar la base de datos en la paquetería Excel 2016 para procesarse con el Software estadístico SPSS v25®. En lo que se refiere a la descripción de los datos sociodemográfico, se obtuvieron las frecuencias y relativas para cada una de las variables de sexo, edad, padecimiento, índice de masa corporal.

Para determinar las relaciones entre los factores psicosociales y sobrepeso y obesidad y probar la hipótesis de investigación se utilizó X^2 . Para contrastar las variables psicosociales entre los grupos de pacientes con obesidad y los que tienen sobrepeso.

7. ASPECTOS ÉTICOS

El presente protocolo se elaboró siguiendo las normas éticas de la Declaración del Helsinki de 1975. Los participantes dominan el manejo de las técnicas de entrevista y aplicación de instrumentos psicológicas, cumpliendo además con las normas establecidas por el Código Ético del Psicólogo en México.

La Dra. Hilda Fernández de Ortega tiene el certificado para llevar a cabo investigación en humanos por parte de CITI Course. The Protection of Human Research Subjects. (2004 -2007).

Se respetó el anonimato de todos y cada uno de los participantes en la investigación. Ninguna persona fue sometida a alguna situación que pusiera en riesgo su salud física o mental.

Como establece la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, Título Segundo, Capítulo I, Artículo 17, Categoría II. Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos y psicológicos de diagnósticos o tratamientos rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membrana, 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 450ml, en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulara 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. Los procedimientos se apegaron a las normas éticas vigentes nacionales e internacionales, el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de investigación para la salud, y a la declaración de Helsinki, realizada en la Asamblea Médica Mundial y su última enmienda. En este estudio, los participantes obtuvieron el beneficio de una intervención no farmacológica que potencialmente podría modificar la evolución del deterioro cognitivo presentado.

Asimismo, se realizó con base en lo establecido en el código de Núremberg, donde la participación de la población fue completamente voluntaria, exponiéndole al

paciente los riesgos y fines con los que se realizó la investigación, estableciendo de forma clara y respetuosa que en cualquier momento de la investigación el paciente o tutor tuvieron la libertad de poder finalizarlo.

Dentro de los aspectos éticos fundamentales en esta investigación se encuentra el respeto total hacia la integridad física, emocional y moral del paciente, principio basado en la declaración de Helsinki, Finlandia, en junio de 1964 y cuya última y actualización más reciente se situó en el año 2013, en la 64.º Asamblea General en Fortaleza, Brasil, por la Asociación Médica Mundial, donde se propone los principios éticos que sirven para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. También menciona que el deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Establece la importancia del consentimiento informado, donde se establecen de manera clara los riesgos y beneficios que trae consigo el proceso de investigación y el enfoque hacia el respeto, autonomía, libertad y bienestar del individuo que desee participar de manera libre y voluntaria, cuya decisión se encuentra por encima de la investigación, entendiéndose con ello el respeto del derecho a abandonar la investigación en el momento que él lo decida.

Esta investigación en todas sus etapas está basada en los principios éticos del Informe Belmont de 1979, ya que se basa en mantener el respeto a su autonomía, confidencialidad y beneficencia, donde se asegura que durante el proceso de la investigación se evitara el daño, y se buscara intencionadamente un máximo beneficio y se procurara justicia bajo igualdad y sus necesidades individuales.

Con base en lo establecido por el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud vigente en México, en su artículo tercero, esta investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyen a mejorar la calidad de vida y, de acuerdo con la Comisión Nacional de Bioética que participa en la generación, promoción y difusión de los instrumentos jurídicos y normativos nacionales, se permite dar cumplimiento a su Derecho de Creación, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 7 de septiembre de 2005 y modificado el 16 de febrero de 2017. Asimismo, el 14 de diciembre de 2011, se publicó en el Diario Oficial de la Federación el Derecho de reforma a la Ley General de Salud, por el que se adiciona el artículo 41 BIS y se reforma el 98 de la citada ley, que estipula la obligación de los establecimientos de salud del sector público, social y privado de contar con Comités Hospitalarios de Bioética y Comités de Ética en Investigación, bajo los criterios que establezca la Comisión Nacional de Bioética.

La base de datos que concentró la información personal de los pacientes, así como su información de contacto, existirá en una única copia resguardada por la investigadora principal y será manejada con estricta confidencialidad. De la misma

forma, ningún producto de la investigación expondrá la identidad de los individuos partícipes y estos solo serán utilizados para fines académicos y de investigación, en concordancia con lo establecido por la Ley General de Protección de Datos Personales en Posesión de Sujetos Obligados.

Las potenciales participantes se seleccionaron aleatoriamente, con equidad y justicia, donde no existió ningún tipo de discriminación, ya sea por condiciones físicas, sociales, políticas, religiosas, género, preferencias sexuales, etc. Asimismo, los investigadores declaran no poseer conflictos de intereses con los resultados del estudio.

