



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES  
CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 1

**“ASOCIACIÓN ENTRE LA ADICCIÓN A LA COMIDA Y  
DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES”**

TESIS PRESENTADA POR  
**CINTHYA SELENE GÓMEZ LÓPEZ**

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
**MEDICINA FAMILIAR**

ASESOR:  
**DRA. LOURDES ANDRADE NAVARRO**

AGUASCALIENTES, AGUASCALIENTES, A MARZO DE 2023.

### CARTAS DE APROBACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



#### Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación **1018**  
H GRAL ZONA NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 01 001 038**  
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 01 CEI 001 2018082**

FECHA **Viernes, 24 de febrero de 2023**

**Dra. Lourdes Andrade Navarro**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Asociación entre la adicción a la comida y depresión en médicos residentes** que sometió a consideración para evaluación para este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional  
Sin número de registro

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

ATENTAMENTE

**M.C. Sarahi Estrella Maldonado Paredes**  
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 1018

Imprimir

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SALUD SOCIAL



AGUASCALIENTES, AGS, A 27 DE FEBRERO DE 2023

**DR. SERGIO RAMIREZ GONZALEZ**  
**DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**PRESENTE**

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

**DRA. CINTHYA SELENE GÓMEZ LÓPEZ**

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**"ASOCIACIÓN ENTRE LA ADICCIÓN A LA COMIDA Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS  
RESIDENTES"**

Número de Registro: **R-2023-101-007** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**.

La **Dra. Cinthya Selene Gómez López** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

**ATENTAMENTE:**

  
**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR**  
**COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD**



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA  
DE AGUASCALIENTES



**CARTA DE APROBACIÓN DE TRABAJO DE TESIS**

AGUASCALIENTES, AGS, A 27 DE FEBRERO DE 2023

**COMITÉ DE INVESTIGACIÓN Y ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN SALUD 101  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No.1, AGUASCALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que la Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes.

**DRA. CINTHYA SELENE GÓMEZ LÓPEZ**

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**"ASOCIACIÓN ENTRE LA ADICCIÓN A LA COMIDA Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS  
RESIDENTES"**

Número de Registro **R-2023-101-007** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS.**

La **Dra. Cinthya Selene Gómez López** asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que se proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquiera aclaración.

**ATENTAMENTE:**

**Dra. Lourdes Andrade Navarro**  
**DIRECTOR DE TESIS**

Dictamen de Aprobado CLIES 101



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 30/03/23

NOMBRE: GÓMEZ LÓPEZ CINTHYA SELENE ID 117701

ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR LGAC (del posgrado): ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

TIPO DE TRABAJO: ( X ) Tesis ( ) Trabajo práctico ASOCIACIÓN ENTRE LA ADICCIÓN A LA COMIDA Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES

TÍTULO: IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): IDENTIFICACIÓN DE AFECCIONES EN SALUD MENTAL EN RESIDENTES

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI Cumpe con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estancia, etc)
SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI Coincide con el título y objetivo registrado
SI Tiene el CVU del Conacyt actualizado
NA Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

SI X

No

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

MCB.E SILVIA PATRICIA GONZÁLEZ FLORES

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

DR. SERGIO RAMÍREZ GONZÁLEZ

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: ... Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

## AGRADECIMIENTOS

A mi esposo, Daniel, quien ha estado en los peores y en los mejores momentos de este arduo camino, porque nunca se apartó de mi lado y, con su apoyo y motivación constante me permitió lograr esta meta tan importante.

A mi hijo Vladimir, que pasado días y noches sin su mamá, y siempre me recibió con una sonrisa y un abrazo, por consolarme después de las noches de desvelo e infundirme valor para terminar mi especialidad.

A mis padres, Mario e Imelda que con amor siempre han sido mi apoyo incondicional y el impulso esencial lograr mis metas personales y profesionales. Porque nunca descuidaron a mi familia, aunque estuve lejos y sin su ejemplo nada de esto hubiera sido posible.

A mis suegros Flor y Alfredo quienes nunca descuidaron a mi familia cuando tenía que estar lejos.

A mis amigos, familia y compañeros de la residencia quienes me impulsaron para seguir adelante a pesar de las adversidades.

A mi asesora de tesis la Dra. Lourdes Andrade Navarro quien en el último instante me dirigió por el camino adecuado y mi coordinadora la Dra. Evelyn Larraga, por ser una guía y apoyo tanto en lo personal como en la elaboración de este proyecto.

A todos los profesores y docentes que marcaron una huella importante en mi persona y formación como médico familiar.

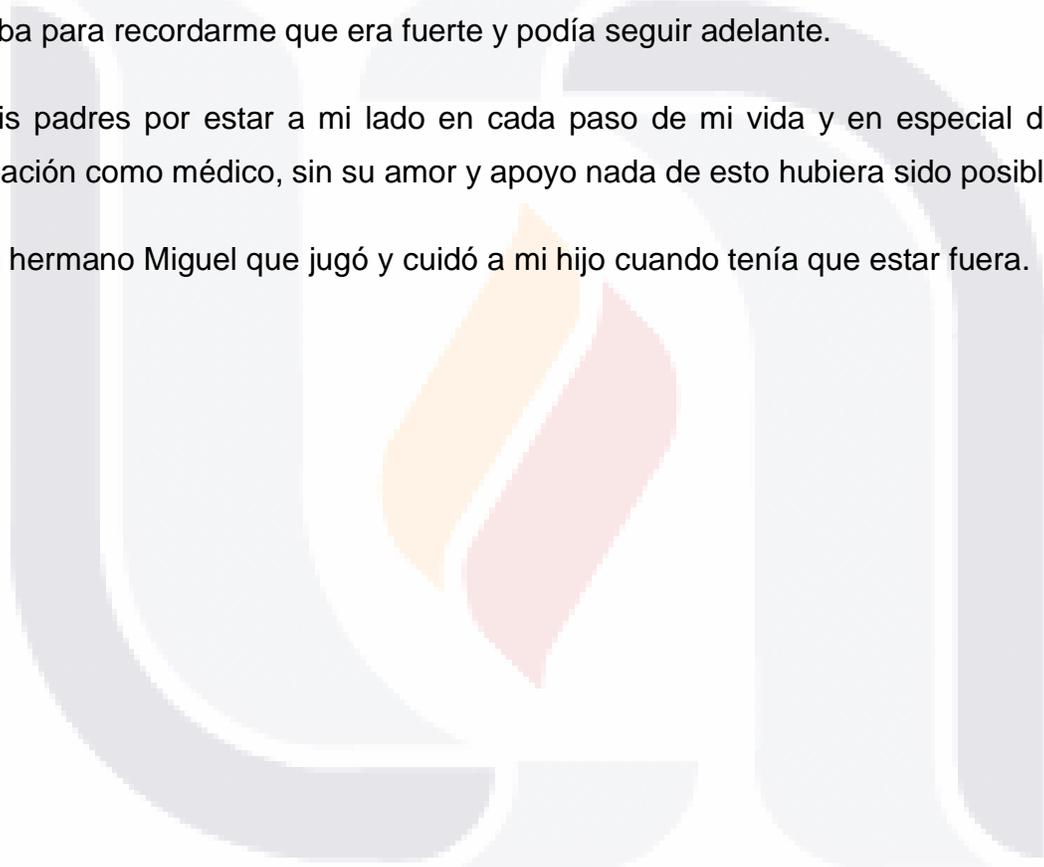
## DEDICATORIAS

A mi esposo Daniel quien cuando yo flaqueaba él estaba a mi lado para ayudarme a levantarme, que siempre me cuidó cuando necesité de apoyo y nunca se apartó de mi lado.

A mi hermoso hijo Vladimir que cuando se borraba la sonrisa de mi rostro él siempre estaba para recordarme que era fuerte y podía seguir adelante.

A mis padres por estar a mi lado en cada paso de mi vida y en especial de mi formación como médico, sin su amor y apoyo nada de esto hubiera sido posible.

A mi hermano Miguel que jugó y cuidó a mi hijo cuando tenía que estar fuera.



## INDICE

1. INTRODUCCIÓN .....	6
2. MARCO TEORICO.....	7
2.1. Antecedentes científicos .....	7
2.2. Modelos y Teorías .....	12
2.2.1. Modelos conductuales y cognitivos .....	13
2.2.2. Modelo genérico de la teoría cognitiva .....	13
2.2.3. Teoría cognitiva de Aaron Beck.....	14
2.3. Antecedente de depresión .....	14
2.3.1. Etiología de la depresión .....	14
2.3.2. Clasificación de la depresión .....	15
2.3.3. Diagnóstico de la depresión.....	15
2.3.4. Antecedentes de adicción a la comida .....	16
2.4. Vulnerabilidad individual, factores de riesgo y trastornos duales .....	18
2.5. Medición de la adicción a la comida.....	19
2.6. Relación entre la depresión y la adicción a la comida en médicos residentes .....	20
3. JUSTIFICACIÓN .....	21
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	23
4.1. Pregunta de investigación .....	24
5. OBJETIVOS .....	25
5.1. Objetivo general.....	25
5.2. Objetivos específicos .....	25
6. HIPOTESIS GENERAL .....	26
6.1 Hipótesis nulas específicas .....	26
6.2 Hipótesis alternas específicas.....	27
7. MATERIAL Y METODOS .....	28
7.1. Diseño de estudio: .....	28
7.2. Tipo de estudio .....	28
7.3. Universo de trabajo.....	28

