

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS DE POSGRADO
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



“SATISFACCIÓN CORPORAL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 62”.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 62 CUAUTITLÁN MÉXICO**

**TESIS
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR**

**PRESENTA:
M.C. SALGADO OROZCO ADAN**

**DIRECTOR DE TESIS
E. EN MF. ARACELI GUTIÉRREZ ROMERO**

**REVISORES:
Ph. D. MARIO ENRIQUE ARCEO GUZMAN
E. EN S.P. JAVIER CONTRERAS DUARTE
E. EN M.F. OLIVIA LANDA MARTINEZ
E. EN M.F. MARIA EMILIANA AVILES SANCHEZ**

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2020

TESIS

“SATISFACCIÓN CORPORAL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 62”

RESÚMEN

Título: Satisfacción corporal y depresión en adolescentes con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 62.

Antecedentes: Las encuestas nacionales de salud de 2012 y 2018, demuestran que tanto el sobrepeso como la obesidad en niños y adolescentes es de casi un 40%. La última encuesta de salud reportó que el 39.7% de niños y adolescentes en edad escolar, presentan sobrepeso y obesidad. Actualmente existen diversas causas del incremento del sobrepeso y la obesidad infantil en México; entre ellos, los factores más relevantes son los medios de comunicación y la falta de actividad física en la población, los hábitos alimenticios no son los correctos en combinación con la facilidad con la que se puede consumir comida chatarra. Como consecuencia de esta combinación, en los últimos años, en nuestro país, ha aumentado significativamente los índices de sobrepeso y obesidad.

Objetivo. Estimar la asociación de la satisfacción corporal y la depresión en adolescentes con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 62.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal, prospectivo. Se llevó a cabo en 107 adolescentes, obtenidos bajo un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple. Se realizó el Cuestionario de la Forma Corporal-16, BSQ-16, adaptado a población mexicana, así como el Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs. Se utilizó estadística inferencial con chi cuadrada, con un nivel de significancia del 95%, así mismo se usó el programa SPSS V.22 para el análisis de los datos.

Resultados: No se encontró una asociación entre la depresión y la insatisfacción corporal en los adolescentes con sobrepeso y obesidad. Por lo que se rechaza la hipótesis de trabajo.

Palabras clave: satisfacción corporal, depresión, sobrepeso y obesidad.

SUMMARY

Title: Body satisfaction and depression in overweight and obese adolescents in the Family Medicine Unit 62.

Background: The national health surveys of 2012 and 2018 show that both overweight and obesity in children and adolescents is almost 40%. The latest health survey reported that 39.7% of children and adolescents of school age are overweight and obese. There are currently several causes of increased overweight and childhood obesity in Mexico; Among them, the most relevant factors are the media and the lack of physical activity in the population, eating habits are not correct in combination with the ease with which junk food can be consumed. As a consequence of this combination, in recent years, in our country, the rates of overweight and obesity have increased significantly.

Objective: Estimate the association of body satisfaction and depression in overweight and obese adolescents of the Family Medicine Unit 62.

Material and methods: An observational, analytical, cross-sectional, prospective study was conducted. It was carried out in 107 adolescents, obtained under a probabilistic sampling of simple random type. The Body Form Questionnaire-16, BSQ-16, adapted to the Mexican population, as well as the Kovacs Child Depression Questionnaire was conducted. Inferential statistics were used with chi-square, with a level of significance of 95%, also the SPSS V.22 program was used for the data analysis.

Results: No association was found between depression and body dissatisfaction in overweight and obese adolescents. Therefore, the working hypothesis is rejected.

Keywords: body satisfaction, depression, overweight and obesity.

ÍNDICE

I.MARCO TEORICO.....	1
I.1 OBESIDAD.....	1
I.2 SATISFACCION CORPORAL Y OBESIDAD.....	8
I.3 DEPRESION INFANTIL.....	9
I.4 SATISFACCION CORPORL Y ADOLESCENCIA.....	15
I.5 ASOCIACION ENTRE DEPRESION Y ALTERACIONES EN EL PESO CORPORAL.....	21
II.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	25
II.1 ARGUMENTACION.....	25
II.2 PREGUNTA DE INVESTIGACION.....	25
III. JUSTIFICACION.....	26
III.1 CIENTIFICA.....	26
III.2 ECONOMICA.....	26
III.3 SOCIAL.....	27
III.4 ACADEMICA.....	27
IV. HIPOTESIS.....	28
IV.1 HIPOTESIS ALTERNA.....	28
IV.2 HIPOTESIS NULA.....	28
IV.3 ELEMENTOS LOGICOS DE LA HIPOTESIS.....	28
IV.4 UNIDADES DE OBSERVACION.....	28
IV.5 VARIABLES DE ESTUDIO.....	28
IV.6 RELACION LOGICA ENTRE VARIABLES.....	28
IV.7 DIMENSION ESPACIO-TEMPORAL.....	28
V. OBJETIVOS.....	29
V.1 OBJETIVO GENERAL.....	29
V.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	29
VI. MATERIAL Y METODOS.....	29
VI.1 TIPO DE ESTUDIO.....	29
VI.2 DISEÑO: LINEA DE INVESTIGACION.....	29
VI.3 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.....	30
VI.4 UNIVERSO DE TRABAJO.....	31
VI.4.1 CRITERIOS DE INCLUSION.....	31
VI.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSION.....	31
VI.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACION.....	32
VI.5 INSTRUMENTOS DE INVESTIGACION.....	32
VI.5.1 DESCRIPCION.....	32
VI.5.2 VALIDACION.....	32
VI.5.3 APLICACIÓN.....	32
VI.6 DESARROLLO DEL PROYECTO.....	33
VI.7 LIMITE DE TIEMPO Y ESPACIO.....	33
VI.8 DISEÑO DE ANALISIS.....	34
VII. IMPLICACIONES ETICAS.....	34
VIII. ORGANIZACIÓN.....	40
VIII.1 RECURSOS FINANCIEROS.....	40

IX. CREDITOS.....	40
X. RESULTADOS.....	41
XI. CUADROS Y GRAFICAS.....	42
XII. DISCUSION.....	53
XIII. CONCLUSIONES.....	54
XIV. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES.....	55
XV. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	56
XVI. ANEXOS.....	60
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	60
ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	61
ANEXO 3. ASENIMIENTO INFORMADO.....	62
ANEXO 4. TABLA CDC IMC MUJERES 2 A 20 AÑOS.....	63
ANEXO 5. TABLA CDC IMC HOMBRES 2 A 20 AÑOS.....	64
ANEXO 6. FICHA DE IDENTIFICACION.....	65
ANEXO 6. CUESTIONARIO DE DEPRESION INFANTIL.....	66
ANEXO 7. CUESTIONARIO BSQ-16.....	67

I.MARCO TEÓRICO

I.1 OBESIDAD

La obesidad es definida como una enfermedad crónica, que se caracteriza por un incremento anormal de peso, debido a una proporción excesiva de grasa, resultado de la pérdida de balance entre el consumo y el gasto de energía. Uno de los factores de riesgo en la actualidad, es el cambio en el estilo de vida, como son las comidas rápidas hipercalóricas, ricas en azúcares, grasas, bajas en fibra; asociado a la inactividad física, sobre un fondo genético.

El exceso de peso corporal se reconoce actualmente como uno de los retos más importantes de la Salud Pública en todo el mundo debido a su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece. El sobrepeso y la obesidad incrementan de manera significativa el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, la mortalidad prematura y el costo social de la salud, además de reducir la calidad de vida. ¹

El mundo industrializado ha dotado a la sociedad de sistemas de transporte motorizados que disminuyen el tiempo de traslado y evitan la fatiga de caminar grandes distancias. También ha proporcionado la televisión, los videojuegos y algunos otros medios de entretenimiento que hacen que permanezcamos más en casa. Nuestros trabajos nos hacen permanecer largas horas sentados frente a la computadora, reduciendo la posibilidad de gastar energía. Esto ha sido denominado por los expertos como “ambientes obesogénicos”, que favorecen el sedentarismo y el poco gasto energético. De hecho, algunos estudios demuestran que el 70% de la población mundial no es lo suficientemente activa para gozar de buena salud. ²

Los niños particularmente son los más vulnerables a algunas de las desventajas de la modernidad. Por ejemplo, a diferencia de hace como dos o tres décadas cuando aún se practicaban juegos que promovían la socialización (p. e. las rondas infantiles, los juegos grupales) y había espacios físicos relativamente seguros (p. e. menos parque vehicular, menos capacidad vehicular para desarrollar altas velocidades), hoy día es poco factible que se practiquen juegos en las calles, pues éstas son poco seguras. Adicionalmente, son

pocos los espacios recreativos (p. e. parques públicos de fácil acceso geográfico, como caminos peatonales y áreas para practicar ciclismo recreativo), y la gran mayoría de los programas escolares de educación física no cumplen con los propósitos de fomentar la actividad física como un complemento necesario del desarrollo intelectual de los niños y adolescentes.³

La obesidad infantil, no es tan bien definida como en el adulto, porque la composición corporal y la grasa corporal, va cambiando como parte del crecimiento normal del niño. La obesidad como exceso de grasa corporal es un desorden metabólico y nutricional común, que frecuentemente se va a definir como una enfermedad crónica de origen multifactorial donde intervienen factores genéticos, conductuales y ambientales.

En los niños y adolescentes, el sobrepeso y la obesidad pueden desencadenar múltiples alteraciones, como: edad ósea avanzada, incremento en la talla, aumento del comportamiento adiposo, presentación temprana de la menarquía, alteraciones emocionales, hiperlipidemias, aumento del gasto cardíaco, esteatosis hepática y alteraciones en el metabolismo de la glucosa, problemas ortopédicos (artrosis en la rodilla, cadera y columna lumbar), apnea de sueño, cerebral, ovario poliquístico, colestiasis e hipertensión.⁴

La obesidad infantil como problema de salud pública es un fenómeno relativamente reciente y está relacionado con el conocimiento de que la obesidad en la infancia va a constituir un factor de riesgo de obesidad en la adultez, que se asocia con alteraciones metabólicas (dislipidemias, intolerancia a la glucosa, hiperinsulinemia e hipertensión) y estas alteraciones constituyen un factor de riesgo de morbimortalidad por enfermedad cardiovascular en la vida adulta.

Los factores de riesgo más relevantes que ocasionan obesidad en los infantes son principalmente los factores sociales y culturales (ya que el peso no-saludable resulta de la influencia ejercida por el ambiente y el consumo de alimentos con densidad energética alta), el sedentarismo, el exceso de horas frente a la televisión, conducta alimentaria, hábitos alimenticios, factores hormonales, alto peso al nacer, entre otros.⁵

El diagnóstico y la clasificación del sobrepeso y la obesidad se hace utilizando las tablas que expresan valores en percentiles, con relaciones como el índice de masa corporal (IMC), este va a ser un indicador simple de la relación entre el peso y la talla y se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por la talla en metros al cuadrado (kg/m²). En México la frecuencia de la obesidad oscila entre 21 y 60%.⁶

Según el Centro de Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos, se le considera sobrepeso infantil al valor entre percentil 85 y 95, obesidad al valor por arriba del percentil 95.⁶

La organización mundial de la salud (OMS) considera a la obesidad infantil como una enfermedad crónica, por el riesgo de perpetuarla y presentar en la vida adulta enfermedades asociadas como diabetes tipo 2, cardiopatías e isquemias arterioscleróticas.⁷

La obesidad no es un fenómeno exclusivo de la época moderna, ya que ha sido descrita e ilustrada en diferentes formas de arte, desde tiempos inmemorables. La situación nutricional de muchos países del mundo, especialmente de América Latina y Asia ha experimentado cambio en pocos años, pasando de una situación de déficit nutricional a otra de problemas por excesos.

Las importantes dimensiones que este padecimiento está adquiriendo en las sociedades desarrolladas desde la edad infantil y juvenil, han hecho que el sobrepeso y la obesidad constituyan un importante problema de salud pública, que la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha calificado como "Epidemia del Siglo XXI".⁸

Teniendo en cuenta, que la infancia es la época de la vida en la que se van a establecer patrones, hábitos y estilos de vida que condicionarán el comportamiento alimentario en la etapa adulta, así como la adquisición y mantenimiento de la obesidad; la obesidad infantil, incrementará el riesgo de aparición de patologías crónicas en la edad adulta como hipertensión, diabetes mellitus, hiperlipoproteinemia y enfermedades cardiovasculares, que condicionarán una menor esperanza de vida y un aumento en el deterioro de la calidad de vida.⁹

Es muy importante realizar detección de alteraciones metabólicas desde edades tempranas de la vida, ya que la génesis de este grupo de enfermedades va a ocurrir en la infancia. Es necesario realizar una identificación temprana del riesgo metabólico en niños con el fin de llevar a cabo intervenciones que eviten su progresión. En la población infantil se debe vigilar el índice de masa corporal para clasificar estado nutricional, pero también debemos medir el índice cintura-estatura para detectar obesidad visceral.¹⁰

Algunos estudios han logrado determinar la prevalencia de síndrome metabólico (SM) en población infantil con obesidad, reportando cifras del 30%, y del 50% en niños con obesidad de mayor grado. La variabilidad en la prevalencia que se describe en la población infantil se atribuye a diferencias poblacionales y a la falta de criterios claramente definidos para su diagnóstico, promoviendo el uso de diversos valores de corte para determinar la alteración de los parámetros que lo constituyen.¹¹

En la población infantil mexicana poco se conoce sobre la prevalencia del SM y de la combinación de componentes que lo van a definir, debido a que de manera independiente cada componente representa un factor de riesgo para enfermedad cardiovascular; siendo muy importante identificarlos para implementar medidas de control.

El aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad, así como su comorbilidad en la infancia tiene características de epidemia. Es de suma importancia reconocer tempranamente en el control pediátrico la excesiva ganancia de peso que va en relación con el crecimiento lineal y así realizar la educación de la familia guiando para el desarrollo de hábitos saludables perdurables (actividad física y comportamientos con la alimentación).¹²

La edad escolar es una etapa en la cual los niños experimentan un crecimiento lento pero continuo y que va desde los 6 años hasta el comienzo de las manifestaciones puberales; a esta etapa se le ha denominado período de crecimiento latente porque son muy estables las tasas de crecimiento somático, así como los cambios corporales se van a producir de una manera lenta y gradual.

El desarrollo implicara la biodiferenciación y madurez de todas las células y se refiere a la adquisición de destrezas y habilidades en varias etapas de la vida. Los períodos más

intensos durante el incremento pondoestatural corresponden al primer año de vida y al desarrollo puberal. El aumento en peso y estatura es similar tanto en niños y niñas desde el nacimiento hasta el comienzo del desarrollo puberal. Durante los años de la infancia temprana, la grasa disminuye de manera gradual alcanzando un mínimo a los 6 años. Luego esta empieza aumentar en magnitud, en forma más temprana y en mayor proporción en las niñas que en los niños, como signo de preparación para el crecimiento de la pubertad y es aquí donde se considera un momento crítico para el desarrollo de la obesidad. ¹³

El sobrepeso y la obesidad en niños en su mayoría van a ser la consecuencia de una ingestión energética excesiva y/o un gasto energético reducido. La obesidad se considera un trastorno multifactorial en cuya etiopatogenia están implicados factores genéticos, factores ambientales, el sistema de vida actual en el mundo occidental, el incremento del tiempo dedicado a la televisión, el consumo aumentado de alimentos ricos en calorías, y el sedentarismo, como factores metabólicos y psicosociales. ¹⁴

Con relación a los factores genéticos se ha encontrado que hijos de padres obesos van a tener una probabilidad de cuatro o cinco veces más, que la población general de ser obesos.

El estilo de vida occidental va a estar caracterizado por sedentarismo, termo neutralidad y excesiva oferta alimentaria, que se encuentra vinculada a una presión publicitaria fuerte. El proceso de la modernización y reestructuración socioeconómica en los países desarrollados y en vías de desarrollo, ha modificado los hábitos alimentarios y de actividad física. Estos nuevos hábitos dietéticos y de inactividad física, se asocian con el sobrepeso y la obesidad infantil. ¹⁵

La reducción del gasto energético podría ser el determinante más importante de la actual epidemia de obesidad infantil. Como factores dietéticos y nutricionales relacionados en la infancia con una mayor tasa de obesidad. Los niños han disminuido su actividad física en las dos últimas décadas, solo practican juegos cada vez más sedentarios (videojuegos, juegos en la computadora), y han disminuido la práctica deportiva, dedicando muchas horas a ver la televisión. ¹⁶

En México el factor de riesgo que más se asocia con la obesidad en los niños es la modificación en los patrones de alimentación con dietas con un alto valor calórico, así como la disminución en el grado de actividad física.

México ocupa el segundo lugar de prevalencia mundial de obesidad en la población adulta, la cual es diez veces mayor que la de otros países como Japón y Corea. En lo que respecta a la población infantil, México ocupa el primer lugar de prevalencia mundial en obesidad infantil, superando a Estados Unidos. ¹⁶

Con respecto a la obesidad en los niños, la OMS puntualiza que 44 millones de niños menores de 5 años en todo el mundo tenían sobrepeso, es decir, el 6,7 %; mientras que en 1999 eran solamente 31 millones, correspondiente al 5 %. Si se mantiene esta tendencia, el número de lactantes y niños pequeños con sobrepeso va a aumentar a 70 millones para el 2025. Llamando la atención que, sin intervención, los lactantes y los niños pequeños obesos se mantendrán obesos durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta. Lo grave de esta situación es que los niños obesos tendrán múltiples complicaciones a corto plazo y proyectadas a su edad adulta. ¹⁷

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), con el objetivo principal de evaluar el avance de los programas de salud preventivos en niños, adolescentes y adultos, a través de la medición de coberturas de los programas y otros indicadores en salud, se realizaron en 2003, 2004 y 2005 encuestas probabilísticas poblacionales, nacionales y con representatividad delegacional (estatal), a derechohabientes del IMSS (ENCOPREVENIMSS 2003, 2004 y 2005); específicamente en la encuesta ENCOPREVENIMSS 2003, en los rubros referentes a prevalencia de peso bajo, sobrepeso y obesidad general y obesidad central (que incluyó a 16 325 individuos), en donde se observó que la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumentó progresivamente tanto en hombres como en mujeres desde la primera década de la vida, alcanzando más de 80 % en hombres y mujeres en la quinta y sexta década de la vida. ¹⁷

En cuanto a la alimentación, el estudio realizado a partir de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares en México, en el año 1998, logra describir el incremento en el porcentaje de alimentos ricos en carbohidratos refinados.