8. RESULTADOS

Esta línea de investigación se efectuó en pacientes derechohabientes del IMSS con diagnóstico de sobrepeso y obesidad. Del del 1 de enero al 12 de octubre de 2021. Con una muestra de 290 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. De los cuales fueron 153 hombres y 137 mujeres.

El promedio de edad de los pacientes fue de 36 años mediana 35 y moda 38, con una desviación estándar de 11.3. Referente a la edad de los pacientes se encontró que la edad mínima fue de 18 años y la máxima de 60 años. El grupo predominante fue el de 18-30 años con 35.2%.

En el rubro de escolaridad con estudios de preparatoria se encontró el 34.1 % (99) pacientes y el 1.4% son técnicos (4) pacientes.

En el estado civil de los participantes, se encontró el grupo de casados con el 43.1% (125) pacientes y 0.2% cuyo estado civil es viudez (2) pacientes

En cuanto al estado nutricional se obtuvo que el 59.7% presentó obesidad (173) participantes y 40.3% (117) participantes con sobrepeso. Cuadro 1.

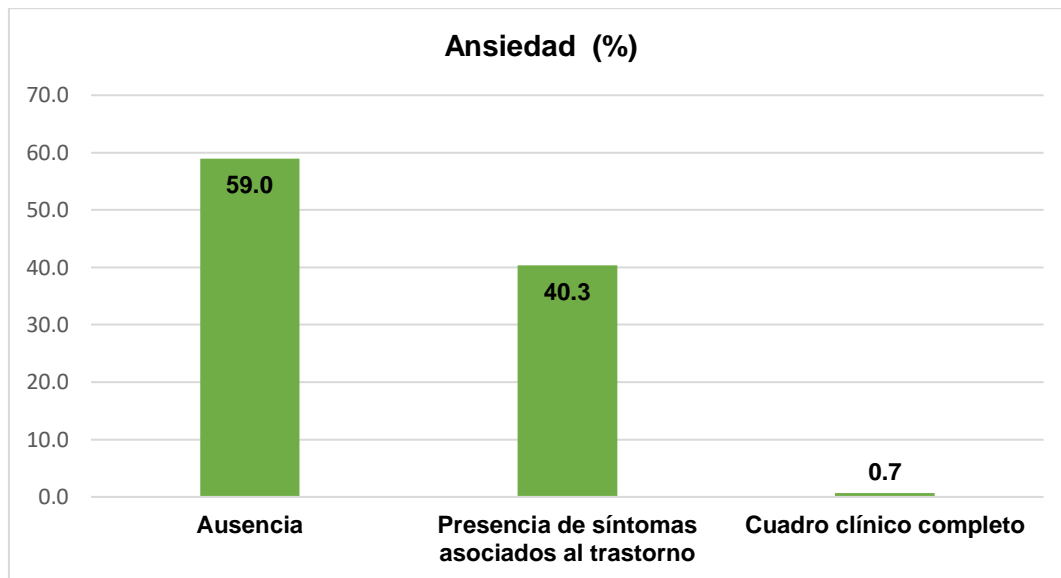
Cuadro 1 Aspectos sociodemográficos de los participantes de la UMF 55.

Variable (n= 290)	Frecuencia	%
Sexo		
Hombre	153	52.8
Mujer	137	47.2
Edad (años)		
Media	36.59	--
Mínima	18	--
Máxima	60	--
Desviación Estándar	11.33	--
Edad (grupos)		
18-30	102	35.2
31-40	88	30.3
41-50	52	17.9
51-60	48	16.6
Escolaridad		
Primaria	14	4.8
Secundaria	87	30.0
Preparatoria	99	34.1
Técnico	4	1.4
Profesional	86	29.7
Estado Civil		
Soltero	98	33.8
Casado	125	43.1
Unión libre	65	22.4
Viudez	2	0.7
Estado Nutricional		
Sobrepeso	117	40.3
Obesidad	173	59.7