7.4. Población de estudio:.....	28
7.5. Unidad de análisis:.....	28
7.6. Criterios de selección.....	28
7.6.1. Criterios de inclusión: .....	28
7.6.2. Criterios de exclusión: .....	29
7.6.3. Criterios de eliminación:.....	29
7.7. Tamaño de muestra y muestreo.....	29
7.7.1. Tipo de muestreo:.....	29
7.7.2. Tamaño de la muestra:.....	29
7.8. Operacionalización de las variables .....	30
7.9. Descripción de los instrumentos de medición .....	41
7.9.1. Validez.....	41
7.9.2. Confiabilidad .....	42
7.10. Logística.....	42
7.11. Análisis estadístico.....	44
7.12. Recursos.....	44
7.13. Consideraciones éticas.....	45
7.14. Cronograma de actividades .....	47
8. RESULTADOS.....	48
9. DISCUSIÓN .....	60
10. CONCLUSIONES.....	62
11. GLOSARIO.....	64
12. REFERENCIAS.....	65
13. ANEXOS.....	69
Anexo A. Carta de consentimiento informado.....	69
Anexo B. Instrumento .....	70
Anexo C. Manual operacional del protocolo .....	79

**INDICE DE TABLAS**

Tabla 1. Distribución de la edad por sexo.....	48
Tabla 2. Escala de depresión de Beck II.....	50
Tabla 3. Puntajes de depresión .....	53
Tabla 4. Escala de adicción a la comida de Yale.....	54
Tabla 5. Puntajes de adicción a la comida.....	57
Tabla 6. Asociaciones crudas entre la adicción a la comida y las variables independientes.....	58
Tabla 7. Regresión logística entre depresión y adicción a la comida.....	60

**INDICE DE GRAFICAS**

Gráfica 1. Sexo .....	49
Gráfica 2. Grado.....	49
Gráfica 3. Niveles de depresión .....	52
Gráfica 4. Prevalencia de adicción a la comida.....	56

## RESUMEN

**Introducción:** La adicción a la comida y la depresión son dos problemas de salud mental que afectan a una gran cantidad de personas en todo el mundo. En los últimos años, ha habido un aumento en la incidencia de estos problemas en la población general, incluyendo a los médicos residentes. Los médicos residentes son un grupo particularmente vulnerable debido a las largas horas de trabajo, el estrés y la presión que enfrentan durante su formación. Esta asociación entre la adicción a la comida y la depresión en los médicos residentes es un tema de interés creciente en la investigación médica y psicológica. En este trabajo, se analizará la relación entre estos dos problemas de salud mental y se explorarán las posibles causas y consecuencias de esta asociación en los médicos residentes. **Objetivo.** Identificar la asociación entre la adicción a la comida y depresión en los médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar No 1 de Aguascalientes. **Material y métodos.** Se realizó un estudio observacional, transversal de tipo analítico. Con una muestra por conveniencia, donde se incluirán a todos los médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar No 1 de Aguascalientes; se les aplicará el instrumento de evaluación de depresión del inventario de Beck II; para la adicción de los alimentos la escala alimentaria de Yale. Se calculó una regresión logística para medir la asociación. **Resultados:** Se obtuvo que el 62% de los pacientes fueron hombres, con una edad promedio de 30 años, en su mayoría residentes de 3° grado, Se obtuvo una prevalencia de depresión moderada del 5% y leve de 7%; mientras que el 24% de los participantes tenían adicción a la comida. Se obtuvo una asociación ajustada entre la depresión y la adicción a la comida de (ORA= 20.6, IC95%=1.95–218). **Conclusiones:** Los médicos residentes con depresión tienen 20 veces más probabilidad de padecer adicción a la comida en comparación con los residentes sin depresión.

**palabras clave.** Depresión, adicción a la comida, médicos residentes, inventario de Beck II, escala de adicción a la comida de Yale.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Food addiction and depression are two mental health problems that affect a large number of people worldwide. In recent years, there has been an increase in the incidence of these problems in the general population, including medical residents. Medical residents are a particularly vulnerable group due to the long working hours, stress, and pressure they face during their training. This association between food addiction and depression in medical residents is an increasingly interesting topic in medical and psychological research. In this study, we will analyze the relationship between these two mental health problems and explore the possible causes and consequences of this association in medical residents. **Objective:** To identify the association between food addiction and depression in medical residents of the Family Medicine Unit No. 1 in Aguascalientes. **Materials and methods:** An observational, cross-sectional, and analytical study was conducted. A convenience sample was used, including all the resident doctors from Family Medicine Unit No. 1 in Aguascalientes. The Beck II Depression Inventory was used to assess depression, and the Yale Food Addiction Scale was used to assess food addiction. A logistic regression was calculated to measure the association. **Results:** Of the participants, 62% were male, with an average age of 30 years, and most were in their third year of residency. The prevalence of moderate depression was 5%, and mild depression was 7%. Meanwhile, 24% of the participants had food addiction. An adjusted association between depression and food addiction was obtained (ORA = 20.6, CI 95% = 1.95-218). **Conclusions:** Resident doctors with depression are 20 times more likely to have food addiction compared to those without depression.

**Keywords:** Depression, food addiction, medical residents, Beck II inventory, Yale Food Addiction Scale.

## 1.INTRODUCCIÓN

La alimentación es una necesidad básica del ser humano, pero cuando su consumo se convierte en una conducta adictiva, puede generar graves consecuencias en la salud física y mental. La adicción a la comida es un trastorno cada vez más prevalente en la sociedad actual, y se define como la compulsión incontrolable de consumir alimentos ricos en grasas y azúcares, a pesar de las consecuencias negativas que puede acarrear en la salud.

Por otro lado, la depresión es una enfermedad mental que se caracteriza por un estado de ánimo triste y abatido, falta de energía, pérdida de interés en actividades cotidianas y problemas de sueño. La depresión es uno de los trastornos mentales más comunes y puede afectar a cualquier persona en cualquier momento de su vida, independientemente de su edad, género o estatus social.

Los médicos residentes son un grupo de población que se encuentra en una etapa de formación profesional y enfrentan múltiples demandas académicas, laborales y personales. Esta población tiene un alto riesgo de desarrollar trastornos mentales debido a la carga de trabajo y estrés que experimentan en su día a día. Además, como profesionales de la salud, su salud mental es esencial para el cuidado y atención de sus pacientes.

En este contexto, el objetivo de este estudio es identificar la asociación entre la adicción a la comida y la depresión en los médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Aguascalientes. El presente estudio tiene como finalidad conocer la prevalencia de ambos trastornos en esta población y determinar si existe una asociación significativa entre ellos.

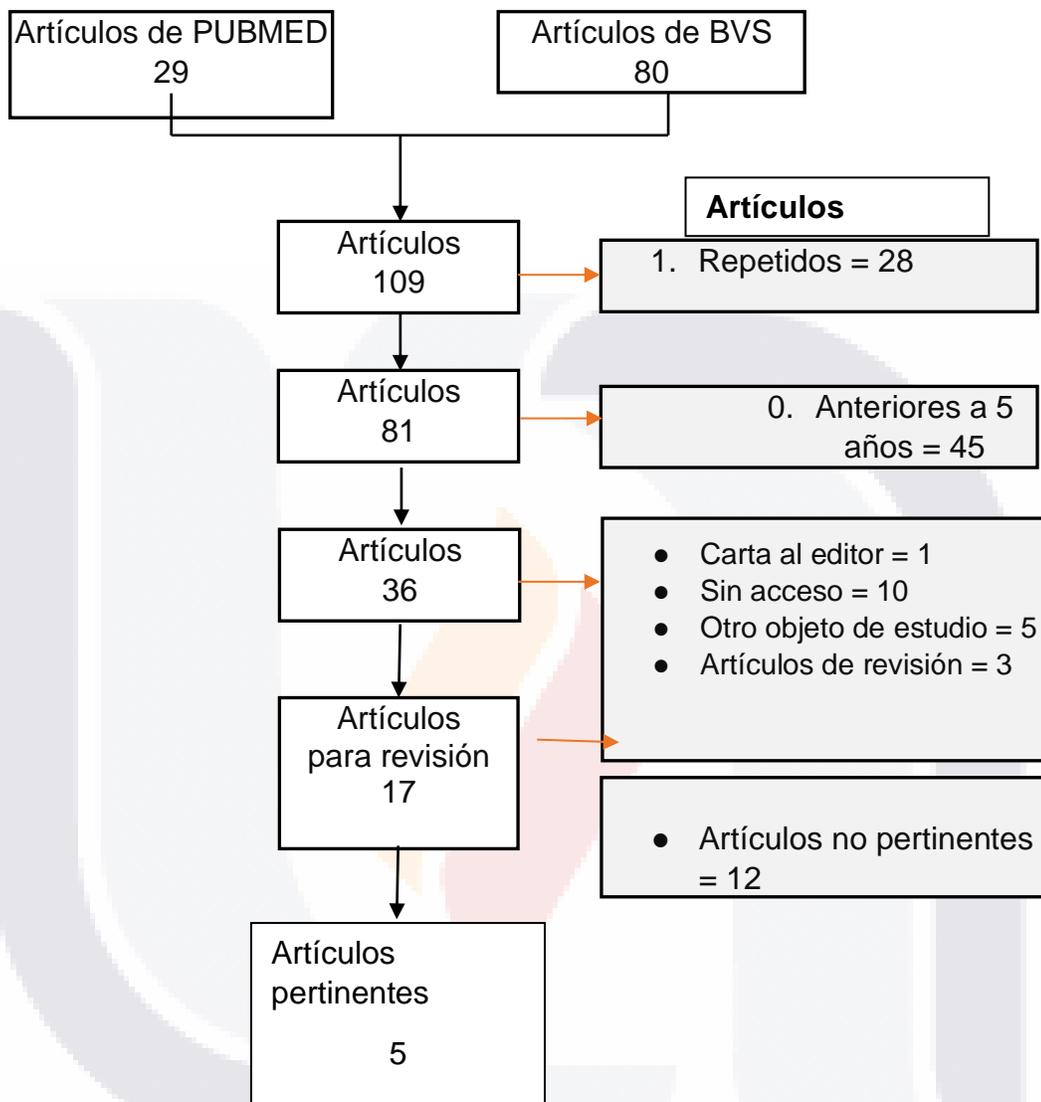
Este estudio es de gran importancia para el personal médico y los encargados de la salud en el IMSS, ya que los resultados pueden ayudar a identificar factores de riesgo para la salud mental de los médicos residentes y establecer medidas preventivas y de intervención temprana. Además, los resultados podrían ser aplicables a otros grupos de población con características similares en el ámbito laboral y académico.