Las golosinas generalmente son alimentos industrializados, los cuales son nutricionalmente desbalanceados, con alto contenido de hidratos de carbono, grasas y sal; por esta razón muchos de ellos son conocidos como alimentos chatarra por su alta densidad calórica y su pobre concentración de nutrimentos esenciales. Dentro de estos alimentos chatarra también se incluyen las bebidas carbonatadas o refrescos, las cuales son esencialmente agua cargada con dióxido de carbono a la que se ha añadido azúcar, algún ácido, un colorante y un saborizante. ¹⁸

La obesidad se ve muy favorecida por el nivel socioeconómico bajo, caso en el que se registra la mayor incidencia de ella, especialmente en mujeres, lo cual está ligado a hábitos inadecuados de alimentación y sedentarismo. En algunos hombres de clase social alta se ha observado mayor número de casos, sin embargo, las formas más severas no parecen estar relacionadas con la clase social, sino que probablemente obedezca a factores genéticos. ¹⁹

Por otra parte, otro factor son las horas de ocupación paterna, tratándose de número de horas dedicadas a la actividad laboral de los padres o de las personas que cumplan este rol. Los mexicanos tienen las jornadas más largas de trabajo y los belgas las más cortas, de acuerdo con un estudio realizado en 29 países, publicado el martes por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). ²⁰

Otro aspecto que es bien mencionar es la alimentación fuera de casa. Cabe mencionar que un número de factores que contribuyen a la tendencia de comer afuera, incluyen un gran número de mujeres empleadas fuera de la casa, más hogares con 2 personas que ganan salario, salarios mayores, casas más pequeñas.

Es importante mencionar que la forma de agrupación predominante en México es la familia integrada por el jefe, la cónyuge y los hijos (67.5%), le sigue la constituida por uno de los padres y sus hijos (17.9%) y las parejas sin hijos, sea porque los hijos ya salieron del hogar de origen o porque la pareja no ha tenido descendencia (11.1%). ²⁰

En la obesidad infantil se pueden asociar factores biológicos como el tener padres con exceso de peso, principalmente la madre, así como los factores de dieta y actividad física. La importancia de estos últimos es que son altamente modificables con la educación.

Es importante también llegar a conocer los factores que determinarán en el futuro la obesidad de un niño. Algunos, como, por ejemplo, el sedentarismo, se pueden prevenir; y otros, como un peso alto al nacer, nos van a servir de advertencia como se mencionó anteriormente, para estar atentos ante la posible aparición del problema y ponerle solución antes de que se presente.

I.2 SATISFACCIÓN CORPORAL Y OBESIDAD

Estudios desarrollados por Pallares y Baile (2012) coinciden en que los niños obesos generalmente tienen una pobre percepción de sí mismo, razón por la cual van a expresar sensaciones de inferioridad y rechazo a los demás que le dificultaran establecer relaciones interpersonales. Las burlas de sus compañeros le desencadenaran actitudes antisociales que lo aislaran, deprimirán, inactivarán y le generan ansiedad, lo que motivará el aumento en la ingesta de alimentos. Comer es una forma de aliviar la tensión o de tener seguridad cuando se siente tenso, deprimido o solitario, cuadro que agravará la obesidad. ²¹

Actualmente la discriminación sobre el peso es más fuerte que aquella que se ha llegado a hacer por la raza, sexo o religión. Además, es una forma de discriminación socialmente tolerada. La gordura se va a asociar con la pereza, el tedio, la falta de fuerza de voluntad, de autocontrol, de disciplina e incluso con falta de higiene. Las personas que tienen sobrepeso son juzgadas, acosadas y rechazadas. Los niños que sufren este trato se encuentran enojados, tristes o se aíslan para protegerse. Sienten vergüenza, que es distinto a sentirse culpable. La culpa que se da como consecuencia de una acción que se reprueba, la vergüenza se siente en relación con lo que uno es. Se ve afectado el autoconcepto, que es la visión que el niño tiene de sí mismo, pudiendo incluso llevarlo a cuestionar su lugar en el mundo. ²²

El primer paso para evitar que se presente la obesidad es identificar el sobrepeso, en este sentido la percepción de los padres juega un papel relevante, puesto que la identificación temprana de un estado de sobrepeso les permitirá iniciar anticipadamente medidas que eviten la obesidad. El papel protagónico de los padres en la prevención de la obesidad va en relación con la influencia de los factores psicológicos, sociales, ambientales y físicos, al constituirse en un modelo de conducta alimentaria.

La percepción es la construcción de símbolos mentales o representaciones de la realidad que se adquiere mediante los sentidos. Así, esta realidad percibida por los padres acerca del peso de sus hijos puede diferir de la realidad objetiva (evaluación antropométrica del niño).

Como parte del tratamiento para disminuir el aumento de enfermedades cardiovasculares en la población escolar con obesidad se debe comenzar en hacer cambios en los hábitos alimenticios, así como también hacer cambios en lo que a la actividad física se refiere ya que esta juega un papel central en la disminución del riesgo cardiovascular en escolares y adolescentes.

Se ha demostrado que los factores de riesgo que se presentan en la infancia pueden ser predictivos de riesgo en el adulto y que la exposición a factores de riesgo cardiovascular en etapas tempranas de la vida puede llegar a producir cambios en las arterias que contribuyan al desarrollo de aterosclerosis.

La Secretaría de Educación, en coordinación con la de Salud (SS), establecieron los lineamientos generales para el expendio o distribución de alimentos y bebidas en los establecimientos de consumo escolar de los planteles de educación básica y para dar soporte a dicha decisión, se generaron algunas listas de alimentos y bebidas permitidos en escuelas primarias y secundarias.

I.3 DEPRESIÓN INFANTIL.

La depresión constituye un importante problema de salud pública. Así lo reflejan los recientes datos del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) que nos informan de una incidencia del 15-25% y una prevalencia por año del 7% en adultos, situando el pico más alto entre los jóvenes de 18 a 20 años. Además, la Organización Mundial de la Salud (OMS) informa que la depresión se considera como la primera causa de enfermedad y discapacidad entre los preadolescentes y adolescentes de entre 10-19 años (OMS, 2014). En población infanto-juvenil la prevalencia se sitúa alrededor del 2% en niños, oscila entre el 4 y 6% en preadolescentes y entre el 4-10% en adolescentes (Beardslee, Glandstone, & O'Connor, 2012).²³

Según el DSM-5 se pueden destacar los sentimientos de tristeza y desesperanza, así como llanto, estado de ánimo irritable, pérdida de interés en actividades habituales, baja autoestima, problemas de relación social, fatiga, trastornos del sueño, aumento o pérdida de apetito y peso, agitación o enlentecimiento psicomotor, entre otros.

La depresión infanto-juvenil presenta una alta comorbilidad con diferentes problemas o trastornos (Sánchez & Méndez, 2009), como por ejemplo, problemas o trastornos de ansiedad (Kovacs, 2010; Romero et al., 2010), trastornos exteriorizados (Burke, Hipwell, & Loeber, 2010; Del Barrio & Carrasco, 2013), problemas de sueño (Shanahan, Copeland, Angold, Bondy, & Costello, 2014), así como abuso de sustancias, mayor riesgo de ideación suicida y suicidio en la adolescencia (Danielson, Overholser, & Butt, 2003; Greening et al., 2008; Miranda de la Torre, Cubillas, Román, & Abril, 2009). Además, el inicio temprano de la depresión puede aumentar la probabilidad de que se manifiesten episodios depresivos en la adolescencia y adultez (Horowitz & Garber, 2006; Vinaccia et al., 2006), pudiéndose convertir en un problema crónico (Ryan, 2005).²³

Las marcadas diferencias que se presentan en la incidencia de los trastornos depresivos entre algunos países y regiones hacen ver que estos, como muchos otros problemas de salud, no se distribuyen de manera aleatoria. La relativa escasez de conocimientos no significa que necesariamente el planteamiento sea inadecuado, sino únicamente existe la necesidad de seguir desarrollando métodos e investigaciones que permitan refutar o esclarecer la etiología del problema. Esta discusión es muy importante, pues impacta de manera específica en lo que se refiere a la identificación y atención de la depresión en la población adolescente.

Por ejemplo, hay múltiples estudios en donde se encontró diferencias importantes en los síntomas de depresión entre los adolescentes y adultos mayores, con mayores tasas de ideación suicida en los adolescentes y mayores tasas de síntomas somáticos en los adultos mayores. Sin embargo, más allá de las manifestaciones particulares que todavía pueden llegar a ser mejor comprendidas, la depresión va a constituir un grave problema de salud pública por su impacto en las personas y en la sociedad, que va a requerir mayor y mejor atención.

Entre 2001 y 2002 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP), que es representativa de la población urbana entre 18 y 65 años. Se les entrevistó en sus hogares con el Composite International Diagnostic Interview (CIDI), el cual es un instrumento diagnóstico computarizado alineado con los criterios de la OMS y de la Asociación Psiquiátrica Americana establecidos en el DSM-IV. Los resultados indicaron que la prevalencia del estado depresivo mayor (EDM) alguna vez en la vida fue del 7.2%, con una proporción de 2 mujeres por cada hombre (9.8% y 4.4%, respectivamente).²⁴

Los análisis para poder identificar la edad de inicio de este trastorno mostraron que el 2% de la población adulta mexicana había padecido un EDM durante la infancia y/o la adolescencia, con un predominio mayor de mujeres de casi 3:1 (2.8% y 1.1%, respectivamente). En 2005 se llevó a cabo la Encuesta de Salud Mental en adolescentes de la Ciudad de México, usando el mismo método que la ENEP. La prevalencia del EDM durante el último año en los adolescentes fue del 4.8%, mayor a la reportada por la ENEP en adultos: 1.1% en hombres y 2.8% en mujeres.

Según la Organización Mundial de la Salud – OMS (2012) la depresión es uno de los trastornos más comunes e incapacitantes, de igual forma (Beljouw, Verhaak, Cuijpers, Marwijk, & Penninx, 2010) plantea que este problema puede llegar a ser crónico o recurrente y puede llegar a conducir a daños sustanciales en la capacidad para hacer frente a sus responsabilidades diarias, asociándolo a una de los índices de mortandad, ya que como se expresó anteriormente, un estado de ánimo depresivo tiene una alta probabilidad de llevar a la ideación e intento suicida, y según estadísticas de la OMS se puede hablar de la muerte de aproximadamente de 850.000 vidas cada año.²⁴

La Organización Mundial de la Salud en el año 2000, considero a la depresión como la cuarta causa de la carga global de enfermedad de años vividos en inhabilidad; para el 2020, la depresión está proyectada para alcanzar el segundo lugar de la clasificación de enfermedades que incapacitan; sin embargo, en la actualidad ya ocupa el segundo lugar en la categoría de edades que están comprendidas entre los 15 a 44 años, para ambos sexos.

Los criterios que caracterizan un diagnóstico de trastorno depresivo según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales Texto Revisado - DSM IV-TR, son:

A. La presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser.

1. Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto).

2. Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás).

3. Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.

4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.

5. Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).

6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7. Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).

9. Pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

B. Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.

C. Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

D. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo). e. Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor (American Psychiatric Association, 2004).²⁵

En cuanto a los factores personales, se puede mencionar que son diferentes en cada niño, ya que son distintos los niveles de vulnerabilidad; esto se demuestra cuando en experiencias conjuntas a unos niños les pueden afectar más los eventos que a otros, al punto de llorar más, dejar de comer o tener pesadillas.

Estos factores (Méndez, 2011; Vázquez, Hervás, Gómez, & Romero, 2010) los divide en tres tipos:

a. el primero es la vulnerabilidad biológica, este tipo de vulnerabilidad hace referencia a la depresión de los padres o la transferencia genética como hipótesis.

b. El segundo es la vulnerabilidad psicológica, la cual hace referencia a episodios anteriores, repertorios básicos de conducta, comorbilidad y personalidad.

c. La tercera se refiere a la vulnerabilidad social, teniendo en cuenta que el desarrollo social promueve la adaptación o desadaptación del ajuste emocional del niño.²⁵

La evaluación de los casos debe ser por lo tanto cuidadosa e inclusiva de toda la familia y de los aspectos relevantes del entorno social al que el niño o adolescente están expuestos. El niño o adolescente en su posición de dependencia del núcleo familiar y de la comunidad, “es incapaz de modificar por sí mismo su propio destino”, exigiendo al profesional de la salud un desafío diferente, en donde el compromiso médico o tratamiento, se va a referir en incidir o modificar en lo posible los factores precipitantes psicosociales, a fin de “ayudar

al paciente”, alejándose de esta forma de las actuaciones habituales “del síntoma a la receta”, ingresando a un campo de medicina social.

Se deberán construir planes de tratamientos integrales, además de se debe asumir con compromiso antiguos roles tales como el de “médico de cabecera de la familia y/o referente de la comunidad”, en donde sus decisiones acertadas pueden llegar a ser muchas veces la diferencia entre la vida y la muerte. La mejoría clínica de los pacientes en los casos de la depresión infanto juvenil no pasa solamente por la respuesta que se presenta a la medicación antidepresiva o a las intervenciones psicológicas, sino que además se deben incluir el tratamiento de la psicopatología de los padres o encargados, de las disfunciones familiares y/o de los aspectos sociales de cada caso.

Los criterios de internación deben ser muy claros cuando se trata de la protección del niño o adolescente, de sí mismo, de los demás o de situaciones que puedan llegar a poner en peligro su integridad física o mental. En los niños internados, la prevalencia del trastorno depresivo va a aumentar de manera considerable, asociándose muy frecuentemente a enfermedades crónicas (metabólicas, cardiovasculares, neurológicas, oncológicas).

Para evaluar la depresión en niños y en adolescentes se dispone de diferentes escalas e inventarios, como entrevistas estructuradas y escalas de calificación, instrumentos que han sido validados, demostrando su eficiencia clínica en la detección de aquella (Williams, O'Connor, Eder y Whitlock, 2009). Entre los inventarios destaca el Children's Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1992) por ser el más utilizado y reconocido para medir los síntomas depresivos en la población infantil y adolescente, y se le considera como el que posee mayor confiabilidad.²⁶

Este instrumento fue creado a partir del Beck Depression Inventory (Beck, 1978) para ser administrado a niños y adolescentes en edad escolar. La versión definitiva se hizo en 1977, publicándose la adaptación al idioma español por Del Barrio y Carrasco en 2004. A pesar de que pueden hallarse algunos aspectos contradictorios en las adaptaciones que se han hecho de este instrumento, los resultados son en su gran mayoría satisfactorios por cuanto a sus propiedades psicométricas y criterios de confiabilidad y validez favorables (Solís, 2009).²⁶

En México, aun cuando pueda existir una relativa experiencia en construir instrumentos que ayuden a evaluar algún rasgo de la personalidad o la presencia de alguna psicopatología en la población de niños y adolescentes, aún quedan diversos criterios psicométricos por clarificar. A su vez, persiste el interés por disponer de instrumentos que sean sensibles y específicos a la población de referencia.

La adolescencia se entiende como un periodo que implica una serie de modificaciones emocionales, psicológicas y físicas. Es una etapa de evolución a la adultez. “Es una transición en el ciclo de vida que marca la transformación de la infancia hacia el mundo de las responsabilidades y derechos adultos. La adolescencia, es, por lo tanto, un gran desafío individual, familiar y social” (Escudero, 2011).²⁷

I.4 SATISFACCIÓN CORPORAL EN LA ADOLESCENCIA

El adolescente va a atravesar una fase crítica y uno de los aspectos más significativos durante esta edad, es la modificación de su esquema corporal a partir del desarrollo físico que ocurre durante la pubertad.

La preocupación por su aspecto y el grado de adaptación a la nueva imagen corporal determinan su auto concepto, así como la satisfacción o insatisfacción que puedan sentir con respecto a su apariencia. “Se puede decir, que la imagen corporal es un concepto que se refiere a la manera en que uno se percibe, imagina, siente y actúa respecto a su propio cuerpo” Rosen (1995).²⁷

Vivir la adolescencia en un mundo que va a rendir culto a la belleza y a rígidos estándares físicos, puede llegar a provocar serios desajustes en la estabilidad y autoconcepto de los adolescentes, considerando, sobre todo, que la edad que atraviesan ya suscita una gama de encrucijadas. La aparente contradicción que se presenta entre los ideales estéticos que promueven la delgadez y el aumento del IMC permite hipotetizar el aumento de la insatisfacción corporal en los últimos años.

La imagen corporal se puede definir como la representación mental que se posee del propio cuerpo; esta puede llegar a estar en contacto con la realidad o anidar una imagen irreal

(distorsión); que a su vez estas percepciones dan lugar a valoraciones y juicios sobre la identidad.