Fuente: Encuesta.
 Simbología: % porcentaje

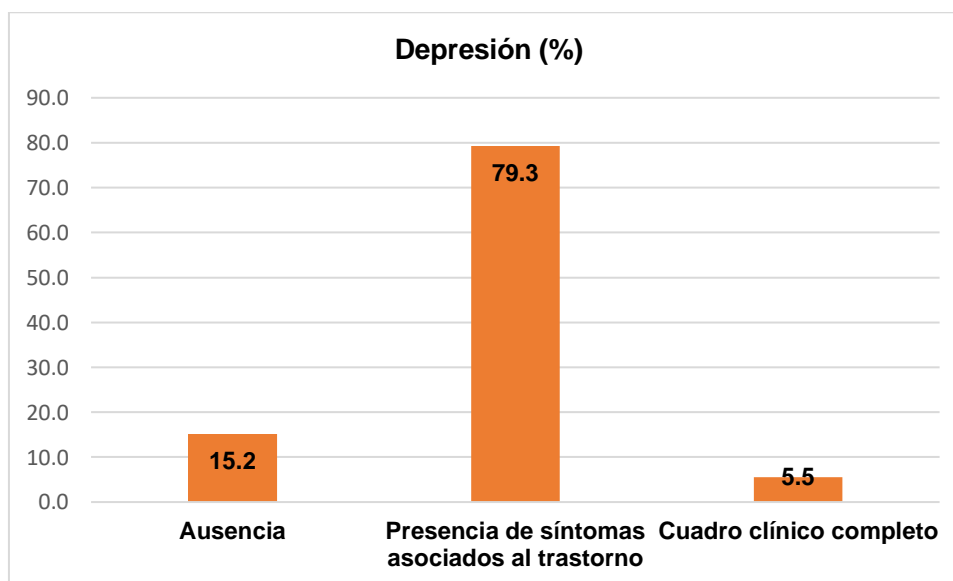
En referencia a la Escala HAD, en el rubro de ansiedad, se encontró una prevalencia del 0.7% y en depresión se observó una prevalencia del 5.5%. Figura 1 y 2.

Figura 1 Prevalencia de ansiedad en los participantes de la UMF 55.



Fuente: Encuesta.
Simbología: % porcentaje

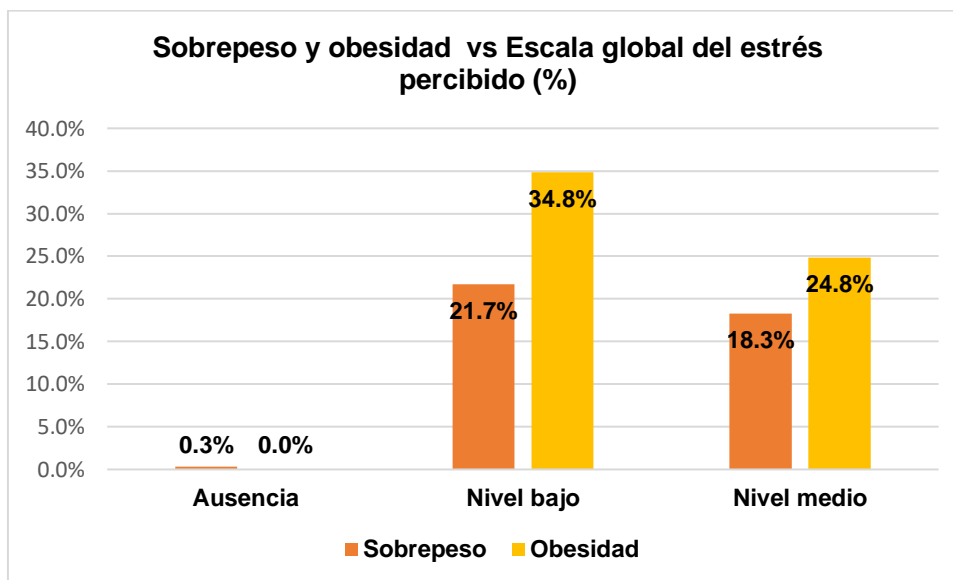
Figura 2 Prevalencia de depresión en los participantes de la UMF 55.



Fuente: Encuesta.
Simbología: % porcentaje

Con respecto a la relación entre el sobrepeso y obesidad con la Escala global de estrés percibido se observó que, en ambos, la percepción del nivel bajo fue mayor con el 21.7% y 34.8% de la población respectivamente. Aplicando las pruebas estadísticas los resultados no fueron significativos por lo que no existe relación entre las variables de estudio. Figura 3.