## 2.MARCO TEORICO

### 2.1. Antecedentes científicos

Después de una búsqueda sistemática en la base de información, para establecer el estado de arte del conocimiento en diferentes bases de datos, Se utilizaron buscadores de PubMed y BVS usando los siguientes sintaxis, utilizando los descriptores relacionados con adicción a la comida y depresión BVS ((mh:(Depression, Emotional)) OR (mh:(Depressions)) OR (mh:(Depressions, Emotional)) OR (mh:(Depressive Symptom)) OR (mh:(Depressive Symptoms)) OR (mh:(Emotional Depression)) OR (mh:(Emotional Depressions)) OR (mh:(Symptom, Depressive)) OR (Food Addictions[MeSH Terms]) AND (((((((((Depression, Emotional[MeSH Terms]) OR (Depressions[MeSH Terms])) OR (Depressions, Emotional[MeSH Terms])) OR (Depressive Symptom[MeSH Terms])) OR (Depressive Symptoms[MeSH Terms])) OR (Emotional Depression[MeSH Terms])) OR (Emotional Depressions[MeSH Terms])) OR (Symptom, Depressive[MeSH Terms])) OR (Symptoms, Depressive[MeSH Terms])).

### Diagrama de PRISMA



### **Estudios de asociación entre la adicción a la comida y depresión**

**Berenson y cols (2015)**, realizaron un estudio observacional transversal en EE. UU. con el objetivo de examinar la prevalencia y las asociaciones de la adicción de la comida entre mujeres multiétnicas de bajo nivel socioeconómico. Para medir la adicción a la comida utilizó la escala de Adicción a Alimentos de Yale (YFAS 2.0), y el Inventario de depresión de Beck: pantalla rápida, esta versión consta de siete preguntas, las cuales clasifican la gravedad de la depresión en adolescentes y adultos, con una muestra de 1067 mujeres no embarazadas de entre 18 a 40 años de raza blanca no hispana (27%), negra no hispana (41.6%) e hispanas (31.4%), la edad media de la población fue de 26.9 años ( $\pm 5.8$ ), tan solo 30 mujeres (2.8%) presentaron adicción a la comida, no se mostraron diferencias significativas en la adicción a la comida por grupo de edad, raza/etnia, nivel educativo, nivel de ingresos económicos, IMC, tabaquismo, alcoholismo y nivel de actividad física. El 81.4% (869) de las mujeres presentaron depresión con predominio de depresión mínima en un 76.6%, mostrando diferencias significativas según el nivel de depresión ( $p < 0.01$ ). En el modelo de regresión logística ajustado por la raza/etnia y la edad, encontraron que las mujeres adictas a los alimentos tenían 3.64 veces más probabilidad de presentar depresión leve (ORa 3.64; IC 95% = 1.51 - 8.80,  $p = 0.01$ ), 4.66 veces más probabilidad de padecer depresión moderada (ORa 4.66; IC 95% = 1.45 - 15.0,  $p = 0.01$ ), y 9.11 veces más probabilidad de padecer depresión grave (ORa 9.11; IC 95% = 2.72 - 30.5,  $p < 0.01$ ) en comparación con mujeres sin adicción a los alimentos (1).

**Zhao Z. en 2018** publicó un estudio transversal comparativo en adolescentes chinos con el objetivo de investigar la prevalencia de la adicción a la comida en una muestra de adolescentes y sus asociaciones con factores psicosociales como la depresión, la autoestima, y la soledad, así como búsqueda de asociación entre las dimensiones de calidad de vida y la adicción a la comida. Fundamentan su investigación en hallazgos previos que demuestran que de forma general los adultos tienden a mostrar más sensibilidad ante situaciones aversivas y una menor sensibilidad a las recompensas, contrario a los adolescentes quienes muestran mayor respuesta a las recompensas y menor sensibilidad a situaciones aversivas. Como instrumentos de

medición aplicaron la Escala del Centro de Epidemiología para la Depresión (CES-D), en su versión china, la cual determina la presencia de síntomas de depresión, donde puntuaciones más altas indican un mayor nivel de depresión y un punto de corte de a partir de 16 identifica trastorno depresivo mayor, y la escala de adicción a la comida de Yale en su versión china para medir la adicción a la comida. La muestra incluyó a 593 adolescentes (51,9% mujeres; edad promedio: 15 ( $\pm$ 1.4) obteniendo una prevalencia de adicción a la comida de 6,91%, con una mayor prevalencia en el sexo femenino (51.2%). Al comparar a los adolescentes con adicción a la comida encontraron un IMC más alto, comparado con adolescentes sin adicción a la comida ( $p = 0.016$ ). No demostraron diferencias estadísticamente significativas por grupos de edad, sexo y el resto de las variables sociodemográficas incluidas. El modelo de regresión logística multivariable ajustado por ajustada por edad, sexo, IMC, origen étnico, familia de un solo hijo, familia intacta, nivel de educación de la madre, nivel de educación del padre, ingreso familiar mensual y alcohol, demostró para esta población que los adolescentes con adicción a la comida tenían 2.58 veces más probabilidad de tener depresión en comparación con adolescentes sin depresión ( $ORa=2.58$ ; IC 95% 1.32-5.05),  $p < 0.01$ ), así como aquellos con adicción a la comida tenían 2.75 veces más probabilidad de presentar baja autoestima ( $ORa=2.75$ , IC 95% 1.31-5.78 ,  $p < 0.01$ ) comparados con aquellos con autoestimas normal, y aquellos con adicción a la comida tienen 2.30 veces más probabilidad de tener soledad comparados con aquellos que no presentan soledad ( $ORa=2.30$  IC 95% 1.14-4.65,  $p < 0.01$ ), la adicción a la comida se asoció con una menor calidad de vida general y salud psicosocial de la calidad de vida. Concluyendo que la adicción a la comida puede ser común entre los adolescentes chinos, asociada a la depresión, baja autoestima y soledad (2).

**Borisenkov en 2018**, desarrolló un estudio descriptivo transversal comparativo con el objetivo de medir la adicción a la comida (AC) y los factores asociados con los trastornos alimentarios en una muestra de 1108 estudiantes rusos, en donde se pidió a los participantes del estudio que indicaran su edad, sexo y mes de nacimiento y que completaran la escala de adicción a los alimentos de Yale para niños (YFAS-C) así como la Escala de depresión de autoevaluación de Zung.

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

Predomino el sexo femenino en un 53.6%, con una media de edad de  $15.2 \pm 1.7$  años, El 12.6% de los adolescentes presentaba depresión moderada/severa, con un predominio en mujeres ( $p < 0.0001$ ), en adolescentes con sobrepeso/obesidad ( $p < 0.001$ ) y en aquellos con adicción a la comida ( $p < 0.000$ ). Por otro lado, la adicción a la comida se presentó en 4,5% de los adolescentes, con un predominio de mujeres ( $p < 0.038$ ), en el grupo de edad de 17-18 años ( $p < 0.007$ ), en aquellos con sobrepeso/obesidad ( $p < 0.002$ ) y en aquellos con depresión moderada-severa ( $p < 0.000$ ). En el modelo de regresión logística ajustado encontraron que los adolescentes con depresión tienen 4.05 veces más probabilidad de presentar una adicción a los alimentos comparados con aquellos adolescentes sin depresión (ORa 4.05; IC 95% 1.87-8.77,  $p=0.000$ ). (3).

**Mikhail F. Borisenkov y colaboradores en el año 2019** llevaron a cabo un estudio transversal comparativo en 2,360 jóvenes que viven en el norte de Europa de Rusia, con el objetivo de comparar las características del ciclo sueño vigilia en pacientes con depresión y adicción a los alimentos. Cada participante proporcionó datos personales y completó tres cuestionarios: el Cuestionario de Cronotipo de Munich, la Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung y la Escala de Adicción a Alimentos de Yale. La edad promedio para la población fue de 17.9 años ( $\pm 4.6$ ), predominando las mujeres con un 66.6%. La adicción a los alimentos se encontró en 8.9% de los participantes y la depresión moderada-severa en 16.7%. El modelo de regresión logística binaria para esta población demostró que los adolescentes con depresión moderada-severa tienen 1.75 veces más probabilidad de presentar adicción a los alimentos (ORa 1.75, IC 95% 1.49-2.06,  $p = 0.000$ ), y los - pacientes con adicción a los alimentos tienen 2.78 veces más probabilidad de presentar depresión moderada-severa (ORa 2.78; IC 95% 1.98 - 3.89,  $p = 0.000$ ). Los resultados muestran una relación bidireccional entre la adicción a la comida y la depresión (4).