La imagen corporal es un constructo complejo que implica tanto la percepción que poseemos de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, como del movimiento y límites de este, la experiencia personal de actitudes, pensamientos, sentimientos y apreciaciones que hacemos y sentimos, y el modo en que reaccionamos procedente de las cogniciones y sentimientos que experimentamos, como lo menciona Rach (2000), Cash y Pruzinsky (2002), Citados en Bully et al, (2012), afirman: “La insatisfacción corporal definida como las divergencias entre la imagen corporal auto percibida y la imagen corporal ideal es un constructo complejo que engloba percepciones, pensamientos, sentimientos y comportamientos referentes al propio cuerpo”.²⁸

De estas divergencias, han sido responsables en una gran medida, los medios de comunicación que se han encargado de difundir claras ideas de referentes físicos, pues se ha visto como en múltiples comerciales y todo tipo de mensajes, se transmite la idea de éxito, e incluso felicidad y aceptación a través de cuerpos blancos y definidos, hombres y mujeres con un notorio atractivo físico, así como las modas y estereotipos, que de alguna manera muy superficial dictaminan como deben actuar, vestirse y verse las personas para encajar en la sociedad y ser aceptados y valorados en la misma.

La exposición, que es de manera constante, a mensajes e imágenes en relación con la belleza, control del peso y la figura corporal transmitidos a través de influencias mediáticas, va a ser un factor de riesgo para el avance de alteraciones de la conducta alimentaria. Por estas razones, las personas pueden recurrir a diversos tratamientos buscando modificar su apariencia, estos pueden ser desde cosméticos como el uso de grandes cantidades de maquillaje, incluso hasta quirúrgicos.

Desde hace dos décadas hasta el día de hoy, varias instituciones gubernamentales mexicanas han llevado a cabo intensas campañas de prevención de la obesidad en medios de comunicación como una estrategia para disminuir su prevalencia en la población. A través de la transmisión de mensajes, pretenden motivar a las personas para que adopten un estilo de vida saludable, como disminuir el consumo de alimentos con alto contenido de grasas, sal y azúcares, aunado a realizar actividad física (Barquera, Rivera-Dommarco &

Gasca-García, 2001; Barquera, Campos-Nonato, Rojas & Rivera, 2010). También hay mensajes que promueven mantenerse en un índice de masa corporal (IMC) de 18.5 a 25 kg/m² y una circunferencia de cintura menor a 80 cm en mujeres y 94 cm en hombres; estas medidas van a simbolizar al “cuerpo saludable”.²⁸

En ocasiones se llegan a utilizar imágenes de personas o caricaturas que describen a la obesidad con algunas de las siguientes características: cuerpo grande, redondo, abdomen voluptuoso, glotón, perezoso, gracioso, poco atractivo y enfermo. Mientras que el cuerpo saludable es simbolizado como: delgado, alto, luce feliz, activo, atractivo, sin grasa abdominal y con musculatura en el caso de imágenes masculinas. Estas imágenes llegan a reforzar los estereotipos negativos ya existentes de la obesidad, y que pueden provocar discriminación hacia las personas con obesidad.

Los adolescentes tienen mayor preocupación por su apariencia física y no desean ser rechazados por tener una apariencia diferente a lo valorado socialmente. En la actualidad, el ideal corporal es caracterizado por un cuerpo esbelto y es significado de triunfo, éxito y belleza. Este ideal es impuesto por publicidad de la industria de la moda y del mercado de productos “milagro” que supuestamente disminuyen el exceso de peso sin esfuerzo.

La influencia dañina que tiene este ideal estético en los adolescentes sobre la imagen corporal, y en especial en el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria ha sido ampliamente corroborada (Martínez-González, et al., 2003; Austin & Smith, 2008). No obstante, el efecto que tiene la promoción de un cuerpo saludable como ausente de exceso de peso, es un tema controversial (Cohen, Perales & Steadman, 2005; Ramos, 2015; O’Dea, 2005) y poco estudiado en nuestro país.²⁹

Otra intervención llegó a utilizar carteles promocionales con diferentes imágenes corporales y preguntó a mujeres con bulimia su opinión con respecto al peso saludable. Encontrándose que la esbeltez la consideran como saludable y que la regulación cuidadosa de la ingesta y el ejercicio son prácticas saludables; así como las prácticas de comer compulsivamente y compensar.

En hombres, el efecto negativo puede ser semejante; en una publicación se revisaron varios estudios de hombres jóvenes y se encontró que la insatisfacción corporal aumenta cuando

estos ven imágenes de hombres musculosos y atractivos como cuerpos ideales y saludables.

Dicha preocupación por la apariencia física y el culto que se le da al cuerpo se mantiene más o menos constante a lo largo de la vida (Rodríguez & Cruz, 2006), atendiendo al tamaño, medida, forma y peso, bien del cuerpo en su totalidad o en sus distintas partes (García, 2004). Estas características están asociadas con la representación mental que cada individuo crea con relación a sí mismo, y engloba pensamientos, valoraciones y sentimientos. Esto convierte a la IC en un constructo complejo de abordar, al incluir la percepción de todo el cuerpo y de cada una de sus partes, así como, función, movimientos y limitaciones (Ortega, 2016; Raich, 2001).²⁹

Raich (2001) y Salazar (2008) definen la IC como una representación mental constituida a partir del tamaño, figura y forma del cuerpo. Donaire (2011) señala que dicha representación mental se fundamenta en tres aspectos:

- 1) las medidas que se le atribuye al propio cuerpo.
- 2) los pensamientos, sentimientos y valoraciones que provoca la imagen de su cuerpo al propio individuo.
- 3) las acciones que realiza el individuo acorde a su autopercepción. La IC está determinada por los hechos externos e internos que entran en un proceso de valoración en cuanto a la interacción que se tenga con el contexto. En este sentido, cada cultura tiene sus estándares de belleza, lo que hace que la IC no sea un aspecto inamovible y cambie a lo largo de los años (Vaquero et al., 2013).³⁰

El género puede jugar un papel importante en la insatisfacción corporal, esta es percibida de diferente forma entre hombres y mujeres. Por ejemplo, en las mujeres se valora de una manera positiva la delgadez, se espera que tengan caderas anchas, piernas largas, pechos grandes y cuerpos tonificados, mientras que en los hombres se llega a valorar la ganancia de peso y musculatura.

Una de las poblaciones más propensa a presentar mayor preocupación por la imagen corporal son los adolescentes. Estos procesos van a ser el resultado de las transformaciones físicas y cambios hormonales que llegan a modificar la estructura corporal, y que repercuten en la estatura, el peso, la forma de las partes que conforman el cuerpo y la presencia o ausencia de determinados atributos.

En México existe una importante preocupación por el aspecto corporal. Tener una figura esbelta se valora de forma positiva y ejerce mayor presión en las mujeres en comparación con los hombres (Cocca et al., 2016). Sin embargo, a ellos se les exige cada vez más que cumplan con determinadas características como ser altos, fuertes, tener una espalda ancha, el pecho musculoso y los bíceps desarrollados (Pérez-Gil, Mosqueda, & Romero, 2012). En este sentido, es relevante atender a las presiones relacionadas con rol del género (Gómez, 1997). La feminidad se considera variable determinante en trastornos de conducta alimentaria, cuyo principal síntoma es la insatisfacción corporal (Cocca et al., 2016).³⁰

La obesidad se va a asociar a patologías crónicas como problemas cardiovasculares, diabetes tipo 2, hipertensión arterial y dislipidemias, traumatológicas, entre otras, las cuales llegan a producir una alta morbi-mortalidad en adultos. Por otro lado, esto implica altos costos sociales y económicos por la dificultad en la recuperación y el bajo impacto que han tenido hasta estos momentos los programas estatales y/o privados en su disminución y prevención.

Considerando lo anterior, una línea de investigación que ha ido cobrando más relevancia, ha llegado a asociar a la obesidad con variables psicológicas, con el fin de poder incorporar diversos aspectos de este problema multifactorial y así favorecer las medidas en la línea preventiva y/o curativa.

Existen investigaciones que dan cuenta de una relación estrecha entre la obesidad y la baja satisfacción con la imagen corporal independientemente del sexo, donde adolescentes obesos reportan mayor insatisfacción con su imagen corporal que los jóvenes con sobrepeso, y estos, a su vez, mayor insatisfacción que los jóvenes con peso normal. La mayoría de los autores están de acuerdo en que la imagen corporal (IC) es un constructo multidimensional, influido socialmente y que incluye diferentes componentes, de carácter perceptual, cognitivo, afectivo y conductual.³¹

En cuanto a lo que se refiere con los componentes cognitivos y afectivos, y específicamente en relación con diferencias en cuanto a género durante el periodo de la adolescencia, un estudio llegó a señalar que la insatisfacción corporal permanece estable o aumenta durante la adolescencia para las mujeres, mientras que para los hombres disminuye o permanece estable en su camino hacia la adultez. Algunos estudiantes universitarios que se autoclasificaban con sobrepeso tenían orientación a la apariencia negativa, evaluación de la salud positiva, orientación a la enfermedad positiva y preocupación por el sobrepeso, esto independiente de su índice de masa corporal (IMC), dando cuenta de que las percepciones sobre la imagen corporal son muy importantes en el manejo de la obesidad.

Friedman, Reichmann, Costanzo y Musante describen la relación entre obesidad y estrés psicológico, demostrando que la insatisfacción con la imagen corporal no solo modula parcialmente la relación entre el grado de obesidad y el estrés psicológico en pacientes obesos que buscan tratamiento, sino que también se relaciona directamente con la depresión y la baja autoestima. Por lo tanto, dada la alteración de la imagen corporal en obesos y sus implicaciones para el funcionamiento psicológico, los autores enfatizan la relevancia de integrar la imagen corporal en el tratamiento de la obesidad.³¹

Se debe considerar la importancia de los factores psicológicos involucrados, específicamente a la imagen corporal, como una variable relevante en los programas preventivos y de tratamiento para pacientes con obesidad. Para poder implantar programas de intervención en población adolescente con obesidad es necesario conocer el grado de insatisfacción corporal de estos pacientes, además de sus conductas alimentarias de riesgo, de tal manera que sea posible plantear específicamente las intervenciones necesarias a llevar a cabo.

La posibilidad de contar con profesionales competentes y entendidos en las características de la etapa de adolescencia pareciera ser también un elemento clave para el éxito terapéutico en el tratamiento de obesidad adolescente, según refieren los propios pacientes.

De acuerdo con lo anterior, se esperaría que la percepción de la imagen corporal y la satisfacción con ella empeoraran entre los jóvenes con sobrepeso/obesidad y que esto fuera más relevante entre las mujeres con sobrepeso/obesidad.

I.5 ASOCIACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y ALTERACIONES EN EL PESO CORPORAL

En un estudio realizado por Hernández Nava JP, Joanico Morales B, Juanico Morales G, Salgado Jiménez MA Ingrid Zaragoza Ruiz I. Depresión y factores asociados en niños y adolescentes de 7 a 14 años de edad. 2020. Con el objetivo principal de determinar la prevalencia de depresión y factores asociados en niños y adolescentes de siete a catorce años de edad, usuarios de la Unidad de Medicina Familiar (umf) No. 9 de Acapulco de Juárez, Guerrero, México. Se realizó un estudio transversal analítico de junio a agosto de 2017. Participaron 238 menores de siete a catorce años, que desearan participar en este estudio, previa firma de consentimiento y asentimiento informado. Se analizaron datos sociodemográficos y se les aplicó el cuestionario de depresión infantil. Para el análisis estadístico se obtuvieron frecuencias simples, prevalencia de depresión, intervalos de confianza de 95%, χ^2 y significancia estadística (valor p). Como resultado se encontró que la prevalencia de depresión en el grupo de estudio fue de 5.9%, en individuos con problemas de peso fue de 11.1%, mientras que para quienes tenían peso dentro de los rangos normales fue de 2.7%; tener sobrepeso y obesidad se asocia a un mayor riesgo para padecer depresión con un OR de 4.5, IC 95% (1.36-14.8). Se toma como conclusión que presentar sobrepeso y obesidad son factores de riesgo para desarrollar depresión, se requieren realizar búsquedas intencionadas para identificar posibles riesgos asociados a depresión en este grupo etario.

En otro estudio realizado por Padilla-Téllez Eliud, Ruiz García Javier, Rodríguez-Orozco Alain R. Asociación depresión-obesidad. 2016. En este, su objetivo fue determinar la sintomatología depresiva en adolescentes obesos de 10 a 17 años de edad con diagnóstico de obesidad. Este estudio fue de tipo transversal – descriptivo, se trabajó con 120 adolescentes entre 10 a 17 años con diagnóstico de obesidad durante los meses de julio - octubre del 2016; valorando las características clínicas y demográficas, la sintomatología depresiva utilizando el Cuestionario de Depresión Infantil. Los datos fueron introducidos en una base de datos de Excel y analizados con la prueba t de student y χ^2 para las variables continuas y categóricas en el programa STATA 14. En cuanto a los resultados, del total de

los adolescentes el 37.5% presentaron sintomatología, la edad promedio de presentación fue de 13.75 ± 1.7 para los adolescentes con puntaje ≥ 13 , siendo más frecuente en el sexo femenino con un 77.78%. Con este estudio se concluye que la sintomatología depresiva en adolescentes con obesidad es de 37.5%, siendo más frecuente en adolescentes de sexo femenino en las edades de 12 a 15 años. Los síntomas depresivos fueron mayores en las dimensiones emocionales. La detección temprana es importante para poder derivarlos con el especialista correspondiente y así evitar futuras complicaciones por esta patología.

En el estudio realizado por Moreno Martínez, M.A., Martínez Aguilar, M^a L., Avila Alpírez, H., Felix Aleman, A., Gutiérrez Sánchez, G., & Duran Badillo, T. (2018). Relación entre obesidad y depresión en adolescentes *Cultura de los Cuidados*. Su objetivo era determinar si existe relación entre obesidad y depresión en los adolescentes del Colegio de Bachilleres de Tamaulipas. La población fueron 60 adolescentes del colegio de bachilleres de Tamaulipas (COBAT), que presentaron un IMC de treinta hacia arriba, que indica que tienen algún grado de obesidad. El instrumento que se utilizó fue el Cuestionario de Depresión Infantil de Kovács. La variable obesidad se clasificó de acuerdo a lo estipulado por la OMS, que es en tres clases: Clase 1 (30.0-34.9 IMC), Clase 2 (35.0-39.9 IMC), Clase 3 (de 40 y más IMC). Se obtuvo, en cuanto al nivel de depresión 68.3% de los participantes normal, 20.0% leve perturbación del estado de ánimo, 10.0% depresión moderada y 1.7% depresión extrema. La obesidad el 66.7% clase uno, 25.0% clase dos, 8.3% clase tres. En la aplicación de la prueba de correlación de Spearman, no se observó relación estadísticamente significativa entre las variables obesidad y depresión ($p = .572$). Concluyendo en dicho estudio no se encontró una relación estadísticamente significativa entre las variables obesidad y depresión en los adolescentes estudiados.

En lo realizado por Luis Humberto Blanco Ornelas, José Leandro Tristán Rodríguez, Daniel Mayorga-Vega, Martha Ornelas Contreras. Insatisfacción Corporal y Baja Autoestima en Adolescentes con Sobrepeso y Obesidad. 2016. Como objetivo, asociar la insatisfacción corporal con la baja autoestima en adolescentes con sobrepeso y obesidad, en escuelas primarias de la Ciudad de México. La muestra inicial la constituyeron 231 niñas provenientes de los grados 5^o y 6^o de 9 escuelas primarias públicas y privadas de diferentes zonas de la Ciudad de México. Se empleó un muestreo intencional, y la unidad de muestreo fue el grupo escolar. De acuerdo con los criterios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (2012), se clasificó a las participantes en 3 grupos según su índice de masa

corporal: peso normal (n = 135), sobrepeso (n = 57) y obesidad (n = 39). De ellas, 117 (50.64%) cursaban el 5º grado y 114 (49.36%) el 6º grado. Su edad osciló entre los 10 y los 13 años (M = 11.27, DE = 0.72). Las participantes de este estudio formaban parte de una investigación más amplia (Contreras, 2013). Se les aplicó el Cuestionario de Imagen Corporal-16 (*Body Shape Questionnaire-16*, BSQ-16), adaptado a población de niños mexicanos por Amaya (2013). En el resultado del estudio se encontró un alfa de Cronbach de 0.93. Se estableció un punto de corte de una desviación estándar por encima de la media para distinguir a las niñas con insatisfacción corporal elevada, tal y como lo hicieron Shin y Shin (2008). En este caso se concluye, que se encontró que las niñas con obesidad están insatisfechas con su cuerpo, pero la obesidad, por sí misma, no conlleva baja autoestima ni síntomas de depresión. En cambio, cuando la insatisfacción corporal se exagera sí se asocia con la baja autoestima y los síntomas de depresión de las niñas sin importar su IMC. No obstante, la insatisfacción corporal no media la relación entre la obesidad y la autoestima, ni entre la obesidad y la depresión.