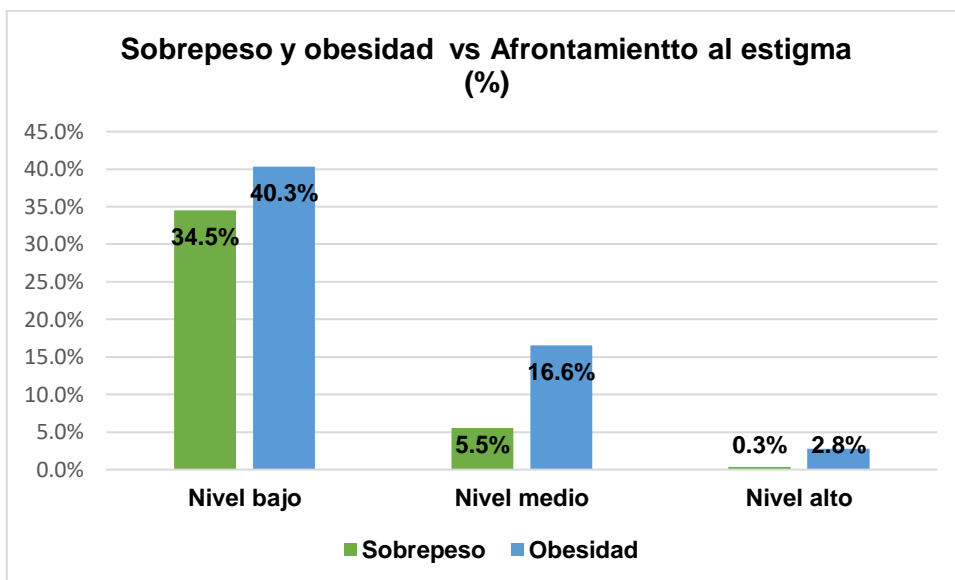
Figura 3 Relación entre sobrepeso y obesidad con la Escala global de estrés percibido en los participantes de la UMF 55.



Fuente: Encuesta
%= porcentaje

En el caso de la relación entre el sobrepeso y obesidad con la Escala del Afrontamiento al estigma, se observó que, en ambos, el afrontamiento al estigma se presentó en el 34.5% y 40.3% de la población en el nivel bajo. Aplicando las pruebas estadísticas los resultados si fueron significativos por lo que si existe relación entre las variables de estudio. Figura 4.

Figura 4 Relación entre sobrepeso y obesidad con la Escala de Afrontamiento al estigma en los participantes de la UMF 55.



Fuente: Encuesta

%= porcentaje

9. DISCUSIÓN

G. Zhao (2009), en Estados Unidos, en su artículo “Depresión y ansiedad entre adultos estadounidenses: asociaciones con el índice de masa corporal”, con el objetivo de examinar las asociaciones de la depresión y la ansiedad con el IMC. De tipo transversal, descriptivo, observacional y retrospectivo. Con una muestra de 177 047 participantes. Cuyos resultados fueron; el 61 % de sexo femenino, 39% varones, con el 36,6 % presentaron sobre peso y el 26% obesidad. La prevalencia de depresión fue de 8.4% en tanto que de ansiedad fue del 11%. La ansiedad se manifestó más en grupo de secundaria (13%), jubilados (24%) y divorciados (17%). La depresión se manifestó en secundaria (17%), desempleados (19%) y en estado civil otros (16%). Los resultados en esta investigación difieren en cuanto al sexo dado que el 52.8% fueron hombres, también en el estado nutricional donde el 59.7% fueron obesos. Respecto a la prevalencia de ansiedad, ésta fue del 0.7% y la prevalencia de depresión fue de 5.5%. La diferencia de resultados puede deberse a varios factores entre ellos el tamaño de muestra, multicéntrico y a que fueron encuestas telefónicas y el presente es prospectivo.

Terrazas Romero y Cols., (2018), en su artículo “Estrategias de afrontamiento para el manejo del estrés y su relación con el nivel de obesidad y calidad de vida en pacientes candidatos a cirugía bariátrica”. Su objetivo fue describir el tipo y estrategias de afrontamiento al estrés más frecuentes en los pacientes candidatos a cirugía bariátrica y establecer su relación con el índice de masa corporal y su percepción de calidad de vida. Fue de corte analítico, observacional y transversal. Con una muestra de 101 pacientes, con el 81.2 % del sexo femenino; el rango de edad fue de 17 a 70 años y la media de 38.92, DE=11.8 años. Los resultados estadísticos en la expresión emocional y auto focalización negativa fueron estadísticamente significativos ($p = 0.001$ y $p=0.001$) respectivamente, en la evitación no se obtuvieron valores significativos. Sin embargo, al correlacionar los siete tipos de afrontamiento con el IMC y no se observó asociación. En esta línea de investigación los resultados observados fueron: 52.8% hombres. El rango de edad fue de 18-60 años. El promedio de edad de los pacientes fue de 36 años, con una desviación estándar de 11.3 años. En cuanto a la correlación afrontamiento al estigma con sobrepeso y obesidad, con un p valor de 0.002, fueron estadísticamente similares.

10. CONCLUSIONES

En esta línea de investigación se concluye que las variables sobrepeso y obesidad con la Escala del estrés percibido no existe relación. En cambio, para las variables sobrepeso y obesidad con la Escala Afrontamiento al estigma los resultados observados si fueron estadísticamente significativos concluyendo que si existe relación entre estas variables.