**Romero Blanco y colaboradores en el año 2021**, mediante un estudio de transversal comparativo aplicado a 536 estudiantes de enfermería de la universidad de castilla, España, evaluaron la asociación entre la adicción a la comida con la

composición corporal, calidad del sueño, depresión, actividad física / hábitos sedentarios, consumo de tabaco o alcohol y estado de salud. Para medir la adicción a la comida utilizó la escala de Adicción a Alimentos de Yale (YFAS 2.0) y para medir la depresión utilizaron la pregunta que recoge información sobre ansiedad/depresión contenida en la escala europea de calidad de vida (EQ5D). Como resultados señalan el predominio de las mujeres con un 79.2%, el 10.3 de la población presentaba sobrepeso/obesidad, así como el 26.6% (137) presentaban depresión. En el análisis bivariado, aquellos estudiantes con adicción a la comida tuvieron asociaciones estadísticamente significativas con la calidad del sueño ( $p = 0,001$ ), la ansiedad/depresión ( $p < 0,001$ ), el IMC ( $p < 0,001$ ) y el sedentarismo ( $p = 0,020$ ). En el análisis multivariado desarrollaron un modelo predictivo de riesgo de adicción a la comida, donde las variables predictoras fueron el sobrepeso/obesidad con un OR de 8,08 (IC 95%: 3,35-19,51), el sedentarismo mayor de 6 h con OR de 2,44 (IC 95%: 1,04-5,71), la ansiedad o depresión con un OR de 7,79 (IC 95%: 3,29-18,42) y la calidad del sueño, con una OR de 3,24 (IC 95%: 1,04-10,13). según los criterios de Swets, este modelo tiene una buena capacidad predictiva, con un área bajo la curva de 0,84 (IC 95%: 0,77-0,91). Concluyendo así que los estudiantes con adicción a la comida presentaron valores más altos de IMC, peor calidad del sueño, problemas de ansiedad o depresión y más tiempo en conductas sedentarias (5).

## **2.2. Modelos y Teorías**

La teoría conductual que Charles Fester describe en 1973 considera que la depresión es dada por la reducción a estímulos externos de manera frecuente, poco refuerzo positivo, más estímulos aversivos y conductas de evitación, creando la imposibilidad de conductas adaptativas y una realidad distorsionada. Lewinsohn, agrega la pérdida en los principales dominios del sujeto, ocasionando un estado de ánimo deprimido y una reducción del nivel de actividad (6).

El modelo cognitivo de depresión, fue creado por Aaron Beck en 1967, en donde comenta que el tiempo es la base para los pacientes con depresión, debido al enfoque de los esquemas cognitivos negativos; sin embargo, McGonagle y Kessler en 1990 reportan que los sucesos estresantes, de baja intensidad y crónicos son

los que resultan más relevantes para poder explicar los trastornos del ánimo y fueron, pero fueron Sanz y Vázquez en el 2008, quienes reafirman que la vulnerabilidad cognitiva, se encuentra presente en un suceso estresante o negativo (7).

**2.2.1. Modelos conductuales y cognitivos**

Las teorías conductuales tratan de explicar y unificar diversas dimensiones en un modelo explicativo, posteriormente, los modelos cognitivos son quienes otorgan una explicación más amplia, siendo los principios básicos para explicar el trastorno depresivo y sus bases para las intervenciones psicológicas de la depresión (6).

**2.2.2. Modelo genérico de la teoría cognitiva**

Está basado en los procesos conductuales y cognitivos que interactúan entre sí, a través de estímulos menores o mayores que desencadenan en este tipo de conducta y comportamiento. Esta teoría busca reducir los síntomas, mediante la conceptualización de estos comportamientos (8).

**Modelo cognitivo de depresión**



Fuente: Diaz Villa BA, González González C (8)

### **2.2.3. Teoría cognitiva de Aaron Beck**

Las personas que se encuentran deprimidas tienen pensamientos negativos de ellos mismos y su alrededor, así como del futuro, lo que causa una distorsión en tres áreas: Esquemas: los esquemas son una manera organizada de interpretar nuestro ambiente, considerando la observación de la relación causa-efecto, la cual naturalmente se enseña; en personas con depresión existe una mala adaptación, conclusiones inadecuadas, por una mala información, pudiendo tener efectos perjudiciales, ya que las experiencias del pasado repercuten en las acciones y las conductas del presente. (7).

Error en el procesamiento de la información. Debido a que no se tiene un análisis lógico de los eventos que suceden, son llamados “automáticamente”, las personas con depresión no se encuentran completamente conscientes de los pensamientos que ocurren por lo que crean conclusiones de pequeños detalles y no de una manera general, sin evidencia o sin información para avalar lo pensado, son pensamientos magnificados o minimizados, en donde son totalmente buenas o malas, es decir, una manera dicotómica (8).

Función cognitiva en la depresión. Los pacientes con depresión se subvaloran, teniendo dificultades para recordar cosas del pasado con precisión, por sus pobres habilidades o pocos esfuerzos realizados, si sucede algo de “éxito”, lo atribuyen a la suerte (8).

## **2.3. Antecedente de depresión**

### **2.3.1. Etiología de la depresión**

La Depresión Mayor al ser una enfermedad heterogénea, actualmente existen cinco teorías neurobiológicas que lo explican: las alteraciones estructurales y funcionales de las áreas cerebrales (hipocampo, amígdala, corteza cerebral, metabolismo de la glucosa), la hipótesis de las monoaminas (serotonina, norepinefrina, dopamina), la hipótesis glutamatérgica y GABAérgica de la depresión, la interacción herencia

medio ambiente o teoría de la diátesis - estrés, y la hipótesis neurotrófica de la depresión, hipótesis inflamatoria de la depresión (8,9).

### **2.3.2. Clasificación de la depresión**

La Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-M) y la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud en su décima revisión (CIE - 10) define la depresión como un trastorno del estado de ánimo, el cual puede ser clasificado de tres maneras: como un trastorno es decir, síntomas característicos y detectables; como un síndrome, basado en la tristeza y los síntomas que puedan relacionarse a ella; y por último, como un síntoma, en donde puede encontrarse de manera aislada o no, y sin que tenga relación directa (10).

### **2.3.3. Diagnóstico de la depresión**

En el diagnóstico, se evalúa el desarrollo, curso y gravedad, considerando la duración, intensidad de los síntomas y comorbilidades, pero sobre todo en la actualidad la existencia o no de disfunción y/o discapacidad asociada, así como el riesgo suicida y la respuesta a un tratamiento previo son necesarios para el manejo individual e integral. El diagnóstico es establecido por la presencia de al menos 4 de los siguientes síntomas: psicomotricidad disminuida o aumentada, sueño alterado (aumento o disminución), interés reducido (pérdida de la capacidad para disfrute), concentración disminuida, apetito y peso (aumento o disminución), culpa y autorreproche, energía disminuida o fatiga, pensamientos suicidas. Aunado a los anteriores síntomas, la existencia de un periodo al menos dos semanas, con la mayor parte del tiempo y con afectación de manera negativa el rendimiento personal, familiar, laboral, académico, social (9,10).

El DSM-N caracteriza la depresión mayor presencia de uno a más episodios depresivos, en al menos 2 semanas con estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés que se acompaña de al menos cuatro síntomas de depresión (10). La gravedad es dividida en:

**-Depresión leve:** ningún síntoma o pocos síntomas de los 5 necesarios para realizar diagnóstico, causan un deterioro funcional leve (10).

**-Depresión moderada:** la capacidad funcional y los síntomas se encuentran entre leve y grave (10).

**-Depresión grave:** se encuentran la mayoría de los síntomas y estos interfieren en el funcionamiento. Pueden o no ocurrir síntomas psicóticos (10).

Es importante saber si las personas cuentan con antecedentes de episodios maníacos, debido a que puede ser de tipo crónico o recidivante (2).

**-Trastorno depresivo recurrente:** son episodios de manera repetida, con duración mínima de 2 semanas, presentando síntomas de pérdida de interés y capacidad de disfrutar y la reducción de energía, puede acompañarse de síntomas de ansiedad, alteraciones en el apetito y/o sueño, sentimiento de culpa, dificultades para la concentración y baja autoestima (10).

Dentro de los instrumentos más utilizados para primer nivel de atención es el inventario de Beck, siendo su segunda edición, la más actual y apegada a los criterios diagnósticos del DSM-IV y CIE 10, consta con las ventajas de ser auto aplicable, con una duración aproximada de 5 a 10 minutos (11).

#### **2.3.4. Antecedentes de adicción a la comida**

Se sabe que algunas sustancias y productos provocan la activación del sistema de recompensa de la dopamina (12). El consumo repetido de drogas adictivas (13) y alimentos (14) aumenta la sensibilidad del sistema dopaminérgico. En la actualidad, existe un debate activo sobre qué componentes específicos de los alimentos que los causan (azúcar, grasa, etc.). Además, se han planteado varias críticas sobre el concepto de adicción a la comida. Por ejemplo, el consumo crónico de drogas provoca un cambio en el sistema de recompensa que conduce a la tolerancia y la

abstinencia. Sin embargo, estas dos características del desorden de abuso de sustancias son difíciles de aplicar a la adicción a la comida porque son muy similares al hambre y la saciedad, respectivamente, que son características fisiológicas de la conducta alimentaria. Se cree que la adicción a los alimentos es una manifestación extrema del trastorno por atracón (12).