En el estudio de Gisela Pineda-García, Gilda Gómez-Peresmitré, Silvia Platas Acevedo, Virginia Velasco Ariza. El cuerpo: percepción de atractivo, insatisfacción y alteración en adolescentes de la frontera mexicana del noroeste. 2017. El objetivo era conocer el grado de alteración de la imagen corporal según el IMC y el sexo, así como comparar el nivel de satisfacción corporal y percepción del atractivo físico en función del sexo, el IMC y el grado de alteración de la imagen corporal en adolescentes del estado de Baja California (México). Se utilizó una muestra probabilística por etapas y conglomerados conformada por 598 adolescentes, estudiantes de secundaria de la entidad, de los cuales 289 eran hombres y 309 mujeres. La edad promedio fue de 13.9 años (DE = 1.04) en el caso de los primeros, y de 13.8 años (DE = 1.03) en el de las segundas. La muestra fue extraída de escuelas públicas y privadas de los municipios de Ensenada, Mexicali y Tijuana. Se incluyeron estudiantes de entre 11 y 16 años sin defectos físicos visibles, prescindiendo de quienes no cubrían dichos criterios. Una vez obtenido el consentimiento informado de las autoridades de la escuela y de los propios alumnos, se procedió a la aplicación colectiva del instrumento en los salones de clase mediante papel y lápiz. La obtención del peso y la talla de los participantes fue realizada por estudiantes universitarios previamente capacitados. Ambas aplicaciones se llevaron a cabo en una sola sesión. En congruencia con el primer objetivo, se comparó la alteración o no de la imagen corporal según el sexo del alumno. Obteniendo que más mujeres que hombres no alteraron su percepción (35 vs.

25%, respectivamente). Los porcentajes más altos se manifestaron en la subestimación (71% de los hombres y 51% de mujeres). En lo referente a la sobreestimación, sólo 5% de los primeros y 14% de las segundas la presentaron (cfr. Tabla 3), la significancia asociada a la prueba χ^2 resultó estadísticamente significativa: $\chi^2 (2) = 29.8, p = .000$. La conclusión fue que se encontraron diferencias significativas en la percepción del atractivo físico entre los participantes con peso normal y obesidad, pues los primeros se percibían más atractivos que los segundos. Los hallazgos son congruentes y se discuten con base en la literatura existente referida a la imagen corporal y a los trastornos alimentarios.

Por último en el estudio de Reyna Sámano, Ana Lilia Rodríguez-Ventura, Bernarda Sánchez-Jiménez, Et.al. Satisfacción de la imagen corporal en adolescentes y adultos mexicanos y su relación con la autopercepción corporal y el índice de masa corporal real. 2015. Con objetivo de correlacionar el IMC autopercebido con el real y su relación con la satisfacción de la IC en una muestra de adolescentes y adultos mexicanos. Se realizó un estudio transversal analítico, con 556 participantes: 330 adolescentes y 217 adultos, con las siguientes evaluaciones: de autopercepción y de la satisfacción de la IC; asimismo, antropométrica. Como resultado el IMC fue mayor entre adultos 23 ± 6 vs 29.3 ± 5 $p < 0.001$, quienes duplicaron la cifra de sobrepeso y obesidad de los adolescentes 79% vs 43%. La mitad de todos los participantes tuvo concordancia de su IMC percibido con el real ($p < 0.001$). De los adultos con sobrepeso u obesidad 68% estuvieron satisfechos con su IC, mientras que en los adolescentes esto correspondió a más del 80%. Las variables predictoras de insatisfacción de la IC fueron ser adulto, ser mujer y tener sobrepeso/obesidad ($p = 0.013$). Los que refirieron que su figura corporal les inspiraba un juicio positivo reportaron estar satisfechos con su IC y la mayoría presentaron un IMC real de normal o sobrepeso. Aquí se concluye que en la mitad de los participantes hubo concordancia entre la IC autopercebida y el IMC real. La satisfacción con la IC fue más frecuente entre los de menor IMC real y autopercebido, pero una gran proporción de los de sobrepeso y obesidad también refirieron satisfacción con su IC, aunque sea una condición de riesgo.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 Argumentación

Cerca de 340 millones de niños y adolescentes (5 a 19 años), en el mundo tienen sobrepeso y obesidad. El sobrepeso y la obesidad en adolescentes es un problema de salud actual a nivel mundial. En México, se estima que 7 de cada 10 millones de habitantes están excedidos de peso, por ello, actualmente México ocupa ya el primer lugar en sobrepeso y obesidad, dentro de esta población se han encontrado alrededor de 4 millones y medio de adolescentes en esta situación. Dentro de este rubro en el Estado de México se estima que el 38% (557, 516) de los adolescentes presentan sobrepeso y obesidad, con esto ocupando el segundo lugar a nivel nacional. En el municipio de Cuautitlán, México se reportan el 30.5% (45, 613) de adolescentes con sobrepeso y obesidad. Es importante diagnosticar el sobrepeso y la obesidad durante la etapa escolar y preescolar en la que puede haber un aumento sustantivo en la prevalencia de obesidad, así como determinar los factores que están asociados con este incremento con el fin de diseñar estrategias para prevenir el sobrepeso y la obesidad y así, evitar en años posteriores enfermedades cronicodegenerativas en etapas tempranas.

La depresión infantil interactúa con el estado afectivo y emocional de los niños (as) y adolescentes perjudicando la salud mental, este trastorno afecta directamente la dimensión emocional que es fundamental en el desarrollo infantil, a nivel cognitivo, social y afectivo en los niños. La OMS, 2017 define la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos de sueño y de apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. A nivel mundial se reporta que más de 300 millones de personas cursan con algún trastorno emocional (depresión y ansiedad), de estos, el 16% son adolescentes (50 millones aproximadamente). En México se estima que casi 2 millones de adolescentes han presentado algunos síntomas depresivos. En el Estado de México aproximadamente 120 mil adolescentes presentan depresión, siendo Cuautitlán, México el quinto lugar en casos con en 12% 817, 946).

II.2 Pregunta de investigación

¿Cuál es la asociación entre satisfacción corporal y depresión en adolescentes con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 62?

III. JUSTIFICACIÓN

III.1 Científica

El exceso de peso corporal (sobrepeso y obesidad) se reconoce actualmente como uno de los retos más importantes de la Salud Pública a nivel mundial debido a su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que la padece. El sobrepeso y la obesidad, incrementan significativamente el riesgo de padecer enfermedades crónicas no transmisibles, la mortalidad prematura y el costo social de la salud. Se estima que 90 % de los casos de diabetes mellitus tipo 2 se atribuyen al sobrepeso y la obesidad. México ocupa el cuarto lugar de prevalencia mundial de obesidad, en cuanto a la obesidad en niños y adolescentes. En nuestro país, más del 70 % de la población adulta tiene exceso de peso. La prevalencia de sobrepeso es más alta en hombres que en mujeres, mientras que la prevalencia de obesidad es mayor en las mujeres que en los hombres.

III.2 Económica

Se han creado estrategias políticas, educativas y de salud pública para tratar la problemática del sobrepeso y la obesidad infantil. Estas estrategias se han concentrado en mejorar la condición física de los escolares a través de la educación física, el deporte escolar, el desarrollo de estilos de vida activos y la implementación de estándares nacionales para la condición física. La búsqueda de formas de intervención que involucren un trabajo multidisciplinario vinculado a profesionales de la educación física, psicología, nutrición, enfermería y pediatría, así como a los diferentes sectores de la sociedad, es de gran relevancia para mejorar la condición física y la salud de niños y niñas en edad escolar del país. En este sentido, debemos aprovechar la capacidad y disposición de aprendizaje de los niños. La experiencia indica que estas intervenciones han resultado exitosas para limitar el sobrepeso y la obesidad infantil. Diversos estudios demuestran que, si se les enseña a hacer las cosas bien, como adquirir los hábitos del ejercicio y del comer bien, ellos los practicarán, lo cual repercutirá a nivel económico y social en el país, disminuyendo gastos en salud pública.

III.3 Social

Dicho estudio tiene una repercusión social ya que se busca resaltar las posibles causas que dan lugar al desarrollo y permanencia del sobrepeso y obesidad, la depresión es una enfermedad que afecta el entorno del adolescente, su desempeño escolar, sus relaciones interpersonales, la capacidad para tomar decisiones en este caso que impacten de manera positiva en su salud de tal manera que preexista obesidad durante la edad adulta trayendo consigo en desarrollo de enfermedades crónico degenerativas. En el constructo de una familia, continuará con los malos hábitos de alimentación, incapacidad de centrarse en una actitud positiva hacia el ambiente y hacia si mismo.

III.4 Académica

Para obtener el título de Médico Familiar.

Por medio de los instrumentos previamente validados el Cuestionario de la Forma Corporal-16, BSQ-16 adaptado a población mexicana nos permitirá conocer la satisfacción corporal en el adolescente y el Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs, se podrán utilizar a nivel académico y hospitalario para la detección oportuna y derivación inmediata de los adolescentes. Al encontrar si tiene dicha asociación nosotros como área de primer nivel tendríamos la obligación de canalizar a los diferentes servicios a estos pacientes y con la finalidad de disminuir enfermedades crónicas que a la larga generarían un gasto a la institución, de igual manera el poder ayudar en caso de existir depresión canalizarlos con expertos en el tema y evitar con esto problemas sociales al adolescente.

IV. HIPÓTESIS

IV.1 Hipótesis alterna

Los adolescentes con sobrepeso y obesidad que presenten insatisfacción corporal se asociarán con depresión.

IV.2 Hipótesis nula

Los adolescentes con sobrepeso y obesidad que presenten satisfacción corporal no se asociarán con depresión.

IV.3 Elementos lógicos de la Hipótesis

Y, en, de la UMF 62, 2020.

IV.4 Unidades de observación

Adolescentes de ambos sexos de 10 a 19 años de edad, derechohabientes de la UMF No. 62 del IMSS.

IV.5 Variables de Estudio

Dependiente: Depresión

Independiente: Satisfacción corporal

IV.6 Relación lógica entre variables

Asociación, satisfacción familiar, depresión, adolescentes, UMF No. 62

IV.7 Dimensión espacio-temporal

Enero – Febrero 2020, UMF No. 62

V. OBJETIVOS

V.1 OBJETIVO GENERAL

- Estimar la Asociación de la satisfacción corporal y depresión en adolescentes con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 62.

V.2 ESPECÍFICOS

- Identificar el grado de satisfacción corporal en las mujeres adolescentes con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 62.
- Identificar el grado de satisfacción corporal en los hombres adolescentes con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 62.
- Determinar la categoría de depresión en las mujeres adolescentes con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 62.
- Determinar la categoría de depresión en los hombres adolescentes con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 62.
- Clasificar el estado nutricional de los adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar 62.
- Agrupar por edad a los adolescentes con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 62.
- Ordenar por genero a los adolescentes con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 62.
- Organizar por escolaridad a los adolescentes con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 62.

VI. MATERIAL Y MÉTODOS

VI.1 Tipo de estudio

Observacional, analítico, transversal, prospectivo, comparativo.

VI.2 Diseño: Línea de investigación

Salud mental

VI.3 Operacionalización de variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA MEDICIÓN	ITEM
Satisfacción corporal	La satisfacción corporal de los adolescentes es un constructo que implica tanto la percepción que poseemos de todo el cuerpo y cada una de sus partes, como del movimiento y límites de este.	Se obtiene mediante la aplicación del Cuestionario de Imagen Corporal – 16, BSQ-16, adaptado a población mexicana, en donde se clasifica como satisfacción corporal e insatisfacción corporal.	Cualitativa	Nominal	1.Satisfacción corporal (0-105 puntos) 2.Insatisfacción corporal (>105 puntos)
Depresión	Síndrome en el que interactúan diversas modalidades: somática, afectiva, conductual y cognitiva. Considerando que las distorsiones cognitivas en el análisis y procesamiento de la información son la causa principal del desorden a partir del cual se desatan los componentes restantes.	Se obtiene mediante el Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs, se categoriza como normal y depresión.	Cualitativa	Nominal	1.Sin Depresión (0-19 puntos) 2.Con Depresión (>20 puntos)
Estado Nutricional	Es la situación en la que se encuentra una persona en relación con la ingesta y adaptaciones fisiológicas que tienen lugar tras el ingreso de nutrientes.	Se obtiene mediante el uso de tablas percentilares de la CDC, y se clasifica en sobrepeso por encima del percentil 85 y obesidad por encima del percentil 95.	Cuantitativa	Continua	1. Sobrepeso percentil 85 2. Obesidad percentil 95
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento.	Se obtiene por medio de la ficha de identificación y se cataloga en: Años cumplidos al momento del estudio.	Cuantitativa	Discreta	1. Años
Sexo	Conjunto de características biológicas, físicas, fisiológicas y anatómicas que definen a los seres humanos como hombre y mujer	Se obtiene por medio de lo plasmado en la ficha de identificación el cual se caracteriza como hombre o mujer.	Cualitativa	Nominal	1. Hombre 2. 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.	Se obtiene por medio de la ficha de identificación que se entregara al inicio del estudio, la cual se clasifica en primaria, secundaria y preparatoria.	Cualitativa	Ordinal	1. Primaria 2. Secundaria 3. Preparatoria

VI.4 Universo de trabajo Tamaño de la muestra

Fórmula para poblaciones finitas

Una muestra de una proporción finita, con muestreo simple aleatorizado.

N	Total de la población	Q	1-p (1-0.05=0.95)
Zα	1.96 al cuadrado	D	Precisión (5%)
P	Proporción esperada (5%=0.05)		

$$n = \frac{N \cdot Z_a^2 \cdot p \cdot q}{d^2 \cdot (N-1) + Z_a^2 \cdot p \cdot q} = \frac{30,618 \times (1.96)^2 \times (0.08) \times (0.92)}{(0.05)^2 \cdot (30618-1) + (1.96)^2 \times (0.08) \times (0.92)}$$

n = 107 adolescentes

MUESTREO

probabilístico de tipo aleatorio simple.

VI.4.1 Criterios de inclusión

- Adolescentes, entre 10 y 19 años, con sobrepeso y obesidad.
- Adscritos a la UMF 62, de ambos turnos.
- Adolescentes que hayan firmado carta de asentimiento informado.
- Adolescentes cuyos padres hayan firmado la carta de consentimiento informado.

VI.4.2 Criterios de exclusión

- Adolescentes que los padres no acepten desde un inicio participar en el estudio.
- Adolescentes sanos, con peso y talla acorde a edad.
- Adolescentes con alguna enfermedad concomitante (hipotiroidismo, asma, síndrome de Cushing).
- Adolescentes que se encuentren bajo tratamiento médico como uso de esteroides hormonales orales, metformina antidepresivos o algún régimen nutricional.
- Adolescentes embarazadas.
- Adolescentes con estado civil casados o en unión libre.

- Adolescentes con estado depresivo ya establecido.

VI.4.3 Criterios de eliminación

- Adolescentes que por algún motivo los den de baja de la Unidad de Medicina Familiar 62.
- Adolescentes que posteriormente los padres no quieran continuar con el estudio.

VI.5 Instrumentos de investigación

Cuestionario de la Forma Corporal–16, BSQ-16

Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs

VI.5.1 Descripción

El Cuestionario de la Forma Corporal–16, BSQ-16 adaptado a población mexicana evalúa el grado de satisfacción corporal como satisfacción o insatisfacción, el cual consta de 34 reactivos con 6 opciones de respuesta, que van de Nunca, 0 puntos, a Siempre, 6 puntos. Si el resultado es mayor de 105 puntos el adolescente presenta insatisfacción corporal, si esta por debajo de este puntaje, se encuentran con satisfacción corporal.

Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs, el que consta de 27 ítems, con tres opciones de respuesta cada uno, con puntaje de 0 a 2 puntos, según la respuesta. Si se obtiene un puntaje mayor de 19 puntos el adolescente se categoriza con depresión, si este puntaje es menor de esto, no presenta depresión.

VI.5.2 Validación

Cuestionario de la Forma Corporal–16, BSQ-16 para satisfacción corporal muestra una confiabilidad de $\alpha=0.98$.

Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs muestra una confiabilidad de $\alpha=0.78$.

VI.5.3 Aplicación

El cuestionario de la Forma Corporal–16, BSQ-16 adaptado a población mexicana, consta de 34 ítems, con 6 opciones de respuesta que van de 1. Nunca hasta 6. Siempre, a mayor

puntaje, mayor insatisfacción corporal.

El cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs, el cual consta de 27 ítems, en el que los participantes eligen de entre 3 opciones, a mayor cantidad de puntaje se categoriza como depresión.

VI.6 Desarrollo del proyecto

Este estudio se realizó posterior a la aceptación del Comité Local de investigación 1402 del IMSS. Se invitó a ser parte del mismo a adolescentes, reuniéndolos en el aula de la Unidad de Medicina Familiar 62 para darles detalles del estudio, en donde se les explicó el motivo de este a realizar a cada adolescente y a sus padres acompañantes o tutores, así como la lectura y firma de aceptación del consentimiento y asentimiento informado. Posteriormente, a los adolescentes que aceptaron y firmaron la carta de asentimiento, previa firma y autorización de sus padres o tutores, se les aplicó el Cuestionario de la Forma Corporal-16, BSQ-16 adaptado a población mexicana, el cual consta de 34 ítems, con 6 opciones de respuesta que van de 1. Nunca hasta 6. Siempre, a mayor puntaje, mayor insatisfacción corporal, y el Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs, el cual consta de 27 ítems, en el que los participantes eligen de entre 3 opciones, a mayor cantidad de puntaje se categoriza como depresión. Posterior a tener los resultados se evaluó la asociación entre satisfacción corporal y el grado de depresión en los adolescentes estudiados, mediante la prueba estadística de chi cuadrada, en base al tamaño de la muestra obtenida con la fórmula para poblaciones finitas, en la cual da como resultado un número de 107 adolescentes, para después vaciar la información en una base de datos en el programa SPSS para su análisis.

VI.7 Límite de tiempo y espacio.

Se realizó durante el periodo enero-febrero 2020 en el aula de enseñanza de la UMF 62 del IMSS, ubicada en calle 16 de septiembre 39, CP. 54800, en el municipio de Cuautitlán de Romero Rubio del Estado de México.