11. PROPUESTAS

Mis propuestas después de haber realizado este estudio son:

Realizar capacitaciones al personal médico, psicología, nutrición y trabajo social para el

Realizar capacitaciones periódicas a todo el personal médico sobre las guías de prácticas clínicas y sus actualizaciones.

Realizar capacitaciones sobre la realización de notas médicas apegadas a la normatividad.

Realizar supervisiones periódicas y presenciales a las notas médicas realizadas por el médico familiar.

Investigar las causas de la falta de congruencia hacia la guía de práctica clínica.

12. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. World Health Organization News. [Online]; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.
2. Mori Vara P. Prevalence of obesity and overweight in a university population of the Community of Madrid (2017). *Nutr. clín. diet. hosp.* 2018; 38(1):102-113 DOI: 10.12873/381PMori
3. Speakman JR. El gen 'relacionado con la masa grasa y la obesidad' (FTO): mecanismos de impacto sobre la obesidad y el equilibrio energético. *Rep. Curr Obes* 2015; 4:73.
4. Leigh Pt, Blandine L. Sobrepeso y obesidad en adultos: consecuencias para la salud. UpToDate, inc. 09 de octubre de 2020
5. Barquera S, Hernández-Barrera L, Trejo B, et al. Obesidad en México, prevalencia y tendencias en adultos. *Ensanut 2018-19. Salud Publica Mex* [Internet]. 24 de noviembre de 2020 [citado 21 de agosto de 2021];62(6, Nov-Dic):682-9.
6. Rivera Dommarco JA, Colchero MA, Fuentes ML, et al. La obesidad en México. Estado de la política pública y recomendaciones para su prevención y control. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2018.
7. GBD 2015 Obesity Collaborators, Afshin A, Forouzanfar MH, et al. Health Effects of Overweight and Obesity in 195 Countries over 25 Years. *N Engl J Med* 2017; 377:13.
8. Perreault L. Obesity in adults: prevalence, screening, and evaluation. Waltham, MA, USA: UpToDate Inc. (available at <https://www.uptodate.cn/contents/zh-Hans/obesity-in-adults-prevalence-screening-and-evaluation>)
9. Perreault L. Obesity in adults: Etiology and risk factors. Lisa Kunins, MD, USA: UpToDate Inc. (available at <http://utd.bahavar-e-library.com/799426942717/d/topic.htm?path=obesity-in-adults-prevalence-screening-and-evaluation#H19>)
10. Swinburn BA, Sacks G, Hall KD, et al. La pandemia mundial de obesidad: moldeada por impulsores globales y entornos locales. *Lancet* 2011; 378: 804.

11. Kaplan LM, Golden A, Jinnett K, et al. Perceptions of Barriers to Effective Obesity Care: Results from the National ACTION Study. *Obesity (Silver Spring)* 2018; 26:61.
12. Bray GA, Frühbeck G, Ryan DH, Wilding JP. Manejo de la obesidad. *Lancet* 2016; 387: 1947.
13. .Vallis M. Calidad de vida y bienestar psicológico en el manejo de la obesidad: mejorar las probabilidades de éxito mediante el manejo de la angustia. *Int J Clin Pract* 2016; 70: 196.
14. Yan LL, Daviglius ML, Liu K y col. Índice de masa corporal en la mediana edad y hospitalización y mortalidad en la vejez. *JAMA* 2006; 295: 190.
15. Look AHEAD Research Group, Wing RR, Bolin P, et al. Efectos cardiovasculares de la intervención intensiva en el estilo de vida en la diabetes tipo 2. *N Engl J Med* 2013; 369: 145.
16. Grupo de Investigación del Programa de Prevención de la Diabetes (DPP). El Programa de Prevención de la Diabetes (DPP): descripción de la intervención en el estilo de vida. *Diabetes Care* 2002; 25: 2165.
17. Jensen MD, Ryan DH, Apovian CM, et al. 2013 AHA / ACC / TOS guideline for the management of overweight and obesity in adult: a report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines y The Obesity Society. *J Am Coll Cardiol* 2014; 63: 2985.
18. Dansinger ML, Gleason JA, Griffith JL y col. Comparación de las dietas Atkins, Ornish, Weight Watchers y Zone para la pérdida de peso y la reducción del riesgo de enfermedades cardíacas: un ensayo aleatorizado. *JAMA* 2005; 293: 43.
19. Satterfield DW, Volansky M, Caspersen CJ, et al. Intervenciones de estilo de vida basadas en la comunidad para prevenir la diabetes tipo 2. *Diabetes Care* 2003; 26: 2643.
20. Druss BG, Chwastiak L, Kern J y col. El papel de la psiquiatría en la mejora de la salud física de los pacientes con enfermedades mentales graves: un informe de la Asociación Estadounidense de Psiquiatría. *Psychiatr Serv* 2018; 69: 254.