En el DSM-5, los trastornos por uso de sustancias (SUD) se reclasificaron como trastornos adictivos y relacionados con sustancias. (10). No obstante, con los cambios en el capítulo del DSM-5 sobre alimentación y trastornos de la conducta alimentaria, se reconoció que algunas personas informan síntomas que se parecen a los que suelen respaldar las personas con un trastorno por uso de sustancias, como el deseo y el uso compulsivo. El parecido puede reflejar la participación de los sistemas neuronales asociados con el autocontrol y la recompensa. Sin embargo, los factores distintivos y compartidos entre la adicción a la comida y los trastornos por uso de sustancias aún no se han entendido completamente (10).

Las adicciones se encuentran actualmente dentro del ámbito de la salud mental gracias al concepto de trastorno dual (15). Esta idea es relativamente reciente, sin embargo, ya que las adicciones se consideran un indicador de la falta de fuerza de voluntad - una idea que condujo a menudo a la estigmatización de los que sufrieron de ellos. Este antiguo concepto se aplicó tradicionalmente a la obesidad, sin tener en cuenta factores como la vulnerabilidad individual, la disfunción de los circuitos cerebrales endógenos, que implican a los neuropéptidos con propiedades gratificantes asociadas al acto mismo de comer, o la disponibilidad de ciertos alimentos que podrían ser muy gratificante (16).

Es por ello por lo que el concepto de trastorno dual puede ayudar a dar sentido a este nuevo paradigma conductual de adicción, y en el caso de la adicción a la comida podría introducir la vulnerabilidad individual como criterio, ya que la vulnerabilidad podría incrementar la probabilidad de desarrollar un trastorno alimentario (16).

## 2.4. Vulnerabilidad individual, factores de riesgo y trastornos duales

De acuerdo con el esquema de clasificación psiquiátrica actual del DSM-5, existe una superposición fenomenológica entre los trastornos adictivos y relacionados con sustancias, y los trastornos alimentarios y de la conducta alimentaria en el sentido de que el autocontrol juega un papel destacado en los criterios para los trastornos dentro de estas dos categorías (10).

En relación con los comportamientos alimentarios patológicos, se ha sugerido que estos pueden ser el resultado de una pérdida de capacidad para regular el consumo de alimentos altamente procesados que contienen carbohidratos refinados, grasas, sal y cafeína. Sin embargo, si bien la falta de tal capacidad es un factor objetivo en los trastornos por uso de sustancias, esto no es tan claro en los trastornos alimentarios, ya que la obesidad no está necesariamente asociada con una pérdida de autocontrol, ni un trastorno alimentario o bulimia nerviosa implica necesariamente obesidad. Por ejemplo, estudios recientes muestran que solo el 41,5% de las personas obesas con un trastorno alimentario alcanzan el umbral de adicción a la comida (17).

Desde una perspectiva evolutiva, los animales de forma natural persiguen recompensas tales como el agua, el sexo y la comida, y surge la patología (18) cuando hay una disfunción recompensa, también sugiere similitudes neurobiológicas entre la obesidad, el trastorno por atracón y espuma. Esto puede sugerir que los avances en el campo de los trastornos por uso de sustancias podrían conducir a mejoras en el tratamiento de los trastornos alimentarios (19).

Desde un punto de vista genético, podría ser que exista una susceptibilidad genética común que podría aumentar el riesgo de desarrollar trastornos por uso de sustancias y cualquier otra enfermedad mental, incluido un trastorno alimentario. Sin embargo, no se han realizado estudios de heredabilidad sobre la adicción a la comida. Los estudios que se han realizado sugieren que en los patrones de alimentación compulsivo-adictivo, la presencia de psicopatología

asociada podría ser un factor de vulnerabilidad clave al igual que en los trastornos por uso de sustancias. (17,20).

## **2.5. Medición de la adicción a la comida**

El término "adicción a la comida" un término generalizado en el mundo científico se debe, al uso de la *escala de adicción a los alimentos de Yale* (YFAS), que se centra en la evaluación del modelo de adicción en la conducta alimentaria de acuerdo con Criterios del DSM-IV frente a la adicción a la comida (21).

Etiquetar un alimento o nutriente como adictivo implica que contiene o posee una propiedad inherente que puede hacer que los individuos susceptibles desarrollen una adicción a dicho nutriente o alimento, similar al caso de las drogas de abuso. Ciertos alimentos tienen propiedades reconfortantes y fortalecedoras; por ejemplo, combinaciones con alto contenido de azúcar y grasas que son gratificantes tanto para los humanos como para los roedores. Se ha sugerido que el reciente aumento de la prevalencia de la obesidad refleja la aparición de la adicción a la comida en una fracción significativa de la población (22,23). Sin embargo, con la excepción de la cafeína, En la actualidad, no existe evidencia científica suficiente para etiquetar cualquier alimento común, micronutriente, aditivo alimentario estándar, ingrediente singular o combinación de estos como adictivo *per se* (24).

La dieta de los sujetos que comen en exceso normalmente contiene una amplia gama de alimentos diferentes, subjetivamente apetecibles y no indica una adicción a un alimento o nutriente específico. Todavía no tenemos evidencia que demuestre que un alimento específico pueda ser responsable de que los humanos desarrollen un trastorno alimentario, aunque las investigaciones apuntan a que ciertos alimentos producen comportamientos adictivos en sujetos susceptibles, similares a los comportamientos que se encuentran en el trastorno del juego (24).

## **2.6. Relación entre la depresión y la adicción a la comida en médicos residentes**

La Ley Federal del trabajo (25), así como la NORMA Oficial Mexicana NOM-EM-001-SSA3-2022, Educación en salud. Para la organización y funcionamiento de residencias médicas en establecimientos para la atención médica, establecen derechos y obligaciones que el médico residente debe cumplir durante el desarrollo de su residencia médica. (26)

Las obligaciones del médico residente a menudo son malinterpretadas, por lo que se le suelen asignar tareas propias de otras áreas de la salud, como lo es enfermería, trabajo social, camellería, mensajería, entre otras, que restan el debido cumplimiento de los derechos y obligaciones de la propia residencia médica. (27)

El residente tiene la obligación de llevar a cabo actividades académicas y asistenciales de formación complementaria, descritas y calendarizadas en el programa operativo, adicionales a las que deben efectuar durante la jornada de actividades en la unidad médica receptora, deben ocurrir dos veces por semana como máximo y tendrá intervalos de menos de tres días entre cada una de ellas, lo cual modifica los hábitos alimenticios de los médicos residentes, limita la realización de actividad física, limita las relaciones sociales, aunado a la exigencia académica, la carga laboral puede sobrepasar en ocasiones las capacidades físicas y mentales del residente, generando un proceso de desgaste físico y mental constante, todos estos factores son considerados de riesgo para el desarrollo de depresión y adicciones durante las residencias médicas.(28)

### 3.JUSTIFICACIÓN

A nivel mundial la depresión es una enfermedad frecuente que afecta a un 3.8% de la población, se calcula que 280 millones de personas tienen depresión (29). En México la depresión corresponde a uno de los principales problemas de salud mental (30), afecta y altera las actividades laborales, escolares y/o familiares, e incluso es un factor de riesgo para suicidio en quienes la padecen (29). Actualmente se presenta una mayor incidencia de trastornos mentales predominando en jóvenes entre los 18 y 26 años quienes tienen 6.3 veces más riesgo de padecerlos que las personas adultas (30). En Aguascalientes, la prevalencia de depresión en médicos residentes de diversas especialidades fue del 16.6%. (31).

La OMS señala que los trastornos por depresión y ansiedad cuestan anualmente a la economía mundial \$1 billón de dólares en pérdidas de productividad y en el 2015 represento más de 50 millones de años vividos con discapacidad en países de bajos y medianos ingresos. (32).

Respecto a la adicción a la comida, en la actualidad es un trastorno que se estudia con mayor frecuencia y cuyo debate para ser incluido en el manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5) continúa vigente, a pesar de la evidencia científica que la caracteriza como un trastorno de adicción muy particular, se estima que las incidencias en poblaciones de 18 a 29 años van desde 4 hasta los 18 casos por cada 100 adultos jóvenes, siendo más frecuente en población de mujeres (2,5,33,34).

Tomando a consideración que cada especialidad médica tiene exigencias propias y cargas laborales distintas los niveles de depresión que se presentan en los residentes de las distintas especialidades médicas es variable, así como el hecho de que los patrones alimenticios en personal de salud tienden a ser desordenados y a menudo se da la búsqueda y el consumo compulsivo de alimentos, sobre todo los ricos en carbohidratos y grasas durante las intensas jornadas de trabajo. Es de interés estudiar en esta población la prevalencia y el nivel de depresión, así como

la prevalencia de adicción a los alimentos, con el fin de evaluar si existe relación entre la depresión y la adicción a la comida, y en caso de demostrar asociación entre estas variables, determinar su prevalencia.

La presente investigación, permitirá obtener estadísticas, que otorguen el conocimiento sobre la frecuencia y distribución de la depresión en médicos residentes, y sobre la adicción a los alimentos, así como la búsqueda de asociación entre la depresión y la adicción a la comida en médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar No. 1. Al conocer la presencia de ambas patologías y su posible asociación, permitirá sugerir un manejo integral, beneficiando la salud del médico residente.