VI.8 Diseño de Análisis estadístico

Análisis estadístico

Variables	Análisis
Cualitativa	Frecuencia y Porcentajes, Tablas, grafica de barras. Circulogramas
Cuantitativa	Tablas, histogramas, Medidas de Tendencia Central, Medidas de Dispersión
Asociación de variables	Chi cuadrada $p < 0.05$ IC 95%

VII. IMPLICACIONES ÉTICAS

Código de Núremberg

Como se menciona en la recomendación I, en este protocolo se solicitará el consentimiento informado para la participación del paciente de manera voluntaria.

En la recomendación IV, este protocolo no causara daños físicos, psicológicos ni daño innecesario.

Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación:

Principios éticos básicos.

1) Respeto por las personas.

- En este estudio se respeta la autonomía de los pacientes pues se les informa que son libres de expresar sus dudas o comentarios, así también si desearan no participar o una vez iniciada su participación suspender la misma, el adolescente se podrá retirar del presente estudio sin represalia alguna.

En este proyecto de investigación dentro de la población no se esperan pacientes con autonomía mermada, sin embargo, en caso de presentarse pacientes con dicha característica se les explicara con mayor cuidado y detenimiento, así también se les dejara claro que no habrá represalias si no deseara participar.

2) Beneficencia.

En este protocolo se aplica el principio de beneficencia como “no hacer daño” pues no se realizará ningún procedimiento ni se realizarán preguntas que puedan ocasionar algún daño

mental, se le procurará el máximo beneficio brindándole un espacio aislado y a puerta cerrada para mayor privacidad y tranquilidad al momento de aplicarle los cuestionarios y de esta disminuyendo el riesgo de alguna incomodidad.

3) Justicia.

Todos los pacientes realizarán el mismo proceso, se les aplicaran los instrumentos de medición y a todos se les otorgara al término la información respecto de sus resultados de manera individualizada, también a todos se les dará la misma información y oportunidades (exceptuando si hubiera personas con autonomía mermada a quienes se les concederán las condiciones antes mencionadas), así mismo se les orientara sobre las acciones a realizar en caso de que el participante presentara insatisfacción de su forma corporal.

APLICACIONES:

1. Consentimiento informado. Se le informará al paciente de los propósitos, riesgos y beneficios que se prevén, se verificará la comprensión de la información. Se le comenta que será voluntaria la participación.

2. Valoración de riesgos y beneficios. Este estudio es catalogado como riesgo mínimo, y el beneficio es el hecho de contribución a la comunidad y al área médica para poder conocer la asociación de satisfacción corporal y depresión en adolescentes con sobrepeso y obesidad, además las medidas que se pueden tomar en caso de que se encuentren alteraciones en los resultados de los instrumentos utilizados, así como los cambios pertinentes en su estilo de vida, así como envío al servicio pertinente en caso necesario.

3. Selección de los sujetos todos serán seleccionados por muestreo probabilístico aleatorizado simple, en este caso al tratarse de la misma encuesta para todos los pacientes no se prevé la probabilidad algún beneficio mayor para algún grupo.

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos:

Respecto de los párrafos 2 y 3, en el presente protocolo el investigador siempre promoverá y cuidará de la salud de los pacientes en todo el proceso de investigación pues en caso de que el paciente presentara alguna molestia se antepondrá el bienestar y decisión del paciente respetando su voluntad, si este ya no desea seguir participando. Párrafo 10 en el protocolo se protege la vida la salud la intimidad mediante la privacidad y confidencialidad tocada más afondo en los artículos pertinentes, y la dignidad de los pacientes tomando en

cuenta en todo momento su decisión y cuidando de su bienestar. Párrafo 16. En este caso se encuentra riesgo mínimo y un beneficio importante porque permitirá conocer la asociación entre satisfacción corporal y depresión en adolescentes con sobrepeso y obesidad, lo cual se publicará en un proyecto de investigación posterior a su análisis, cumpliendo con la exactitud de los datos de acuerdo al párrafo 27.

En párrafo 5 el estudio es de riesgo mínimo sin embargo al existir el riesgo de alguna incomodidad o si hubiera algún efecto indeseado de índole mental se suspendería la aplicación del instrumento de medición y el proceso de investigación en el sujeto afectado.

Párrafo 6. El propósito de este proyecto de investigación es de carácter preventivo ya que se pretende saber cuál es la asociación entre satisfacción corporal y depresión en adolescentes con sobrepeso y obesidad. Además, en este proyecto como procedimiento a realizar es la aplicación de dos instrumentos de medición, mismo que no generará costo para el sujeto en estudio, ya que los gastos de impresión y hojas se cubrirán por los investigadores. (Párrafo 7).

Párrafo 8 En este estudio se toma en consideración a los grupos vulnerables motivo por el cual en caso de sujetos que requieran apoyo para comprender las implicaciones de su participación en la investigación se les explicara con mayor detalle, así como se permitirá si así lo desea ser acompañado de algún familiar.

Párrafo 9. Este protocolo cumple con los requisitos éticos legales y jurídicos de acuerdo a los códigos internacionales y la ley general de salud.

Párrafo 11. Esta investigación se realizará teniendo como antecedente una amplia recopilación de material bibliográfico el cual consta de literatura internacional y nacional, así como las normas oficiales.

Párrafo 15. Este estudio (incluyendo la aplicación del banco de preguntas) será realizado por el investigador y colaborador siendo ambos, personal médico.

Párrafo 19. En este estudio la población se beneficiará al conocer la asociación de satisfacción corporal y depresión en adolescentes con sobrepeso y obesidad, y así conocer cuáles son las medidas que se tiene que tomar ante dicho problema, así como centros de ayuda para manejo del mismo.

Párrafos 20 Y 22. Se les informará a los pacientes en qué consistirá su participación, cuál es el objetivo de realizarlo, los posibles riesgos y los beneficios que traerá consigo la

realización de este estudio además también se les comentará que la participación será completamente voluntaria y no habrá represalias. Se solicitará y llenará consentimiento informado.

Párrafo 21. Se procederá de manera respetuosa en todo momento y durante todo el proceso se cuidará la confidencialidad e intimidad del sujeto, para resguardar la confidencialidad se resguardará la información por los investigadores y será anónima la encuesta ya que no se colocará nombre ni número de seguridad social, además la información se le otorgará únicamente al paciente si lo solicitara.

Párrafo 24. Debido al rango de edad y tipo de patología se incluyen únicamente a personas que se encuentren legalmente capaces.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (2014):

Con base al ARTÍCULO 13 cabe mencionar que durante este estudio en todo momento se respeta la dignidad y la decisión del individuo de participación o no en el proyecto, así como se le permitirá en todo momento tener acceso a la información y suspender su participación en caso de que así lo decida aun cuando este ya allá iniciado.

De acuerdo con el ARTÍCULO 14 se ajusta a los principios científicos y éticos que justifican esta investigación ya que en este caso el beneficio supera el riesgo, al ser riesgo mínimo y en cambio es un beneficio para la comunidad, a la unidad, así como la contribución al área médica y en el aspecto científico cumple con él, debido a que está justificado realizar el estudio por ser un tema de gran repercusión en la salud pública.

- Se otorgará un consentimiento voluntario al paciente para la participación en este protocolo de estudio el cual se ha redactado con base a lo dispuesto en el artículo 22 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.
- El estudio será realizado por el investigador responsable y colaborador a través de la aplicación de instrumentos de medición, cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs y Cuestionario de Forma Corporal-16, BSQ-16, adaptado a la población mexicana, por lo que se garantiza cumplir con este punto.
- Se presentará el formato de consentimiento informado al comité de ética para su valoración de acuerdo a su consideración y lineamientos buscando de esta manera

garantizar cumplir con todos los requisitos pertinentes y así evitar transgredir el Reglamento.

- Se solicitará permiso para la realización del proyecto al director de la unidad médica familiar 62 el Dr. Oscar Gómez Gómez, informando en qué consistirá el estudio y cuáles son los objetivos y riesgos, que conlleva.

De acuerdo al ARTÍCULO 15 se debe realizar un método aleatorio de selección. En este protocolo se utilizará un muestreo probabilístico aleatorizado simple. por lo cual se garantiza la asignación imparcial de participantes.

Como se menciona en el ARTÍCULO 16 se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, esto se realizará a través de ofrecerle un espacio exclusivo (en el aula de enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar 62), donde se le aplicarán los instrumentos de medición, Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs y Cuestionario de Forma Corporal-16, BSQ-16, adaptado a la población mexicana, estando presente en dicho espacio únicamente el entrevistador y el paciente y manteniendo esto a puerta cerrada a fin de garantizar la privacidad.

ARTÍCULO 17. El presente trabajo se considera de investigación con riesgo mínimo, debido a que los individuos que participarán en el estudio, únicamente, aportarán datos a través de una serie de preguntas, lo cual no provoca daños físicos y no se esperarían daños mentales.

Respecto al consentimiento informado estipulado en el ARTÍCULO 20 en este estudio, previo a la autorización o firma del consentimiento informado se le explicará el objetivo de realizar la investigación y se le informará el carácter libre de participación o no en dicho estudio, así como el hecho de que no habrá repercusión alguna si decide no participar, todo esto teniendo el cuidado de no generar presión ni coacción alguna.

De acuerdo con el ARTÍCULO 21 se le explicará al paciente de forma clara completa respecto a los siguientes puntos:

- La justificación de este estudio es dar a conocer la asociación que hay entre satisfacción corporal y depresión en adolescentes con sobrepeso y obesidad de la unidad de medicina familiar.

- Como procedimiento tenemos la aplicación de dos instrumentos de medición que constan de una serie de preguntas que nos ayudará a determinar la satisfacción corporal y la depresión en adolescentes.
- Este estudio es categorizado “con riesgo mínimo” y al ser únicamente contestar una serie de preguntas se informa que en caso de presentar molestias durante cualquier momento de la investigación debe informarlo y así se pueda intervenir, entendiéndose como molestias probables las derivadas de la contestación de la encuesta.
- Como beneficios de manera general se encuentra que, al conocer la asociación entre satisfacción corporal y depresión en adolescentes con sobrepeso y obesidad, este grupo de edad podrá saber a dónde acudir a recibir apoyo en caso de que así se lo requiera, así como modificaciones en su estilo de vida.
- El paciente podrá solicitar información acerca de su resultado o evolución en cualquier momento que así lo decida esto se especifica de forma escrita en el consentimiento informado y se hará de conocimiento de manera verbal previo al inicio del estudio.
- Se omitirá el nombre sustituyéndolo por iniciales únicamente para de esta manera incrementar el nivel de seguridad. Los datos serán resguardados por el investigador y/o colaborador por lo que nadie más debe tener acceso a dicha información.
- No se prevén gastos adicionales pues únicamente consiste en contestar una serie de preguntas las cuales se realizarán en el aula de la unidad de medicina familiar.

Cumpliendo con el ARTÍCULO 22 el consentimiento informado:

- Se utilizará el formato oficial del IMSS el cuál ha sido ajustado con las especificaciones necesarias para este caso en particular siendo estos ajustes realizados por investigador responsable y colaborador.
- Se realizará la presentación ante el comité de ética para su revisión a través de diapositivas en Power Point y se harán las modificaciones que se requieran, en caso necesario, para de esta manera asegurar cumplir con todos los requisitos.
- En el formato de consentimiento en este estudio se incluyen dos espacios para testigos en donde se les indicará colocar los datos antes mencionados, así como su firma.
- Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe. Además de los 2 espacios para testigos antes

mencionado donde deberán colocar además de sus datos su firma, se incluye también un rubro donde el paciente implicado deberá colocar sus datos y firma o huella en caso de aceptar la participación.

- Se le otorgará un duplicado al sujeto de estudio de dicho consentimiento.

VIII. ORGANIZACIÓN

El presente estudio inició con el Médico Residente de segundo año de Medicina Familiar Adan Salgado Orozco, quién con el apoyo de la investigadora principal el médico especialista en medicina familiar Araceli Gutiérrez Romero, se encargó de realizar la búsqueda de participantes, recopilación de información y aplicación de encuestas y análisis estadísticos, posteriormente se sometió a revisión por parte del investigador principal, quién apoyó con la revisión de estructura, estadísticas y conclusiones, todo esto realizado en el área de enseñanza de UMF 62 del IMSS.

VIII.1 RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS.

Concepto	Costo unitario	Cantidad	Total
Impresiones	\$0. ⁸⁰	600	\$480. ⁰⁰
Bolígrafo	\$5. ⁰⁰	4	\$20. ⁰⁰
Tabla porta hojas	\$50. ⁰⁰	10	\$500. ⁰⁰
Total			\$1000. ⁰⁰

IX. CRÉDITOS

Adolescentes derechohabientes de UMF 62 por aceptar participar en este estudio.

X. RESULTADOS

Referente a la asociación entre las variables insatisfacción corporal y con la presencia de depresión encontramos 13.4%, con un $(p=0.04)$. (Tabla 1, Gráfica 1). En la depresión y el estado nutricional se observó que la obesidad sin depresión se obtuvo 83.1% seguido de sobrepeso sin depresión 86.3%. (Tabla 2, Gráfica2). En cuanto a la escolaridad se encontró que el grupo que cursaba secundaria se afectó con 23% con depresión seguido del bachillerato con 11.7%. (Tabla 3, Grafica 3). En cuanto al sexo el mayor involucrado fue el femenino con 17.6% seguido con 11.9% masculino. (Tabla 4, Gráfica 4). La edad que mayor participación tuvo, fue 11 y 14 años con un 16.4%, seguido de 13 años con 15.5%. (Tabla 5, Gráfica 5). En el estado nutricional, se encontró que el 53.7% correspondió a obesidad. (Tabla 6, gráfica 6). Hablando referente al sexo, se encontró al femenino con 61.9%. (Tabla 7, Grafica 7). Al relacionar el estado nutricional y el sexo, se encontró a las mujeres con obesidad con 63.3%, seguidos de hombres con sobrepeso 61.9%. (Tabla 8, Gráfica 8). En cuanto a la relación que hay entre satisfacción corporal y el estado nutricional, se encontró que los adolescentes con obesidad tienen más insatisfacción corporal en un 66.2%. (Tabla 9, Gráfica 9). En la relación de la satisfacción corporal y la escolaridad, se observó que los adolescentes de primaria presentan mayor insatisfacción corporal en un 100%, seguido por bachillerato en un 79.5%. (Tabla 10, Gráfica 10). Relacionando la satisfacción corporal con el sexo, se encontró que los hombres presentan mayor insatisfacción corporal en un 69.1%. (Tabla 11, Gráfica 11).

XI. CUADROS Y GRÁFICAS

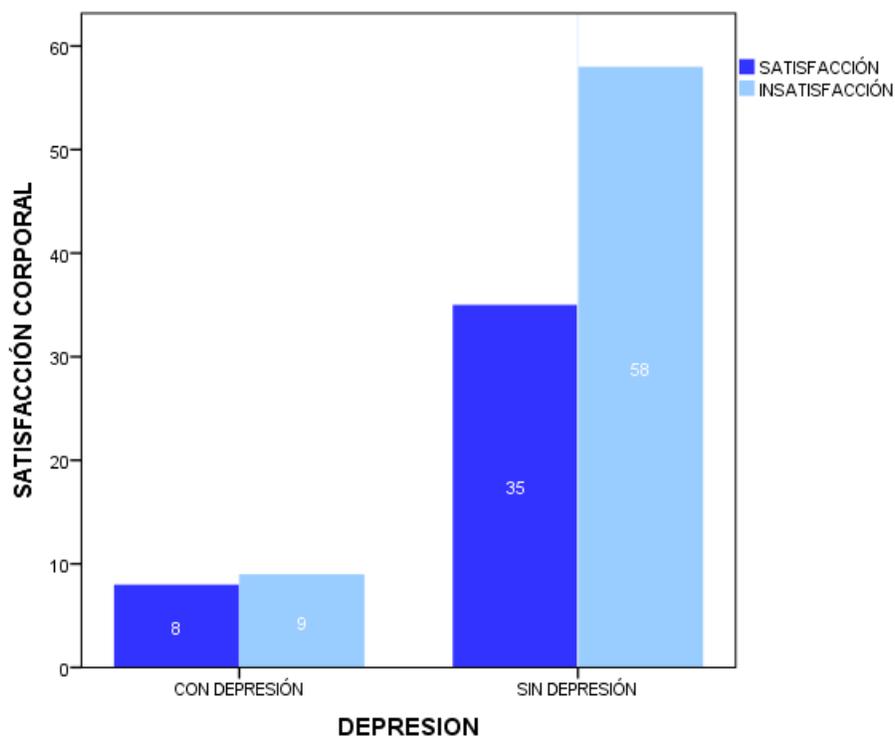
TABLA 1. Asociación de la Satisfacción corporal y Depresión en adolescentes con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 62.

SATISFACCION CORPORAL \ DEPRESION	SATISFACCION		INSATISFACCION		TOTAL		P
	FC	%	FC	%	FC	%	
CON DEPRESION	8	18.6	9	13.4	17	15.4	0.464
SIN DEPRESION	35	81.4	58	86.6	93	84.6	
TOTAL	43	100	67	100	110	100	

FUENTE: Encuestas.

SIMBOLOGIA: FC, Frecuencia; %, Porcentaje; P, Nivel de Significancia 0.05.

GRÁFICA 1. Asociación de la Satisfacción Corporal y Depresión en adolescentes con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 62.