21. Hoyt CL, Burnette JL, Auster-Gussman L, Blodorn A, Major B. The obesity stigma asymmetry model: the indirect and divergent effects of blame and changeability beliefs on antifat prejudice. *Stigma and Health*. 2016; 2(1): p. 53-65.
22. 3. Karasu SR. Psychological dimensions in obesity. *American Journal of Psychotherapy*. 2012; 66(2): p. 111-128.
23. 4. Unikel-Santocini C, Vasquez-Velazquez V, Kaufer-Horwitz M. Determinantes psicosociales del sobrepeso y la obesidad. En Rivera-Dommarco JA, Hernández-Avila M, Aguilar-Salinas CA, Vadillo-Ortega F, Murayama-Rendón C. *Obesidad en México. Recomendaciones para una política de Estado*. Distrito Federal: Universidad Nacional Autónoma de México; 2013. p. 236-262
24. Elhag K, Rossner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews*. 2005; 6: p. 67-85.
25. Instituto Nacional de Salud Pública. <https://www.insp.mx/>. [Online]; 2017. Disponible en: http://transparencia.insp.mx/2017/auditorias-insp/12701_Resultados_Encuesta_ENSANUT_MC2016.pdf.
26. Fenandes J, Ferreira-Santos F, Miller K, Torres S. Emotional processing in obesity: a systematic review and exploratory meta-analysis. *Obesity Reviews*. 2018; 19: p. 111-120.
27. Levitan R, Davis C. Emotions and eating behaviour: implications for the current obesity epidemic. *University of Toronto Quarterly*. 2012; 79(2).
28. Saima M, McGlone F, Bedrossian D, Dagher A. Ghrelin Modulates Brain Activity in Areas that Control Appetitive Behavior. *Cell Metabolism*. 2008; 7(5): p. 400-409. Saima
29. Dallman MF. Stress-induced Obesity and the Emotional Nervous System. *Trends in Endocrinology & Metabolism*. 2010; 21(3): p. 159-165.
30. Mestas-Hernández L, Gordillo León F, Arana Martínez JM, Salvador Cruz J. Síntesis y nuevas aportaciones para el estudio de la obesidad. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 2012; 99-105.
31. Himmelstein MS, Pulh RM, Quinn DM. Weight Stigma and Health: The Mediating Role of Coping Responses. *Health Psychology*. 2018; 37(2): p. 139-147.

32. Brytek-Matera A. Exploring the factors related to body image dissatisfaction in the context of obesity. *Archives of Psychiatry and Psychotherapy*. 2011; 1: p. 63-70.
33. Puhl RM, Heuer CA. The Stigma of Obesity: A Review and Update. *Obesity*. 2009; 17(5): p. 941-964.
34. Hebl MR XJ. Weighing the care: physicians' reactions to the size of the patient. *Int J Obes*. 2001; 25: p. 126-1252.
35. Foster G, Walden T, Markis A. Primary care physicians' attitudes about obesity and its treatment. *Obes Res*. 2003; 11: p. 1168-1177.
36. Wigton RS MW. The effect of obesity on medical student's approach to patients with abdominal pain. *J Gen Intern Med*. 2001; 16: p. 262-265.
37. Brown I TJ. Primary care nurses' attitudes, beliefs, and own body size in relation to obesity management. *J Adv Nurs*. 2007; 60: p. 535-543.
38. Bautista M.A, Marquez A.K, Ortega N.A. Discriminación por exceso de peso corporal: Contextos y situaciones. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 2019; 10(1): 121-133 38
39. Gómez D, Ortiz M, Saiz J. Estigma de obesidad, su impacto en las víctimas y en los Equipos de Salud: una revisión de la literatura. *Rev Med Chile* 2017; 145: 1160-1164 39
40. Alonso R, Olivos C. La relación entre la obesidad y estados depresivos. *Rev Medica Clinica Los Condes*, 2020, (31) 2; 130, 138.
41. Carpiniello B P. Obesity and psychopathology. A study of psychiatric comorbidity among patients attending a specialist obesity unit. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2009; 10(2): p. 11-127.
42. Scott KM Obesity and mental disorders in general population: results from the world mental health surveys. *Int J Obes (Lond)*. 2008; 32(1): p. 192-200.
43. Zhao G. Depression and anxiety among US adults: associations with body mass index. *Int J Obes (Lond)*. 2009; 33(2): p. 257

13. ANEXOS.

Anexo 1 Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión

I. Este cuestionario se diseñó para saber cómo se siente usted. Por favor, lea cada frase y marque la respuesta que más se parezca a cómo se sintió la semana pasada. No piense mucho las respuestas. Lo más seguro es que si responde sin pensarlo tanto, sus respuestas se ajustarán mucho más a cómo se sintió.