Los resultados de la presente investigación serán dados a conocer a las autoridades responsables de las residencias medicas de la Unidad de Medicina Familiar No. 1, así como estarán disponibles para su consulta mediante tesis impresa en la biblioteca de la misma unidad, así como en la Coordinación de Educación e Investigación en salud de la Unidad Médica Familiar No. 1, OOAD Aguascalientes. En formato digital se encontrará disponible en el repositorio bibliográfico de la Universidad Autónoma de Aguascalientes.

## 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Durante el análisis crítico de los artículos de investigación presentados, cuyo objetivo será medir la asociación entre la adicción a la comida y la depresión, se observan discrepancias.

La población de estudio es variable; Berenson realizó su investigación en mujeres estadounidenses de bajo nivel socioeconómico (1), mientras que Zhao centra su investigación en población escolar de origen chino (2), Borisenkov la lleva a cabo en población escolar rusa (3,4) y Romero Blanco en estudiantes de enfermería de origen español, limitando la comparación de sus resultados entre sí. (5)

Respecto a los instrumentos de medición de la depresión utilizados en estas investigaciones: Berenson (1), utilizó el Inventario de depresión de Beck: pantalla rápida, esta versión consta de siete preguntas, las cuales clasifican la gravedad de la depresión en adolescentes y adultos, mientras que Zhao Z y colaboradores utilizaron la Escala del Centro de Epidemiología para la Depresión (CES-D), en su versión china, la cual determina la presencia de síntomas de depresión (2), Borisenkov utilizó la Escala de depresión de autoevaluación de Zung (3) que evalúa la presencia de síntomas depresivos, y Romero Blanco utilizó la pregunta que recoge información sobre ansiedad/depresión contenida en la escala europea de calidad de vida (EQ5D) (5), imposibilitando la comparación de los resultados.

Respecto a la prevalencia de depresión en las poblaciones, tiene variabilidad, desde 12.6% (3), hasta 81.4% (1). Respecto a la prevalencia de la Adicción a la comida muestra variaciones de un 2.8% (1) hasta un 8.9 % (4).

Los valores de las asociaciones entre la depresión y la adicción a la comida tuvieron rangos variables como el de Borisenkov con OR de 1.75 (4) a hasta el de Berenson con un OR 9.11 (1).

Como podemos apreciar, existe discrepancia entre los resultados de prevalencias de depresión y adicción a la comida en lo reportado, y respecto a la fuerza de asociación entre las variables; ya que los instrumentos utilizados para la medición de la depresión, fueron creados para recolectar distintos aspectos de la depresión, como la escala Zung Self-Rating Depression Scale (35), publicado en 1965, recolecta criterios diagnósticos de depresión antiguos, mide un concepto de depresión que no está actualizado ya que no valora aspectos somatológicos, a diferencia del inventario de depresión de Beck II(36) que está actualizado a los criterios diagnósticos de depresión del DSM-5 y del CIE 10; el índice de depresión de Beck II, ha sido ajustado a síntomas cognitivos para evitar sesgos en el diagnóstico de depresión; así mismo, las dimensiones cognitivo conductuales de este son afines a las dimensiones cognitivo afectivas de la escala de Yale, por lo que proponemos utilizar el inventario de depresión de Beck II, para instrumentar la detección de depresión (1–5).

En la búsqueda exhaustiva no se encontraron estudios publicados de asociación entre la adicción en la comida y depresión en médicos residentes nacional o internacional, con un instrumento válido, confiable y actualizado al DSM-5 y al CIE-10.

Por lo anterior descrito surge la siguiente pregunta de investigación:

#### **4.1. Pregunta de investigación**

¿Cuál es la fuerza de asociación entre la adicción a la comida y depresión en los médicos residentes?

## 5.OBJETIVOS

### 5.1. Objetivo general

Identificar la asociación entre la adicción a la comida y depresión en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes.

### 5.2. Objetivos específicos

- a) Determinar las características sociodemográficas de la población de médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes.
- b) Medir los síntomas cognitivo-afectivos en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes
- c) Medir los síntomas somático-emocionales, en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes.
- d) Medir la percepción del consumo de la sustancia, en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes.
- e) Medir la percepción de la tolerancia en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes.
- f) Medir la percepción del deseo continuo o incapacidad para reducir o cesar el consumo, en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes.
- g) Medir la percepción de la reducción o cese de actividades sociales, ocupacionales o recreativas, en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes.
- h) Medir la percepción de las consecuencias de malestar y disfunción en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes.
- i) Identificar la fuerza de asociación entre la adicción a la comida y la depresión.

## 6.HIPOTESIS GENERAL

- Hipótesis Nula: No existe asociación entre la adicción a la comida y la depresión en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes.
- Hipótesis alterna: Existe asociación entre la adicción a la comida y la depresión en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes.

### 6.1 Hipótesis nulas específicas

- a) No existe asociación positiva entre los síntomas cognitivo-afectivos y la depresión en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes. de Aguascalientes.
- b) No existe asociación positiva entre los síntomas somático-emocionales y la depresión, en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes. de Aguascalientes.
- c) No existe asociación positiva entre la percepción del consumo de la sustancia, en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes. de Aguascalientes.
- d) No existe asociación positiva entre la percepción de la tolerancia y la depresión en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes. de Aguascalientes.
- e) No existe asociación positiva entre percepción del deseo continuo o incapacidad para reducir o cesar el consumo y la depresión, en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes. de Aguascalientes.
- f) No existe asociación positiva entre la percepción de la reducción o cese de actividades sociales, ocupacionales o recreativas y la depresión, en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes. de Aguascalientes.

g) No existe asociación positiva entre la percepción de las consecuencias de malestar y disfunción y la depresión en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes. de Aguascalientes.

## **6.2 Hipótesis alternas específicas**

a) Existe asociación positiva entre los síntomas cognitivo-afectivos y la depresión en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes. de Aguascalientes.

b) Existe asociación positiva entre los síntomas somático-emocionales y la depresión, en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes. de Aguascalientes.

c) Existe asociación positiva entre la percepción del consumo de la sustancia, en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes. de Aguascalientes.

d) Existe asociación positiva entre la percepción de la tolerancia y la depresión en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes. de Aguascalientes.

e) Existe asociación positiva entre percepción del deseo continuo o incapacidad para reducir o cesar el consumo y la depresión, en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes. de Aguascalientes.

f) Existe asociación positiva entre la percepción de la reducción o cese de actividades sociales, ocupacionales o recreativas y la depresión, en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes. de Aguascalientes.

g) Existe asociación positiva entre la percepción de las consecuencias de malestar y disfunción y la depresión en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes. de Aguascalientes.

## **7.MATERIAL Y METODOS**

### **7.1. Diseño de estudio:**

Estudio analítico transversal.

### **7.2. Tipo de estudio**

Estudio Observacional.

### **7.3. Universo de trabajo**

Todos los médicos residentes adscritos a la UMF No 1, delegación Aguascalientes.

### **7.4. Población de estudio:**

Todos los médicos residentes que se encuentren inscritos en el año en curso en la Unidad de Medicina Familiar No1, delegación Aguascalientes.

### **7.5. Unidad de análisis:**

Médico residente adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No1, delegación Aguascalientes.

### **7.6. Criterios de selección**

#### **7.6.1. Criterios de inclusión:**

- Ser médico residente adscrito a la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes.
- Firmar carta de consentimiento informado de forma voluntaria.

**7.6.2. Criterios de exclusión:**

- Encontrarse en periodo vacacional o con incapacidad médica.
- Encontrarse en una rotación fuera de la unidad médica o encontrarse en el servicio social.

**7.6.3. Criterios de eliminación:**

- Encuesta que se encuentren con menos del 80% del llenado.

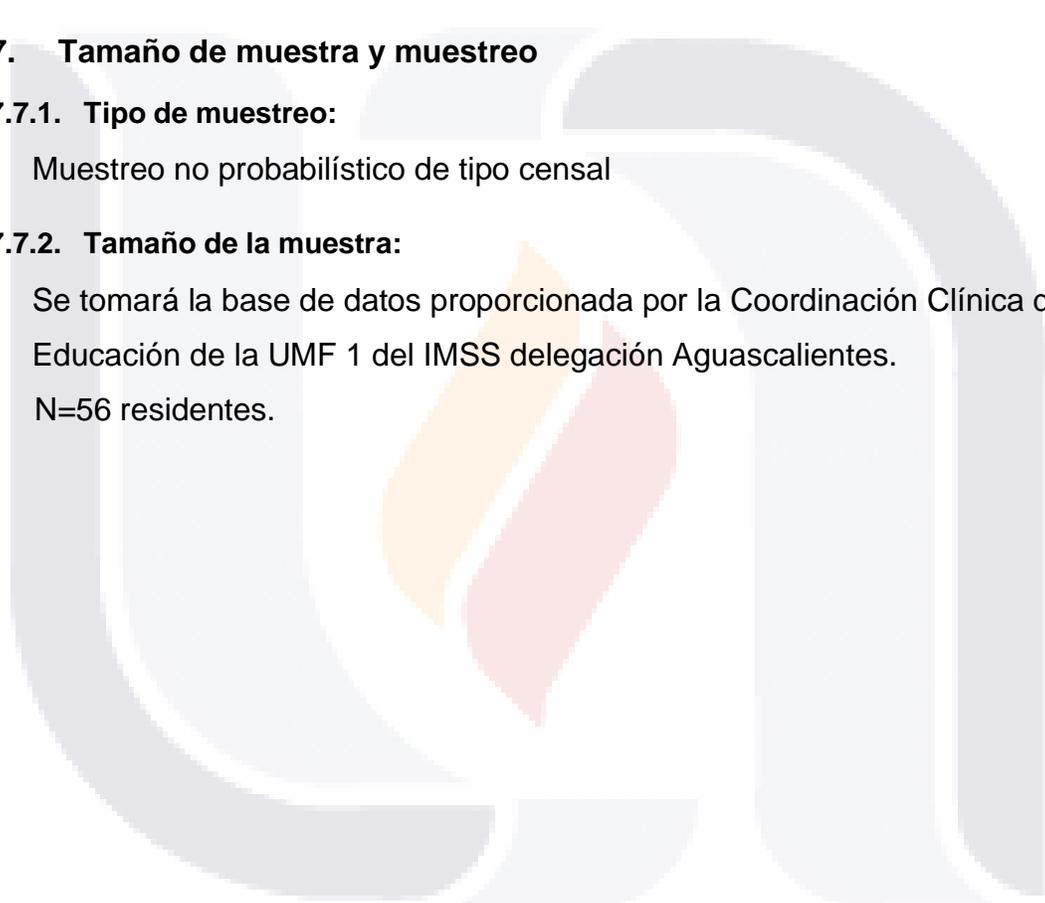
**7.7. Tamaño de muestra y muestreo****7.7.1. Tipo de muestreo:**