Fuente: Tabla 1

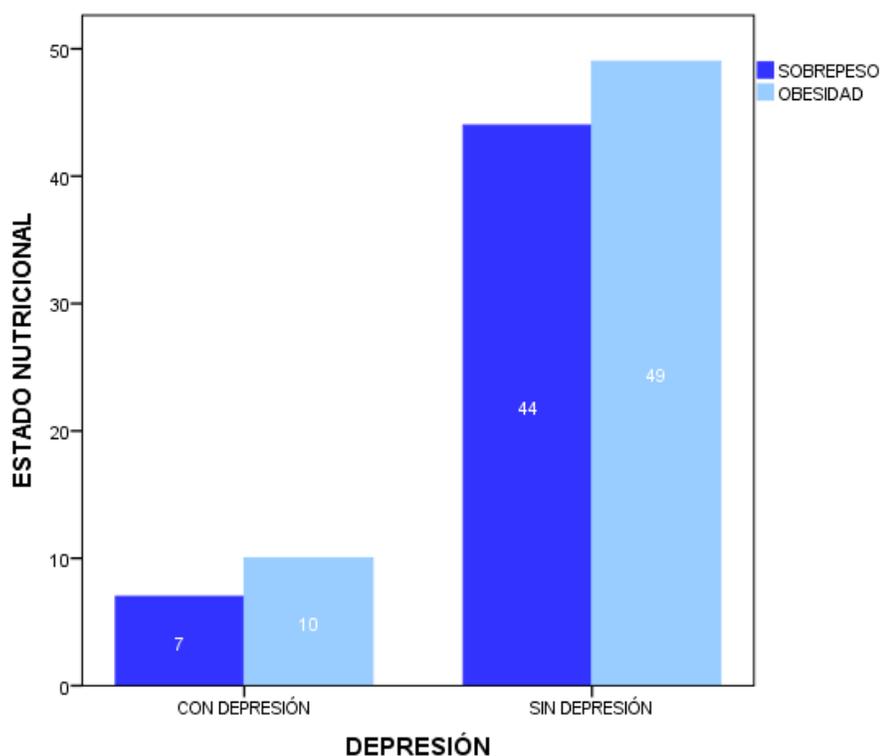
TABLA 2. Depresión en adolescentes con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 62 en el año 2020.

ESTADO NUTRICIONAL \ DEPRESION	SOBREPESO		OBESIDAD		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
CON DEPRESION	7	13.7	10	16.9	17	15.4
SIN DEPRESION	44	86.3	49	83.1	93	84.6
TOTAL	51	100	59	100	110	100

FUENTE: Encuestas.

SIMBOLOGIA: FC, Frecuencia; %, Porcentaje.

GRÁFICA 2. Depresión en adolescentes con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 62 en el año 2020.



Fuente: Tabla 2.

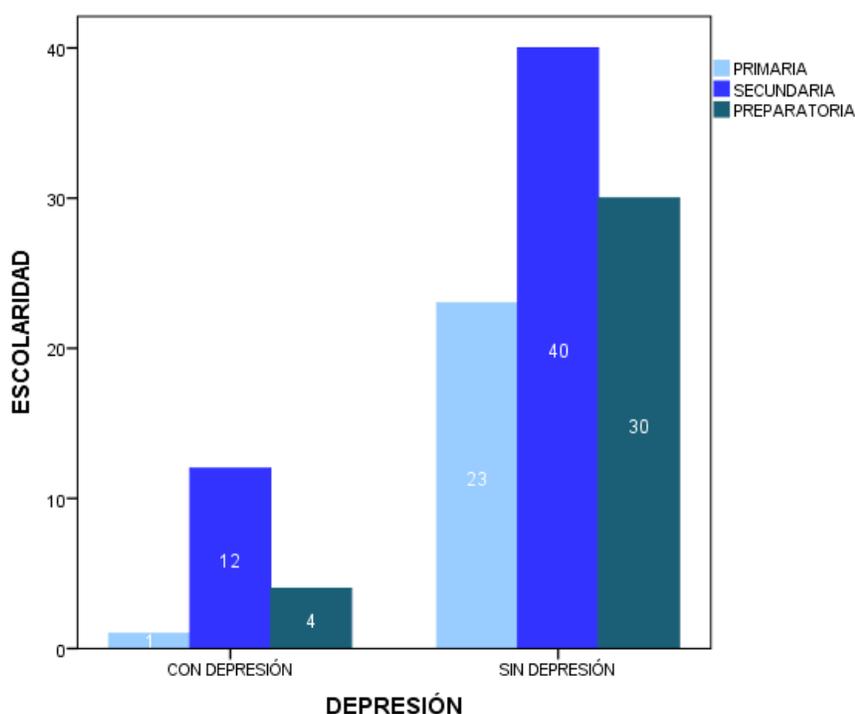
TABLA 3. Depresión por escolaridad en adolescentes de la Unida de Medicina Familiar 62 en el año 2020.

DEPRESION \ ESCOLARIDAD	PRIMARIA		SECUNDARIA		BACHILERATO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%
CON DEPRESION	1	4.1	12	23	4	11.7	17	15.4
SIN DEPRESION	23	95.9	40	77	30	88.3	93	84.6
TOTAL	24	100	52	100	34	100	110	100

FUENTE: Encuestas.

SIMBOLOGIA: FC, Frecuencia; %, Porcentaje.

GRÁFICA 3. Depresión por escolaridad en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar 62 en el año 2020.



Fuente: Tabla 3.

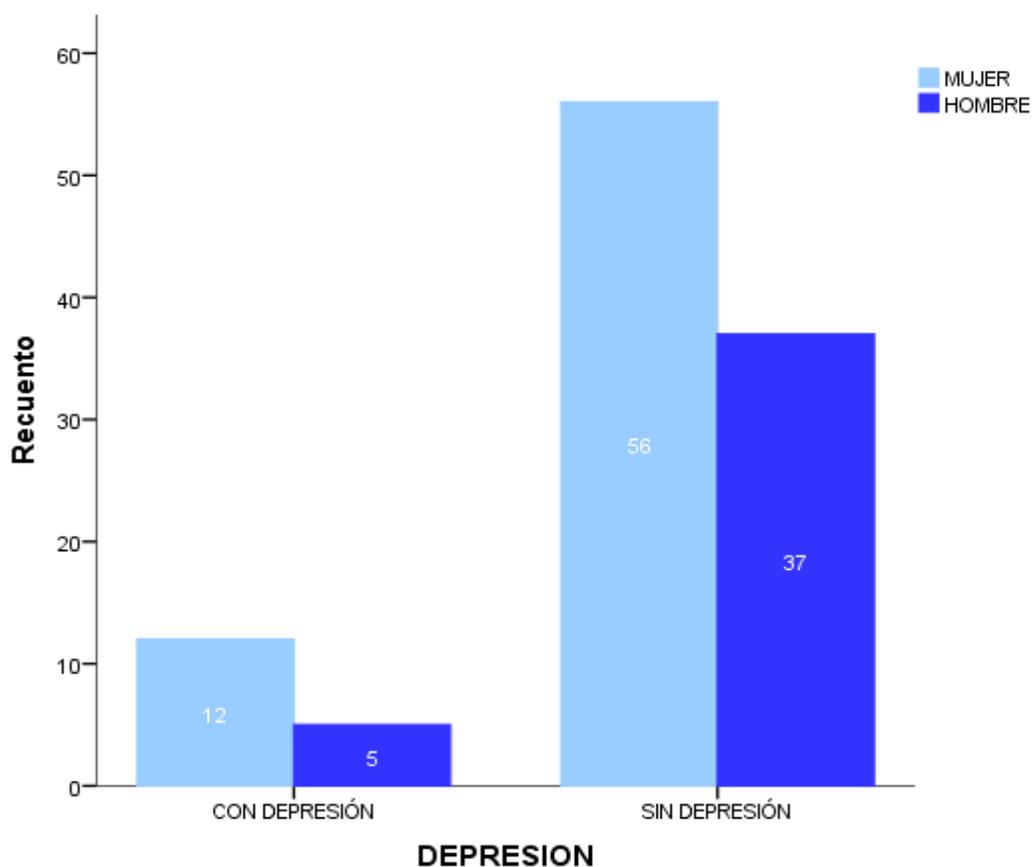
TABLA 4. Depresión por sexo en los adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar 62 en el año 2020.

SEXO \ DEPRESION	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
CON DEPRESION	5	11.9	12	17.6	17	15.4
SIN DEPRESION	37	88.1	56	82.4	93	84.6
TOTAL	42	100	68	100	110	100

FUENTE: Encuestas.

SIMBOLOGIA: FC, Frecuencia; %, Porcentaje.

GRÁFICA 4. Depresión por sexo en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar 62 en el año 2020.



Fuente: Tabla 4.

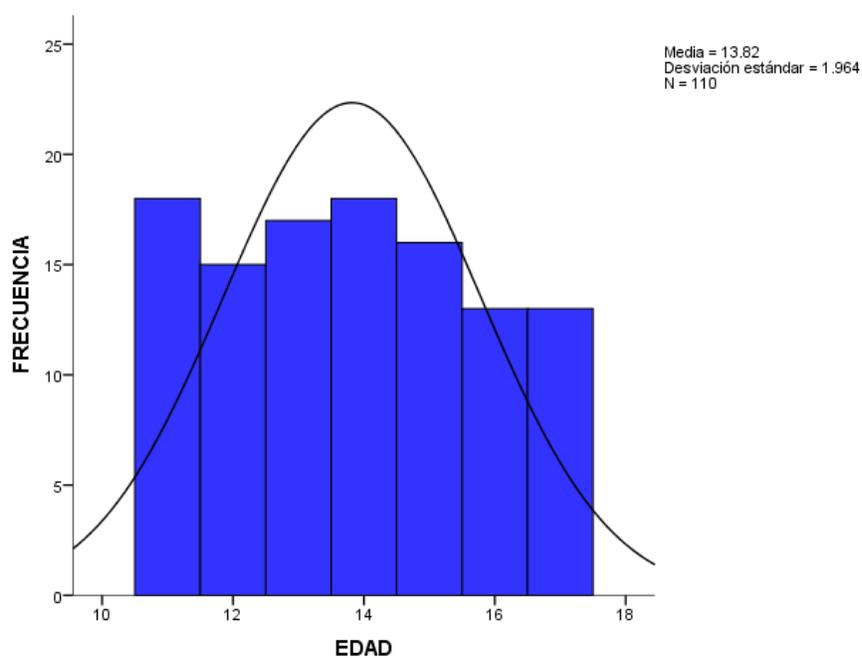
TABLA 5. Edad de los adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar 62 en el año 2020.

EDAD	FC	%
11 años	18	16.4
12 años	15	13.6
13 años	17	15.5
14 años	18	16.4
15 años	16	14.5
16 años	13	11.8
17 años	13	11.8
TOTAL	110	100

FUENTE: Ficha de identificación.

SIMBOLOGIA: FC, Frecuencia; %, Porcentaje.

GRÁFICA 5. Edad en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar 62 en el año 2020.



Fuente: Tabla 5.

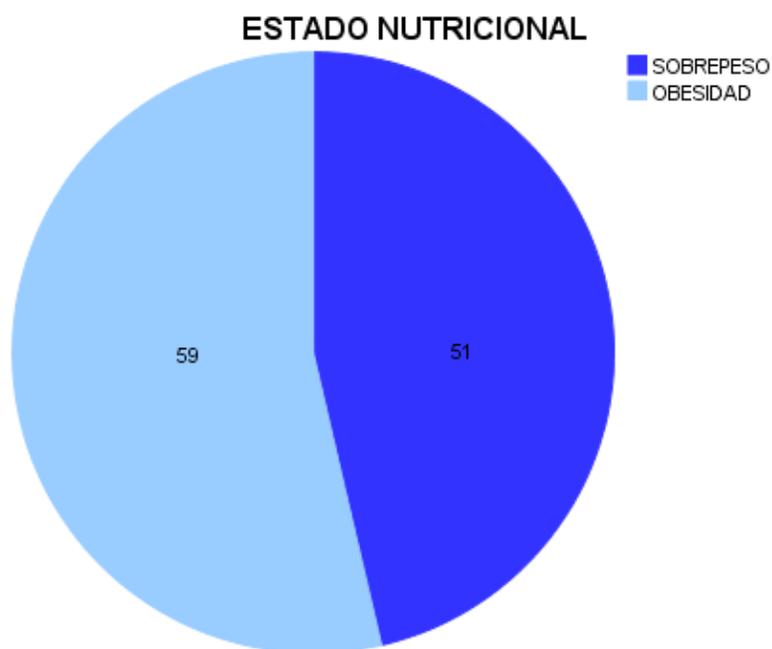
TABLA 6. Sobrepeso y obesidad en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar 62 en el año 2020.

ESTADO NUTRICIONAL	FC	%
SOBREPESO	51	46.3
OBESIDAD	59	53.7
TOTAL	110	100

FUENTE. Ficha de identificación.

SIMBOLOGIA: FC, Frecuencia; %, Porcentaje.

GRÁFICA 6. Sobrepeso y obesidad en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar 62 en el año 2020.



Fuente: Tabla 6.

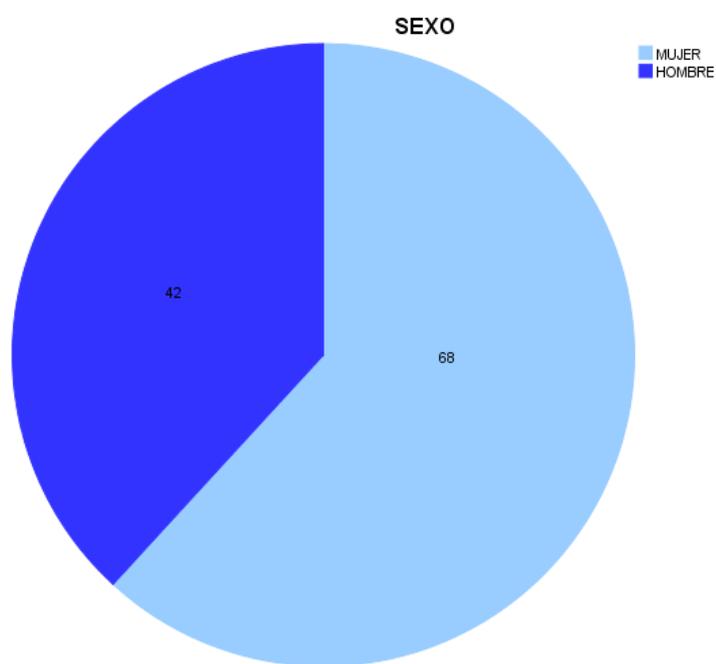
TABLA 7. Sexo en adolescentes con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 62 en el año 2020.

SEXO	FC	%
MASCULINO	42	38.1
FEMENINO	68	61.9
TOTAL	110	100

FUENTE: Ficha de identificación.

SIMBOLOGIA: FC, Frecuencia; %, Porcentaje.

GRÁFICA 7. Sexo en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar 62 en el año 2020.



Fuente: Tabla 7.

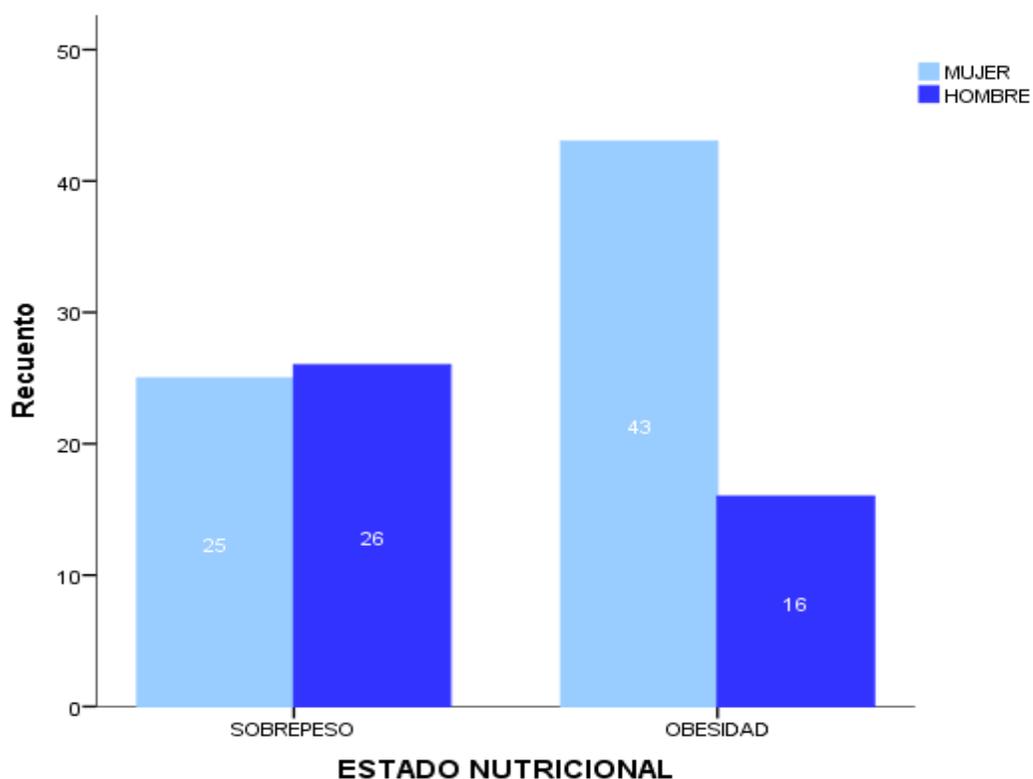
TABLA 8. Sobrepeso y obesidad de acuerdo al sexo en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar 62 en el año 2020.

ESTADO NUTRICIONAL	HOMBRE		MUJER		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
SOBREPESO	26	61.9	25	36.7	51	46.3
OBESIDAD	16	38.1	43	63.3	59	53.7
TOTAL	42	100	68	100	110	100

FUENTE. Ficha de identificación.

SIMBOLOGIA: FC, Frecuencia; %, Porcentaje.