1. Me siento tenso/a o nervioso/a.

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

2. Todavía disfruto de lo que antes me gusta.

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

3. Tengo una sensación de miedo, como si algo horrible me fuera a suceder.

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

4. Puedo reirme y ver el lado divertido de las cosas.

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

5. Tengo mi mente llena de preocupaciones.

- Todos los días

8. Me siento como si cada día estuviera más lento/a.

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

9. Tengo una sensación extraña, como si tuviera mariposas en el estómago.

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

10. He perdido interés en mi aspecto personal.

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

11. Me siento inquieto/a, como si no pudiera parar de moverme.

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

12. Me siento optimista respecto al futuro.

- Todos los días

- Muchas veces
- A veces
- Nunca

6. Me siento alegre.

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

7. Puedo estar sentado/a confortablemente y sentirme relajado/a.

- Todos los días
- Muchas veces

- A veces
- Nunca

- Muchas veces
- A veces
- Nunca

13. Tengo sentimientos repentinos de pánico.

- Todos los días
- Muchas veces
- A veces
- Nunca

14. Me divierto con un buen libro, una serie, un programa de tv o una película.

- Todos los días
- Muchas veces

- A veces
- Nunca

Anexo 2 Escala Global de estrés percibido de Cohen.

II. Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el último mes. En cada caso, por favor indique con una “X” cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.

1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado/a por algo que ha ocurrido inesperadamente?

Nunca (0)	Casi nunca (1)	De vez en cuando (2)	A menudo (3)	Muy a menudo (4)
-----------	----------------	----------------------	--------------	------------------

2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso/a o estresado/a?

Nunca (0)	Casi nunca (1)	De vez en cuando (2)	A menudo (3)	Muy a menudo (4)
-----------	----------------	----------------------	--------------	------------------

3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?

Nunca (0)	Casi nunca (1)	De vez en cuando (2)	A menudo (3)	Muy a menudo (4)
-----------	----------------	----------------------	--------------	------------------

4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?

Nunca (0)	Casi nunca (1)	De vez en cuando (2)	A menudo (3)	Muy a menudo (4)
-----------	----------------	----------------------	--------------	------------------

5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?

Nunca (0)	Casi nunca (1)	De vez en cuando (2)	A menudo (3)	Muy a menudo (4)
-----------	----------------	----------------------	--------------	------------------

6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?

Nunca (0)	Casi nunca (1)	De vez en cuando (2)	A menudo (3)	Muy a menudo (4)
-----------	----------------	----------------------	--------------	------------------

7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?

Nunca (0)	Casi nunca (1)	De vez en cuando (2)	A menudo (3)	Muy a menudo (4)
-----------	----------------	----------------------	--------------	------------------

8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?

Nunca (0)	Casi nunca (1)	De vez en cuando (2)	A menudo (3)	Muy a menudo (4)
-----------	----------------	----------------------	--------------	------------------

9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?

Nunca (0)	Casi nunca (1)	De vez en cuando (2)	A menudo (3)	Muy a menudo (4)
-----------	----------------	----------------------	--------------	------------------

10. En el último mes, ¿con que frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?

Nunca (0)	Casi nunca (1)	De vez en cuando (2)	A menudo (3)	Muy a menudo (4)
-----------	----------------	----------------------	--------------	------------------

11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?

Nunca (0)	Casi nunca (1)	De vez en cuando (2)	A menudo (3)	Muy a menudo (4)
-----------	----------------	----------------------	--------------	------------------

12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?

Nunca (0)	Casi nunca (1)	De vez en cuando (2)	A menudo (3)	Muy a menudo (4)
-----------	----------------	----------------------	--------------	------------------

13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?

Nunca (0)	Casi nunca (1)	De vez en cuando (2)	A menudo (3)	Muy a menudo (4)
-----------	----------------	----------------------	--------------	------------------

14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?

Nunca (0)	Casi nunca (1)	De vez en cuando (2)	A menudo (3)	Muy a menudo (4)
-----------	----------------	----------------------	--------------	------------------

Anexo 3 Inventario breve del Afrontamiento al Estigma.

INVENTARIO BREVE DE AFRONTAMIENTO AL ESTIGMA										
<p>III. A continuación se describen algunas situaciones a las que se enfrentan las personas que tienen sobrepeso. Por favor elija la respuesta con qué frecuencia se ha enfrentado a alguna de ellas. Si no se ha presentado la situación, por favor elija la respuesta NUNCA. Marque si la opción de respuesta que considere adecuada con una "X".</p>										
	Nunca	Una vez en mi vida	Varias veces en mi vida	Una vez al año	Varias veces al año	Una vez al mes	Varias veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Todos los días
Los niños se burlan de mí por mi peso.	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Las personas tienen bajas expectativas (esperan poco) de mí por mi peso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Porque tengo sobrepeso, la gente piensa que tengo problemas emocionales	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Porque tengo sobrepeso, la gente piensa que como en exceso o como grandes cantidades de comida	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
No encuentro ropa de la talla que necesito	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Siento que la gente me mira por mi peso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
El médico me ha recomendado una dieta, pese a que lo he visitado por un problema de salud que no se relaciona con mi peso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Me he molestado porque un familiar cercano insistentemente me ha dicho que baje de peso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Una persona desconocida me ha sugerido que baje de peso	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Anexo 4 Instrumento de recolección de datos.