Muestreo no probabilístico de tipo censal

**7.7.2. Tamaño de la muestra:**

Se tomará la base de datos proporcionada por la Coordinación Clínica de Educación de la UMF 1 del IMSS delegación Aguascalientes.

N=56 residentes.



**7.8. Operacionalización de las variables**

Variable	Definición operacional	Definición metodológica	Tipo de Variable	Unidad de medida
<b>Variables Sociodemográficas</b>				
Edad	Años vividos por el individuo al momento de la evaluación	Se obtendrá de la entrevista directa	Cuantitativa discreta	Años
Sexo	Funcionalidad de los órganos genitales	Se obtendrá de la entrevista directa	Cualitativa nominal	-Hombre -Mujer
Especialidad	Área de la ciencia médica en la cual se desarrolla un conocimiento específico	Se obtendrá de la entrevista directa	Cualitativa nominal	Sin unidad
Año de residencia	Año del ciclo escolar en el que se encuentra cursando	Se obtendrá de la entrevista directa	Cuantitativa discreta	Año de residencia

Variable	Dimensiones	Ítem	Tipo de variable	Respuestas
<b>Adicción a la comida:</b> Grupo de dependencias químicas a alimentos específicos o alimentos en general en los que se desarrolla un deseo físico por estos alimentos.	Consumo de la sustancia en mayor cantidad o durante más tiempo que lo que el sujeto pretende	He notado que cuando empiezo a comer esos determinados alimentos, he terminado comiendo más de lo que tenía planeado.	Cuantitativa ordinal	1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y 4 o más veces a la semana (4).
		He notado que como tanto que llego a sentirme mal, por ejemplo, con inflamación, dolor de estómago, náuseas, indigestión, agruras, etc.	Cuantitativa ordinal	1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y 4 o más veces a la semana (4).
		He notado que a lo largo del día ingiero repetidamente esos determinados alimentos.	Cuantitativa ordinal	1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y 4 o más veces a la semana (4).
		He notado que trato de obtener esos determinados alimentos cuando no están disponibles. Ejemplo: he ido a la tienda a conseguirlos, aunque haya tenido otras opciones en casa.	Cuantitativa ordinal	1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y 4 o más veces a la semana (4).
		He notado que cuando estoy comiendo esos determinados alimentos he seguido comiéndolos, aunque ya no tengo hambre.	Cuantitativa ordinal	1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y 4 o más veces a la semana (4).

		<p>He pasado mucho tiempo sintiéndome lento, pesado o cansado por haber comido de más.</p>	<p>Cuantitativa ordinal</p>	<p>1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y 4 o más veces a la semana (4).</p>
		<p>Conforme pasa el tiempo he notado que necesito comer más y más para lograr el estado de bienestar que deseo, como por ejemplo para reducir mis emociones negativas (ansiedad o culpa) e incrementar el placer.</p>	<p>Cuantitativa ordinal</p>	<p>1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y 4 o más veces a la semana (4).</p>
		<p>He consumido esos determinados alimentos para evitar sentimientos de ansiedad o de inquietud producidos por haber dejado de comerlos (no considerar a las bebidas con cafeína, como las energizantes, café, etc.).</p>	<p>Cuantitativa ordinal</p>	<p>1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y 4 o más veces a la semana (4).</p>
		<p>Me he sentido inquieto, ansioso o agitado cuando he dejado de consumir esos determinados alimentos (no considerar a las bebidas con cafeína).</p>	<p>Cuantitativa ordinal</p>	<p>1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y 4 o más veces a la semana (4).</p>
		<p>Me preocupa que no he podido evitar consumir esos determinados alimentos o no he podido reducir su consumo.</p>	<p>Cuantitativa ordinal</p>	<p>1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y 4 o más veces a la semana (4).</p>

<p>Tolerancia: continuación del uso a pesar de conocer sus consecuencias negativas y de los que describen la disfunción y el malestar secundario.</p>	<p>He continuado comiendo el mismo tipo de alimentos o la misma cantidad de alimentos a pesar de que me han ocasionado problemas psicológicos o físicos (ansiedad, culpa, diabetes, intolerancia a la glucosa, hipertensión, obesidad).</p>	<p>Cuantitativa ordinal</p>	<p>1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y 4 o más veces a la semana (4).</p>
	<p>En algunas ocasiones cuando he consumido esos determinados alimentos de forma tan frecuente o en tan grandes cantidades, he pasado el tiempo envuelto en sentimientos negativos (culpa, baja autoestima) porque he comido de más, en lugar de trabajar, de convivir con la familia o de realizar otras actividades que disfruto.</p>	<p>Cuantitativa ordinal</p>	<p>1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y 4 o más veces a la semana (4).</p>
	<p>Mi consumo de alimentos me ha causado sensaciones de depresión, ansiedad o culpa.</p>	<p>Cuantitativa ordinal</p>	<p>1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y 4 o más veces a la semana (4).</p>
	<p>Mi comportamiento con respecto a los alimentos y mi forma de comer me genera malestar (ansiedad, culpa, depresión).</p>	<p>Cuantitativa ordinal</p>	<p>1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y 4 o más veces a la semana (4).</p>
	<p>He notado que comer la misma cantidad de comida ya no reduce mis emociones negativas o que ya no aumentan las</p>	<p>Cuantitativa ordinal</p>	<p>1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y</p>

	sensaciones placenteras como antes lo hacía.		4 o más veces a la semana (4).
Deseo continuo o incapacidad para reducir o cesar el consumo.	He hecho algo por frenar o disminuir mi consumo de esos determinados alimentos.	Cuantitativa ordinal	1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y 4 o más veces a la semana (4).
	He querido frenar o disminuir mi consumo de esos determinados alimentos.	Cuantitativa ordinal	1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y 4 o más veces a la semana (4).
	Cuántas veces en el último año he intentado frenar o disminuir el consumo de esos determinados alimentos.	Cuantitativa ordinal	1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y 4 o más veces a la semana (4).
	He tenido éxito al frenar o disminuir mi consumo de esos determinados alimentos.	Cuantitativa ordinal	1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y 4 o más veces a la semana (4).
Reducción o cese de actividades	En algunas ocasiones cuando he consumido esos determinados alimentos de forma tan frecuente o en tan grandes cantidades, he	Cuantitativa ordinal	1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y

sociales ocupacionales o recreativas a excepción de la pregunta.	dejado de trabajar, de convivir con la familia o de realizar otras actividades que disfruto.		4 o más veces a la semana (4).
	He notado que tengo un gran deseo o urgencia por consumir esos determinados alimentos cuando dejo de comerlos.	Cuantitativa ordinal	1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y 4 o más veces a la semana (4).
	He evitado asistir a eventos sociales o laborales al saber que esos determinados alimentos estarán disponibles, por miedo a comer de más.	Cuantitativa ordinal	1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y 4 o más veces a la semana (4).
Consecuencias de malestar y disfunción y con el criterio de reducción o cese de actividades sociales ocupacionales o recreativas.	He evitado asistir a eventos sociales o laborales porque no había esos determinados alimentos y no podía consumirlos.	Cuantitativa ordinal	1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y 4 o más veces a la semana (4).
	Mi comportamiento con respecto a los alimentos y mi forma de comer me genera malestar (ansiedad, culpa, depresión).	Cuantitativa ordinal	1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y 4 o más veces a la semana (4).
	Mi consumo de alimentos me ha causado importantes problemas físicos (diabetes, intolerancia a la glucosa, hipertensión, obesidad) o ha complicado los ya existentes.	Cuantitativa ordinal	1 vez en el mes (1); 2-4 veces el en mes (2); 2-3 veces en la semana (3) y