GRÁFICA 8. Sobrepeso y obesidad de acuerdo al sexo en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar 62 en el año 2020.



Fuente: Tabla 8.

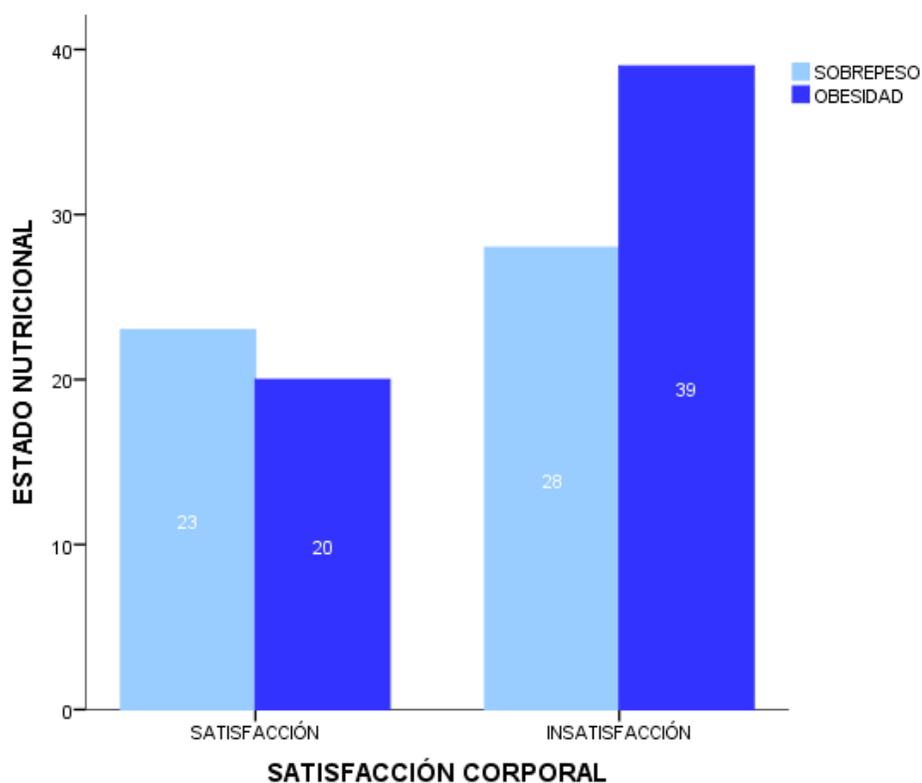
TABLA 9. Satisfacción corporal de acuerdo al estado nutricional en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar 62 en el año 2020.

ESTADO NUTRICIONAL \ SATISFACCION CORPORAL	SOBREPESO		OBESIDAD		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
SATISFACCION CORPORAL	23	45	20	33.8	43	39
INSATISFACCION CORPORAL	28	55	39	66.2	67	61
TOTAL	51	100	59	100	110	100

FUENTE: Encuestas.

SIMBOLOGIA: FC, Frecuencia; %, Porcentaje.

GRÁFICA 9. Satisfacción corporal de acuerdo al estado nutricional en adolescentes de la Unidad de Medicina Familiar 62 en el año 2020.



Fuente: Tabla 9.

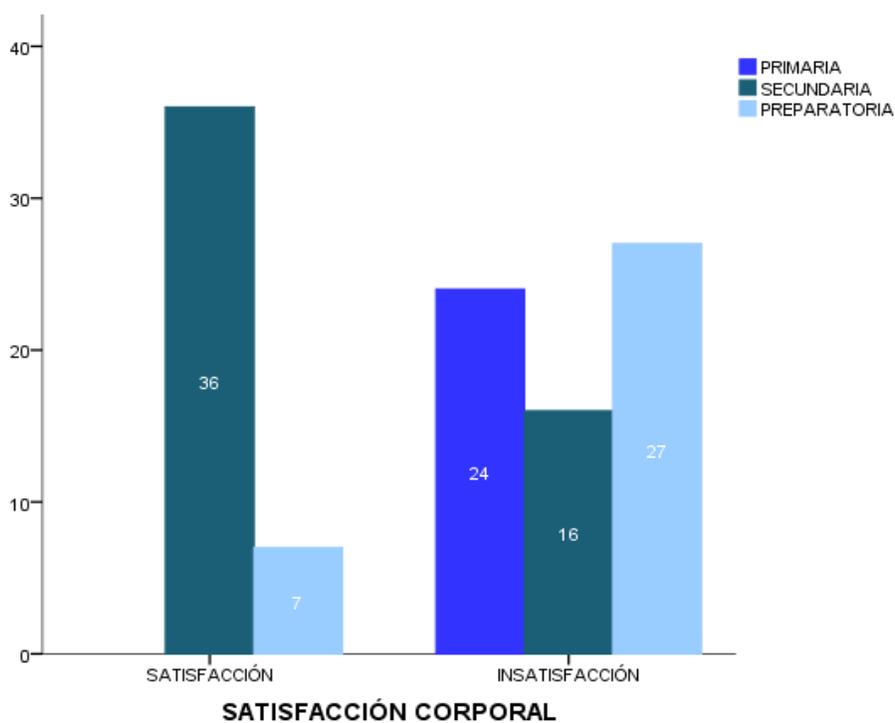
TABLA 10. Satisfacción corporal y escolaridad en adolescentes con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 62 en el año 2020.

ESCOLARIDAD	PRIMARIA		SECUNDARIA		BACHILLERATO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%	FC	%
SATISFACCION CORPORAL	0	0	36	69.2	7	20.5	43	39
INSATISFACCION CORPORAL	24	100	16	30.8	27	79.5	67	61
TOTAL	24	100	52	100	34	100	110	100

FUENTE: Encuestas.

SIMBOLOGIA: FC, Frecuencia; %, Porcentaje.

GRÁFICA 10. Satisfacción corporal y escolaridad en adolescentes con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 62 en el año 2020.



Fuente: Tabla 10.

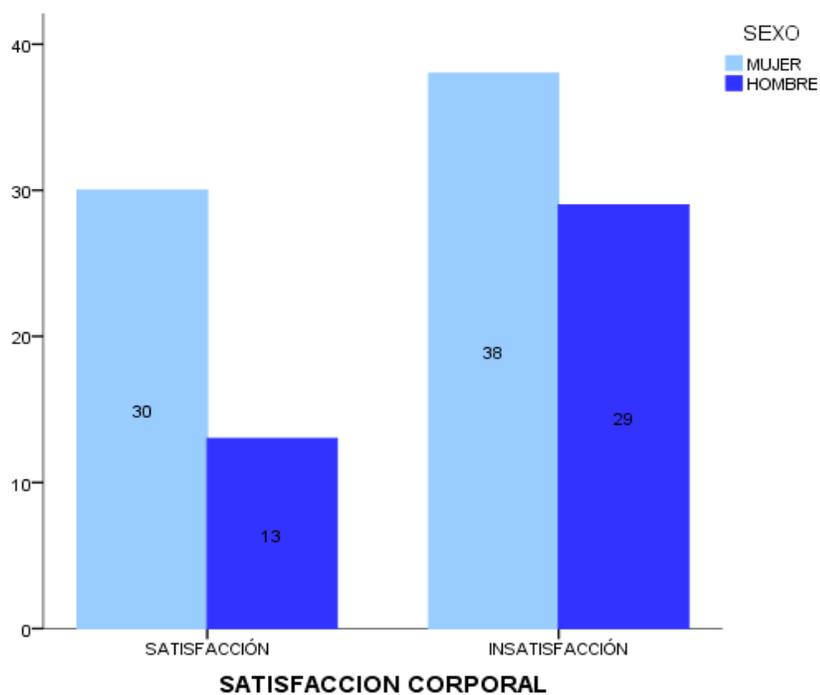
TABLA 11. Satisfacción corporal de acuerdo al sexo de los adolescentes con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 62 en el año 2020.

SEXO	MASCULINO		FEMENINO		TOTAL	
	FC	%	FC	%	FC	%
SATISFACCION CORPORAL	13	30.9	30	44.1	43	39
INSATISFACCION CORPORAL	29	69.1	38	55.9	67	61
TOTAL	42	100	68	100	110	100

FUENTE: Encuestas.

SIMBOLOGIA: FC, Frecuencia; %, Porcentaje.

GRÁFICA 11. Satisfacción corporal de acuerdo al sexo en adolescentes con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 62 en el año 2020.



Fuente: Tabla 11.

XII. DISCUSIÓN

Los resultados anteriormente comentados no mostraron una asociación entre la satisfacción corporal y la depresión en adolescentes con sobrepeso y obesidad lo que nos lleva a la necesidad de continuar el estudio de la causa de la depresión e insatisfacción corporal en nuestra población.

En el presente trabajo, de 110 adolescentes entre 10 y 19 años de edad, de la unidad de medicina familiar no. 62 del IMSS, se obtuvo 15% adolescentes con depresión, dicha alteración está relacionada con el mayor grado de obesidad como lo muestra Hernández Nava JP (2017) en donde se expuso a un 11.1% de los adolescentes que presentaron depresión también tenían un grado de sobrepeso u obesidad, concluyendo que el sobrepeso y obesidad son factores de riesgo para el desarrollo de depresión. Otro estudio realizado por Padilla-Téllez Eliud (2016), con 120 adolescentes, el 37.5% presentó sintomatología depresiva siendo de mayor prevalencia en mujeres, lo cual coincide con este estudio ya que de los adolescentes con sobrepeso y obesidad que se encontraron con depresión el 70.6% fueron mujeres.

En el estudio realizado por Ornelas HL (2016), tuvo como objetivo asociar la insatisfacción corporal con la baja autoestima en adolescentes con sobrepeso y obesidad, en escuelas primarias de la Ciudad de México, se concluyó que las niñas con obesidad están insatisfechas con su cuerpo, pero la obesidad, por sí misma, no conlleva baja autoestima ni síntomas de depresión lo cual se relaciona con los resultados expuestos anteriormente donde no hubo asociación entre la obesidad y la depresión. Sin embargo, en el presente estudio el mayor porcentaje de insatisfacción corporal se observó en adolescentes con obesidad lo cual se representó con un 58%.

XIII. CONCLUSIONES

La salud y la enfermedad no se distribuyen aleatoriamente entre la población, sino de acuerdo con diversos factores individuales, familiares y sociales. Tanto a nivel público como privado se han enfatizado en la prevención y tratamiento de enfermedades crónicas degenerativas e infecciosas ya que estas provocan un aumento en el gasto de salud pública pero olvidamos que el ser humano es una unidad biopsicosocial, el desarrollo de una enfermedad no depende únicamente de una estructura molecular ya que a medida que podemos enfatizar en la prevención primaria y secundaria para así evitar una terciaria, su cumplimiento se ve afectado por el entorno social del paciente, en este caso no se encontró una asociación de que la insatisfacción corporal o depresión sean la causa de la obesidad y el sobrepeso sin embargo es un factor de riesgo que puede contribuir al mal apego al tratamiento.

En México el incremento de enfermedades como el sobrepeso y obesidad van en aumento de forma exponencial lo que a futuro puede contribuir a diferentes alteraciones en el estado de ánimo de los adolescentes, lo cual puede favorecer alteraciones en la conducta alimentaria, malas relaciones interpersonales. Debemos considerar de forma prioritaria que la obesidad y el sobrepeso no llevan consigo únicamente problemas de salud a nivel fisiológico, se ha convertido en una pandemia con repercusiones sociales y económicas. Se ha observado que los niños y adolescentes que presentan algún episodio depresivo durante la edad adulta presentan mayor riesgo de continuarlo en la edad adulta no solo por la edad si no por la falta de detección temprana, es por eso que a pesar de no haberse encontrado una asociación en el presente estudio es importante realizar tamizaje oportuno para así poder canalizar a los adolescentes para recibir un tratamiento en tiempo y forma evitando se perpetúe una insatisfacción en su imagen corporal así como el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria como son el sobrepeso y la obesidad, trayendo consigo alteraciones metabólicas como diabetes mellitus 2 o cardiovasculares.

En este estudio la frecuencia de depresión e insatisfacción corporal fue mayor en mujeres sin embargo una causa puede atribuirse a la educación emocional que reciben los hombres impidiendo aun demostrar sus emociones de forma abierta. Además, a nivel mercadológico aún hay mayor peso en la imagen corporal ideal en las mujeres.

XIV. SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

Son muchos los estudios que intentan identificar las posibles causas de la insatisfacción corporal y la depresión en adolescentes sin embargo son enfermedades de origen multifactorial, por lo tanto, sería conveniente continuar analizando otros factores de riesgo asociados como lo son el tipo de familia, nivel socioeconómico y sociocultural, además del impacto tienen los medios de comunicación al originar una distorsión perceptiva de la imagen corporal.

La familia tiene un impacto importante en la concepción de un constructo para formar estrategias que fomenten el autocuidado sobre todo en el niño y adolescente, ya que lo que se genere a esta edad va a repercutir directamente en la vida adulta.

En el presente estudio únicamente se incluyeron adolescentes con algún grado de sobrepeso u obesidad sin embargo es importante incluir a todos los adolescentes independientemente de su estado nutricional ya que se ha observado que los adolescentes con peso normal con insatisfacción corporal presentan un mayor riesgo de desarrollar trastornos en la conducta alimentaria por lo que es importante detectarlas de forma oportuna para poder realizar una derivación a los diferentes servicios como terapia familiar, psicología o psiquiatría según amerite el caso para ofrecer un tratamiento integral al adolescente y a su familia.

Considero importante dar a conocer los signos y síntomas de depresión o insatisfacción corporal en los niños y adolescentes a los padres o tutores ya que por medio de ellos podemos iniciar un tamizaje, ya que difícilmente el adolescente acude solo a la consulta recordando que los adolescentes que presentan depresión en esta etapa de la vida presentan un mayor riesgo de dependencia a drogas, intentos suicidas, conducta desafiante en la edad adulta.

La imposición de un modelo estético de extrema delgadez, hace que la preocupación por la imagen corporal trascienda al mundo de la salud, tanto física, como mental por lo cual es importante establecer que tipo de anuncios tanto publicitarios mercadológicos y en las instituciones de salud son los adecuados para evitar se forme una percepción inadecuada de la imagen corporal “saludable”.

XV. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reyes J, García E, Gutiérrez J, Galeana M, Gutiérrez M. Prevalencia de la obesidad infantil relacionada con hábitos alimenticios y actividad física. *Rev Sanid Milit Mex* 2016;70: 87-94.
2. Shamah Levy T. El sobrepeso y la obesidad: ¿son una situación irremediable? *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2016.
3. López S, Rivera J, Pardo J, Muñoz M. Indicadores de condición física en escolares mexicanos con sobrepeso y obesidad. *Bol Med Hosp Infant Mex*. 2016.
4. Davila-Tores J, González-Izquierdo J, Barrera-Cruz A. Panorama de la obesidad en México. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2015;53(2):240-9.
5. Castañeda-Castaneira E, Ortiz-Pérez H, Robles-Pinto G, Molina-Frechero N. Consumo de alimentos chatarra y estado nutricional en escolares de la Ciudad de México. *Revista Mexicana de Pediatría*. 2016; 83(1), 15-19.
6. Hernández-Arteaga I, Rosero-Galindo C, Montenegro-Coral F. Obesidad: una pandemia que afecta a la población infantil del siglo XXI. Facultad de Medicina, Universidad Cooperativa de Colombia, Pasto, Colombia. 2015
7. Rausch Herscovici C, Kovalskys I. Childhood obesity. A review of school-based preventive interventions. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*. 2015; 6, 143-151.
8. Guzmán-Guzmán IP, et al. Prevalencia de síndrome metabólico en niños con y sin ella obesidad. *Med Clin (Barc)*. 2014.
9. Valle-Leal J, et al. Índice cintura-estatura como indicador de riesgo metabólico en niños. *Rev Chil Pediatr*. 2015.
10. Wollenstein-Seligson D, Iglesias-Leboreiro J, Bernardez-Zapata I, Braverman-Bronstein A. Prevalencia de sobrepeso y obesidad infantil en un Hospital Privado de la Ciudad de México. *Rev Mex Pediatr* 2016; 83(4):108-114.

11. Ibarzábal-Ávila M, et al. Obesidad infantil. Rev Invest Med Sur Mex. 2015; 22 (4): 162-168.
12. Ávalos M, Reynoso L, Colunga C, Oropeza R, González M. Relación del índice de masa corporal, actividades físicas y sedentarias en escolares. Revista Electrónica de Psicología Iztacala. 2014; 17(3).
13. Díaz Sánchez M, et al. La obesidad escolar. un problema actual. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición. 2016; 26(1), 137-156.
14. Zamudio-Solorio O, Muñoz-Arenillas R. Percepción de los padres respecto al sobrepeso y obesidad de sus hijos. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2016; 24(1):61-64.
15. Bermejo A, Orozco F, Ordóñez J, Parga C. Obesidad infantil, nuevo reto mundial de malnutrición en la actualidad. Universidad Libre Seccional Barranquilla, Biociencias. 2016; 11(2),27-36.
16. Acosta J, Medrano G, Duarte G, González S. Malos Hábitos Alimentarios y Falta de Actividad Física Principales Factores Desencadenantes de Sobrepeso y Obesidad en los Niños Escolares. CULCyT. 2014; 11(54).
17. Ávila M, Nava E. Frecuencia de dislipidemia en pacientes pediátricos con sobrepeso y obesidad. ACTA MÉDICA GRUPO ÁNGELES. 2016; 14(3).
18. Salazar-Preciado L, Larrosa-Haro A, Chávez-Palencia C, Lizárraga-Corona E. Disminución en los indicadores antropométricos de adiposidad en niños escolares como indicador de la transición nutricia en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2017;55(2):150-155.
19. Medrano G, Acosta J, Ruiz M, Vargas J. Principales Factores de Riesgo Cardiovascular en Escolares. CULCyT. 2014; 11(54). Especial No 1.