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	
EDAD	
SEXO	
ESCOLARIDAD	
ESTADO CIVIL	
PESO	
TALLA	
IMC	

Anexo 5 Consentimiento Informado

 <p>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD</p> <p>Consentimiento informado para participación en protocolos de investigación (padres o representantes legales de niños o personas con discapacidad)</p>	
Nombre del estudio:	Factores psicosociales asociados a sobrepeso y obesidad en pacientes adultos
Patrocinador externo (si aplica):	No se cuenta con ningún patrocinado externo
Lugar y fecha:	Unidad de medicina familiar número 55 puebla. Instituto Mexicano del Seguro Social durante el periodo del año
Número de registro institucional:	Pendiente
Justificación y objetivo del estudio:	Estimado derechohabiente de esta unidad, se le invita a participar en el siguiente estudio para saber si usted atraviesa por un estado emocional, como ansiedad y depresión por el simple hecho de ser señalado por tener sobrepeso u obesidad. mejorar su estado de ánimo y podrá manejar de manera práctica aquellas emociones que se generan con el día a día debido a ser señalados por tener obesidad y sobrepeso.
Procedimientos:	Estimado derechohabiente esperando su autorización para el presente estudio se tomará peso y talla, además de contestar una encuesta llamada escala de ansiedad y depresión hospitalaria HADS, que contestará en un lapso aproximado de 10 minutos, dicha encuesta podrá realizarla en el auditorio de la unidad para su seguridad y confiabilidad.
Posibles riesgos y molestias:	Esta investigación no implica ningún riesgo para su persona, ni daño físico, ni psicológico ni social ya que solo se realizará, medición de peso, talla y contestar la encuesta, no existe riesgo económico ni social, ya que no le genera ningún gasto a usted.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al conocer los resultados de la encuesta realizada, le permitirá darse cuenta sobre la condición de su estado emocional, y así trabajar o prevenir algún trastorno en su salud mental.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Al final de esta investigación le daré a conocer los resultados. Esto se hará de manera privada y en caso necesario se referirá a los servicios correspondientes.
Participación o retiro:	Estimado paciente usted en cualquier momento, se puede retirar del estudio si así lo desea, o no tiene el tiempo o por incomodidad del contexto del cuestionario, sin que su decisión tenga alguna consecuencia o afecte su atención médica dentro del Instituto.
Privacidad y confidencialidad:	En todo momento su privacidad y la confidencialidad de la información proporcionada será respetada, ésta solo estará disponible para los investigadores responsables del proyecto. Se manejará anónimamente los datos de las encuestas, de tal manera que no sea posible identificar a los participantes en el estudio.
Declaración de consentimiento:	
Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:	
<input type="checkbox"/> Acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.	

Anexo 6 Carta de no inconveniente.

GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Puebla
Unidad de Medicina Familiar Número 55
Coordinación de Educación e Investigación en Salud



Puebla, Puebla. Octubre del 2021.

CARTA DE NO INCONVENIENTE PARA REALIZAR
PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Dr. Alfredo Mendoza Corona
Enc. De la dirección de la Unidad de Medicina Familiar Número 55
Instituto Mexicano del Seguro Social
Presente:

Declaró al Comité Local 2104 de Investigación en Salud, que el protocolo de investigación con título: FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES ADULTOS, no tengo inconveniente en que se realice.

Se autoriza al responsable de la investigación Dra. Gabriela Bravo de la Rosa. Dr. Marco Antonio Escamilla Márquez y Dra. Alejandra Reyes Spíndola Mirón, realice el siguiente procedimiento como lo es. la aplicación de los cuestionarios a los participantes del estudio, uso de los recursos para el análisis de los datos, interpretación y presentación de los resultados en lo conveniente. El responsable de la investigación podrá utilizar un espacio destinado para la realización de su proyecto.

Así mismo declaro que este protocolo de investigación no interfiere con los procesos a cargo de nuestra unidad

Sin otro en particular reciba un cordial saludo.

Atentamente

Dr. Alfredo Mendoza Corona.
Enc. De la dirección de la Unidad de
Medicina Familiar Número 55.