20. Villanueva-Sánchez J, Quintero-Gutiérrez A, González-Rosendo G. Early interventions to prevent childhood obesity: the case of Mexico. *An Real Acad Farm.* 2016. 82, Special Issue, 158-171.
21. Toledo-Domínguez I, Serna-Gutiérrez A, Díaz-Meza I, Lozoya-Villegas J, Tolano-Fierros E. Efecto de un programa de activación física sobre el índice de masa corporal y la aptitud física en escolares. *Journal of Sport and Health Research.* 2017; 9(2):199-210.
22. Liang J, et al. Parental control and overconsumption of snack foods in overweight and obese children. *Appetite* 100. 2016; 181-188.
23. Orgiles M, Samper M, Fernandez-Martinez I, Espada J. Depresión en preadolescentes españoles: Diferencias en función de las variables familiares. *Revista de Psicología Clínica en Niños y Adolescentes.* 2017; 4(2), 129-134.
24. González-Forteza C, Hermosillo C, Vacio-Muro M, Peralta R, Wagner F. Depresión en Adolescentes: Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2015;72(2):149---155.
25. Yáñez C, Rozo M, Avendaño B, Barraza L, Gutiérrez D, Sáñez N. Análisis psicométrico del Children's Depression Inventory-Short y porcentaje de niños y niñas colombianos con síntomas depresivos. *Cultura. Educación y Sociedad.* 2017; 8 (1), 25-42.
26. Zelaya de Migliorisi Lourdes. Depresión Infanto Juvenil: Un desafío profesional complejo. *Pediatría. (Asunción),* 2016; 43(2), 107 – 108.
27. Miranda I, Laborín J, Chávez-Hernández A, Sandoval S, Torres N. Propiedades psicométricas del CDI en una muestra no clínica de niños de la ciudad de Hermosillo, México. *Psicología y Salud,* 2016; 26(2): 273-282.
28. Planché D, Vera M, Campoverde A, Quito F. Insatisfacción corporal en adolescentes de primero de bachillerato del colegio "Herlinda Toral" durante el periodo 2016-2017. *Revista electrónica de Psicología Iztacala. UNAM.* 2017; 20. (3).

29. Cruz Licea V, Urbina Cedillo C, Alvear Galindo, Ortiz M, Hernández L, Morán Álvarez I. C. Percepción del cuerpo saludable y su relación con la insatisfacción corporal en adolescentes mexicanos. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 2018; 17(1), 23-29.
30. Guadarrama-Guadarrama R, Hernández-Nabor J, Veytia-López M. “Como me percibo y como me gustaría ser”, un estudio sobre la imagen corporal de los adolescentes mexicanos. *Revista de Psicología clínica con niños y adolescentes*. 2018; 5 (1), 37-43.
31. Cruzat-Mandich C, Diaz-Castrillon F, Lizana P, Aravena M, Haemmerli C. Diferencias en imagen corporal de jóvenes con normopeso y con sobrepeso/obesidad. *Nutrición Hospitalaria*. 2017; 34: 847-855
32. Hernández Nava JP, Joanico Morales B, Juanico Morales G, Salgado Jiménez MA Ingrid Zaragoza Ruiz I. Depresión y factores asociados en niños y adolescentes de 7 a 14 años de edad. *Aten Fam*. 2020:27-(1)38-42.
33. Padilla-Téllez Eliud, Ruiz García Javier, Rodríguez-Orozco Alain R. Asociación depresión-obesidad. *Salud Pública México*. 2016; 51(4): 275-276.
34. Moreno Martínez, M.A., Martínez Aguilar, M^a L., Et.al. (2018). Relación entre obesidad y depresión en adolescentes *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 22(51).
35. Luis Humberto Blanco Ornelas, José Leandro Tristán Rodríguez, Daniel Mayorga-Vega, Martha Ornelas Contreras. Insatisfacción Corporal y Baja Autoestima en Adolescentes con Sobrepeso y Obesidad. *Retos*, número 30, 2016 (2º semestre).
36. Gisela Pineda-García, Gilda Gómez-Peresmitré, Silvia Platas Acevedo, Virginia Velasco Ariza. El cuerpo: percepción de atractivo, insatisfacción y alteración en adolescentes de la frontera mexicana del noroeste. *Psicología y Salud*, Vol. 27, Núm. 2: 155-166, julio-diciembre de 2017.
37. Reyna Sámano, Ana Lilia Rodríguez-Ventura, Bernarda Sánchez-Jiménez, Et.al. Satisfacción de la imagen corporal en adolescentes y adultos mexicanos y su relación con la autopercepción corporal y el índice de masa corporal real. *Nutrición Hospitalaria*. 2015;31(3):1082-1088.



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 (adultos)

Nombre del estudio:	"SATISFACCIÓN CORPORAL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 62"
Patrocinador externo (si aplica) *:	No aplica
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar 62, Av. 16 de Septiembre No. 39, Col. Guadalupe, CP 54800, Cuautitlán, México. 2020
Número de registro institucional:	R-2020-1402-001
Justificación y objetivo del estudio:	Este estudio se realiza para conocer a detalle el problema que presentan la mayoría de los adolescentes con sobrepeso u obesidad, al no estar de acuerdo con la forma de su cuerpo, que los puede llevar a presentar un estado de tristeza, ya sea por ver la forma de su cuerpo de una manera alterada, por los comentarios o agresiones por parte de sus compañeros de escuela o incluso por el tipo de personas que se observan en medios televisivos, donde las personas que sufren sobrepeso y obesidad no son aceptados. Estos estados de tristeza los puede llevar a cambiar su alimentación e incluso a presentar alteraciones en su comportamiento por el hecho de tratar de verse mejor. Finalmente, el objetivo de este estudio es conocer que tan de acuerdo está usted con la forma de su cuerpo y si presentan alteraciones en su estado de ánimo por esta situación.
Procedimientos:	Deberá contestar por escrito dos cuestionarios, el primero para saber qué tan de acuerdo están con su forma de su cuerpo, y el segundo para saber si está presentando un estado de tristeza. Si alguna persona le resulta incomoda puede dejar de contestar en cualquier momento.
Posibles riesgos y molestias:	El presente estudio se cataloga como "Riesgo mínimo", ya que solamente se realizará una serie de preguntas las cuales no se espera que tengan alguna repercusión a nivel psicológico, sin embargo, consideramos que pueden ocasionar incomodidad o malestar.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con este estudio queremos conocer si el adolescente está de acuerdo con la forma de su cuerpo y si existe algún grado de tristeza tras presentar sobrepeso y obesidad. Y en caso de que se detecte que no está de acuerdo con la forma de su cuerpo o existe algún grado de tristeza, se le informará a su médico familiar, con autorización previa del paciente para que valore el envío a nutrición y al servicio de psicología de su hospital general de zona correspondiente, en caso de que así lo requieran, mediante una hoja de referencia.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados serán resguardados por el investigador, y se otorgan únicamente al adolescente de forma individual, en caso de que el paciente lo solicite.
Participación o retiro:	Se podrá retirar de forma voluntaria del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin ninguna presión al padre o al adolescente.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador se compromete a guardar los resultados de su información, obtenida en las encuestas, de esta manera nadie tendrá acceso a esta, únicamente se le dará a usted, así como la aplicación de las preguntas se realizará en el aula de enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar 62 de manera individual y con puerta cerrada estando presente solo el investigador y paciente a fin de garantizar la privacidad.

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 estudios 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: Dra. Araceli Gutiérrez Romero, Matricula 97153781 Teléfono: 5551380427, correo araceli.gutierrezr@imss.gob.mx

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse al Dr. Sandoval Launa Enrique presidente del comité de ética del CLIE del IMSS: Avenida Circunvalación s/n Cuautitlán Izcalli CP 54769 Teléfono: 5553101705 Correo Electrónico: Dr.es10@yahoo.com.mx

Dr. Adan Salgado Orozco. Residente de 3er año UMF 62

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: 2810-009-013



**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:	"SATISFACCIÓN CORPORAL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 62"
Patrocinador externo (si aplica) *:	No aplica.
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina Familiar 62, Av. 16 de Septiembre No. 39, Col. Guadalupe, CP 54800, Cuautitlán, México. 2020
Número de registro institucional:	R-2020-1402-001
Justificación y objetivo del estudio:	Este estudio se realiza para conocer a detalle el problema que presentan la mayoría de los adolescentes con sobrepeso u obesidad, al no estar de acuerdo con la forma de su cuerpo, que los puede llevar a presentar un estado de tristeza, ya sea por ver la forma de su cuerpo de una manera alterada, por los comentarios o agresiones por parte de sus compañeros de escuela o incluso por el tipo de personas que se observan en medios televisivos, donde las personas que sufren sobrepeso y obesidad no son aceptados. Estos estados de tristeza los puede llevar a cambiar su alimentación e incluso a presentar alteraciones en su comportamiento por el hecho de tratar de verse mejor. Finalmente, el objetivo de este estudio es conocer que tan de acuerdo está usted con la forma de su cuerpo y si presentan alteraciones en su estado de ánimo por esta situación.
Procedimientos:	Deberá contestar por escrito dos cuestionarios, el primero para saber qué tan de acuerdo están con su forma de su cuerpo, y el segundo para saber si está presentando un estado de tristeza. Si alguna persona le resulta incomoda puede dejar de contestar en cualquier momento.
Posibles riesgos y molestias:	El presente estudio se cataloga como "Riesgo mínimo", ya que solamente se realizará una serie de preguntas las cuales no se espera que tengan alguna repercusión a nivel psicológico, sin embargo, consideramos que pueden ocasionar incomodidad o malestar.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Con este estudio queremos conocer si el adolescente está de acuerdo con la forma de su cuerpo y si existe algún grado de tristeza tras presentar sobrepeso y obesidad. Y en caso de que se detecte que no está de acuerdo con la forma de su cuerpo o existe algún grado de tristeza, se le informará a su médico familiar, con autorización previa del paciente para que valore el envío a nutrición y al servicio de psicología de su hospital general de zona correspondiente, en caso de que así lo requieran, mediante una hoja de referencia.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados serán resguardados por el investigador, y se otorgan únicamente al adolescente de forma individual, en caso de que el paciente lo solicite.
Participación o retiro:	Se podrá retirar de forma voluntaria del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin ninguna presión al padre o al adolescente.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador se compromete a guardar los resultados de su información, obtenida en las encuestas, de esta manera nadie tendrá acceso a esta, únicamente se le dará a usted, así como la aplicación de las preguntas se realizará en el aula de enseñanza de la Unidad de Medicina Familiar 62 de manera individual y con puerta cerrada estando presente solo el investigador y paciente a fin de garantizar la privacidad.

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 estudios 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: Dra. Araceli Gutiérrez Romero, Matricula 97153781 Teléfono: 5551380427, correo araceli.gutierrezr@imss.gob.mx

Colaboradores:

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse al Dr. Sandoval Launa Enrique presidente del comité de ética del CLIE del IMSS: Avenida Circunvalación s/n Cuautitlán Izcalli CP 54769 Teléfono: 5553101705 Correo Electrónico: Dr.esl10@yahoo.com.mx

Dr. Adan Salgado Orozco. Residente de 3er año UMF 62

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: 2810-009-013



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 17 años)

Nombre del estudio: “SATISFACCIÓN CORPORAL Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 62”

Número de registro institucional R-2020-1402-001

Objetivo del estudio y procedimientos: **Objetivo. Asociar la satisfacción corporal y la depresión en adolescentes con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar 62. Procedimientos. Se procederá a aplicar el Cuestionario de la Forma Corporal-16, BSQ 16 adaptado a población mexicana, y el Cuestionario de Depresión Infantil de Kovacs.**

Hola, mi nombre es Adan Salgado Orozco y trabajo en el Instituto Mexicano del Seguro Social. Actualmente estamos realizando un estudio para conocer acerca de Este estudio se realiza para conocer a detalle el problema que presentan la mayoría de los adolescentes que presentan sobrepeso u obesidad, al no estar de acuerdo con la forma de su cuerpo, que los puede llevar a presentar un estado desánimo o tristeza, ya sea por ver la forma de su cuerpo de una manera alterada, por los comentarios o agresiones por parte de sus compañeros de escuela o incluso por el tipo de personas que se observan en medios televisivos, donde las personas que sufren sobrepeso y obesidad no son aceptadas. Este estado de desánimo y tristeza los puede llevar a cambiar su alimentación e incluso a presentar alteraciones en su conducta por el hecho de tratar de verse mejor. y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en Responder 2 cuestionarios que se te darán a continuación, el primero para saber qué tan de acuerdo estas con la forma de tu cuerpo y el segundo para saber si estas presentando un estado de desánimo o tristeza por esta situación.

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 cuadrito de abajo que dice “Sí quiero participar” y escribe tu nombre. Si **no** quieres participar, déjalo en blanco.

Sí quiero participar

Nombre: _____

Nombre y firma de la persona que obtiene el asentimiento: Dra. Araceli Gutiérrez Romero Matricula: 97153781 Tel. 5551380427 Correo: Araceli.gutierrezr@imss.gob.mx

Fecha: _____

Clave: 2810-009-014

ANEXO 5

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN DEL ESTADO DE MÉXICO ORIENTE
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
COORDINACIÓN CLÍNICA DE INVESTIGACIÓN EN SALUD
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 62

**“SATISFACCION CORPORAL Y DEPRESION EN ADOLESCENTES CON
SOBREPESO Y OBESIDAD DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 62”**

Instructivo: Favor de responder lo que se pregunta a continuación. La información que se obtenga en el siguiente cuestionario será confidencial.

Fecha: _____ / _____ / _____

Edad: _____

Sexo: _____

Escolaridad: _____

Peso: _____

Talla: _____

IMC: _____

ANEXO 6

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL Y ADOLESCENTE – CDI DE KOVACS

Instrucciones: Favor de responder con una "X" el siguiente cuestionario, solo elige una de las opciones de cada pregunta.

1	Estoy triste de vez en cuando	Estoy triste muchas veces	Estoy triste siempre
2	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 ocurrirán cosas malas
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 solo de vez en cuando	Me divierto en el colegio muchas veces
22	Tengo muchos amigos	Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener mas	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 podre 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

ANEXO 7

CUESTIONARIO DE LA FORMA CORPORAL-16 (BSQ-16)

Nos gustaría saber tu opinión respecto a tu cuerpo. Lee cada pregunta y señala con una "X" la casilla que consideres que corresponde a la respuesta más adecuada.

	Nunca	Es raro	A veces	A menudo	Muy a menudo	Siempre	Total
¿Cuándo te aburres, te preocupas por tu figura?							
¿Has estado preocupada/o por tu figura que has pensado en ponerte a dieta?							
¿Has pensado que tus muslos, caderas o glúteos son demasiado grandes en proporción al resto de tu cuerpo?							
¿Has tenido miedo a convertirte en gordo/a (o más gordo/a)?							
¿Te ha preocupado el que tu piel no sea suficientemente firme?							
Sentirte lleno (después de la comida), ¿te ha hecho sentir gordo/a?							
¿Te has sentido tan mal con tu figura que has llorado por ello?							
¿Has evitado correr para que tu piel no saltara?							
¿Estar con gente delgada te ha hecho reflexionar sobre tu figura?							
¿Te has preocupado por el hecho de que tus muslos se ensanchen cuando te sientas?							
¿El solo hecho de comer una pequeña cantidad de alimento te ha hecho sentir gordo/a?							
¿Te has fijado en la figura de otros jóvenes y has comparado la tuya con la de ellos desfavorablemente?							
¿Pensar en tu figura ha interferido en tu capacidad de concentración? (cuando ves televisión, leyendo o conversando)							
Estar desnudo cuando te bañas, ¿te ha hecho sentir gordo/a?							
¿Has evitado llevar ropa que marcasen tu figura?							
¿Te has imaginado cortando partes grasas de tu cuerpo?							
Comer dulces, pasteles u otros alimentos altos en calorías, ¿te han hecho sentir gordo/a?							
¿Has evitado ir a actos sociales (por ejemplo, una fiesta), porque te has sentido mal respecto a tu figura?							
¿Te has sentido excesivamente gordo/a y lleno/a?							
¿Te has sentido acomplejado/a por tu cuerpo?							
La preocupación por tu figura, ¿te ha inducido a ponerte a dieta?							
¿Te has sentido más a gusto con tu figura cuando tu estómago estaba vacío (por ejemplo, por la mañana)?							
¿Has pensado que tienes la figura que tienes a causa de tu falta de autocontrol? (que no puedes controlar el comer menos)							
¿Te ha preocupado que la gente vea "lilitas" en tu cintura?							
¿Has pensado que no es justo que otros chavos/as sean más delgados/as que tú?							
¿Has vomitado para sentirte más delgado/a?							
Estando en compañía de otras personas, ¿te ha preocupado ocupar demasiado espacio (Ej. En un autobús)?							
¿Te ha preocupado que tu piel tenga celulitis?							
Verte reflejado/a en un espejo ¿te hace sentir mal respecto a tu figura?							
¿Has pellizcado zonas de tu cuerpo para ver cuanta grasa hay?							
¿Has evitado situaciones en las cuales la gente pudiera ver tu cuerpo (albercas, baños, vestidores)?							
¿Has tomado laxantes para sentirte más delgado/a?							
¿Te has fijado más en tu figura cuando estas en compañía de otra gente?							
¿La preocupación por tu figura te hace pensar que deberías hacer ejercicio?							