				4 o más veces a la semana (4).
--	--	--	--	--------------------------------

Variable	Dimensiones	Ítem	Tipo de variable	Respuestas
<b>Depresión</b> Para Aaron T. Beck la depresión se explica por tres conceptos específicos: 1) Triada cognitiva formada por la visión negativa de sí mismo, la tendencia a interpretar sus experiencias de forma negativa y la visión negativa acerca del futuro. 2) Los esquemas cognitivos.	Cognitivo afectivo	1. Tristeza	Cualitativa Ordinal	0. No me siento triste 1. Me siento triste gran parte del tiempo 2. Me siento triste todo el tiempo 3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo
		2. Pesimismo	Cualitativa Ordinal	0. No estoy desalentado respecto de mi futuro 1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo 2. No espero que las cosas funcionen para mí 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar
		3. Fracaso	Cualitativa Ordinal	0. No me siento como un fracasado 1. He fracasado más de lo que hubiera debido 2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos 3. Siento que como persona soy un fracaso total
		4. Pérdida de placer	Cualitativa Ordinal	0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar
		5. Sentimientos de culpa	Cualitativa Ordinal	0. No me siento particularmente culpable 1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho

		<p>2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo</p> <p>3. Me siento culpable todo el tiempo</p>
6. Sentimientos de castigo	Cualitativa Ordinal	<p>0. No siento que este siendo castigado</p> <p>1. Siento que tal vez pueda ser castigado</p> <p>2. Espero ser castigado</p> <p>3. Siento que estoy siendo castigado</p>
7. Disconformidad con uno mismo	Cualitativa Ordinal	<p>0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre</p> <p>1. He perdido la confianza en mí mismo</p> <p>2. Estoy decepcionado conmigo mismo</p> <p>3. No me gusta a mí mismo</p>
8. Autocrítica	Cualitativa Ordinal	<p>0. No me critico ni me culpo más de lo habitual</p> <p>1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo</p> <p>2. Me critico a mí mismo por todos mis errores</p> <p>3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede</p>
9. Pensamiento o Deseos Suicidas	Cualitativa Ordinal	<p>0. No tengo ningún pensamiento de matarme</p> <p>1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo habría</p> <p>2. Querría matarme</p> <p>3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo</p>
10. Llanto	Cualitativa Ordinal	<p>0. No lloro más de lo que solía hacerlo</p> <p>1. Lloro más de lo que solía hacerlo</p> <p>2. Lloro por cualquier pequeñez</p> <p>3. Siento ganas de llorar, pero no puedo</p>
11. Agitación	Cualitativa Ordinal	<p>0. No estoy más inquieto o tenso de lo habitual</p> <p>1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual</p> <p>2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto</p>

			3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o
	12. Pérdidas de Interés	Cualitativa Ordinal	0. No he perdido el interés en otras actividades o personas 1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas 2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas 3. Me es difícil interesarme por algo
	13. Indecisión	Cualitativa Ordinal	0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre 1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones 2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión
	14. Desvalorización	Cualitativa Ordinal	0. No siento que yo no sea valioso 1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme 2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros 3. Siento que no valgo nada
Somático-motivacional	15. Pérdida de energía	Cualitativa Ordinal	0. Tengo tanta energía como siempre 1. Tengo menos energía que la que solía tener 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado 3. No tengo energía suficiente para hacer nada
	16. Cambios en los Hábitos de Sueño	Cualitativa Ordinal	0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño 1. Duermo un poco menos que lo habitual 1b. duermo un poco menos que lo habitual 2. Duermo mucho más que lo habitual

			<p>2b duermo mucho menos que lo habitual</p> <p>3. Duermo la mayor parte del día</p> <p>3b me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme</p>
	17. Irritabilidad	Cualitativa Ordinal	<p>0. No estoy tan irritable que lo habitual</p> <p>1. Estoy más irritable que lo habitual</p> <p>2. Estoy mucho más irritable que lo habitual</p> <p>3. Estoy mucho más irritable que lo habitual</p>
	18. Cambios en el Apetito	Cualitativa Ordinal	<p>0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito</p> <p>1. Mi apetito es un poco menor que lo habitual</p> <p>1b mi apetito es un poco mayor que lo habitual</p> <p>2. Mi apetito es mucho menor que antes</p> <p>2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual</p> <p>3. No tengo apetito en absoluto</p> <p>3b quiero comer todo el día</p>
	19. Dificultad de concentración	Cualitativa Ordinal	<p>0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.</p> <p>1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente</p> <p>2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo</p> <p>3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada</p>
	20. Cansancio o Fatiga	Cualitativa Ordinal	<p>0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual</p> <p>1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual</p> <p>2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer</p> <p>3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer</p>
	21. Pérdida del interés en el sexo	Cualitativa Ordinal	<p>0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo</p> <p>1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo</p>

				2. Estoy mucho menos interesado en el sexo 3. He perdido completamente el interés en el sexo.
--	--	--	--	--



## 7.9. Descripción de los instrumentos de medición

En el estudio, se utilizó la Escala de Adicción a la Comida de Yale para medir la adicción a la comida. La adaptación al español de la escala de Yale consta de 18 ítems en escala likert con respuestas variantes del 1 al 4 en razón a la frecuencia con la que realiza o siente determinadas situaciones. El instrumento consta de cinco dimensiones.

### 7.9.1. Validez

la validación transcultural de YFAS al español se realizó mediante la traducción y revisión por parte de dos psiquiatras, dos especialistas en neurociencias, dos especialistas en nutrición y hablantes del idioma español, con dominio del idioma inglés. Para la valoración aparente, se ayudó a optimizar la claridad de las preguntas.

El estudio realizado por Valdés-Moreno obtuvo una validez de constructo mediante un análisis factorial exploratorio con el que se obtuvo un 36% de la varianza explicada y una correlación interna de KMO=0.825. También se obtuvo una validez de criterio por convergencia correlacionando con la escala para trastorno por atracón (Binge Eating Scale, BES) ( $r = 0.5868$   $p \leq 0.0001$ ;  $n = 157$ ). Las pruebas de Bartlett fueron significativas ( $\chi^2(300) = 1572.3$ ,  $p = 0.2843$   $p \leq 0.001$ ;  $n = 151$ ).

En cuanto a la confiabilidad, el valor del  $\alpha$  de Cronbach para los 22 reactivos transformables fue de 0.7963. El coeficiente de Spearman para las dos aplicaciones de la escala de Yale fue  $r = 0.565$ ,  $p < 0.01$ ,  $n = 96$ .

Por otro lado, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck, segunda edición, adaptado a población mexicana por González D, el cual consta de 21 ítems tipo likert. Este instrumento evalúa la gravedad de los síntomas depresivos de las últimas dos semanas hasta el día de la aplicación de este. Además, mide una

dimensión general de depresión con dos factores relacionados cognitivo – afectivo y somático – motivacional.

la validez transcultural del instrumento a población mexicana fue una adaptación de la elaborada por Sanz, Navarro Eta.l, 2003, que no requirió ninguna adaptación lingüística transcultural del español de España al hablado en México, ya que no presentó diferencias culturales en sentido semántico. En ese estudio, la escala adaptada cuenta con una varianza explicada del 62%, con una agrupación adecuada entre sus dimensiones, con coeficientes adecuados de estructura (CFI=0.886; RMSEA=0.062; RMSR=0.024).

### **7.9.2. Confiabilidad**

La consistencia interna resultó satisfactoria para la muestra de población mexicana, con un factor general de 0.9, así como los 2 factores que se relacionan de manera estrecha, obteniendo 0.85 para la dimensión cognitivo-afectivo y 0.78 para las dimensiones.

### **7.10. Logística**

El proyecto fue enviado para la valoración por el comité de ética y el comité de investigación mediante la plataforma de SIRELCIS. Una vez aprobado, la médico residente de medicina familiar dio a conocer al director de la Unidad de Medicina Familiar No1, IMSS, el registro SIRELCIS, el objetivo general, las encuestas que se realizarían, los criterios de inclusión y exclusión, y solicitó un consultorio privado disponible donde se realizarían las encuestas, respetando la privacidad del participante. El consultorio solo fue destinado para la aplicación de las encuestas por el tiempo previsto y autorizado, de 30 minutos por participante. La Coordinadora de la UMF1 ayudó a citar a 4 médicos residentes al día para no afectar sus actividades académicas asignadas.

El tesista convocó a los médicos residentes adscritos a la UMF No. 1 de manera individual de acuerdo con la disponibilidad indicada, en el consultorio asignado para su realización, buscando brindar privacidad al médico residente participante. La tesista procedió a explicar de manera individual a los participantes en qué consistía

el estudio y cada una de las secciones. La primera sección fue acerca de las características sociodemográficas, la segunda sección era el Inventario de Beck II, en el que se explicó al residente que se harían preguntas relacionadas a su comportamiento y estado de ánimo en diferentes periodos de tiempo, los cuales se especificaban en el instrumento, lo que permitiría medir el nivel de depresión en el participante. La tercera sección fue el cuestionario de adicción a la comida de Yale, en donde el residente contestó preguntas en relación a su estado de ánimo y comportamiento ante la comida, mismo que permitió conocer aspectos de sus hábitos de alimentación en el último año, así como la estructura de la escala de Likert. Se garantizó la confidencialidad y anonimato de la información que se obtuviera. Se les dio a leer la carta de consentimiento informado, la cual describía el nombre del estudio, la justificación y el objetivo del estudio, los procedimientos que se llevarían a cabo, los posibles riesgos y molestias que se pudieran generar en el momento del estudio, los beneficios de participar, la información de los resultados, la participación o retiro del participante en cualquier momento, la privacidad y confidencialidad de los datos, el apartado de la declaración del consentimiento y los datos del personal a quien podían dirigirse en caso de dudas o aclaraciones.

La entrevista y la aplicación de los instrumentos se realizaron sin afectar las actividades de los médicos residentes, y se contó con un tiempo aproximado de aplicación de 30 minutos. En caso de que se presentara alguna crisis por alguno de los participantes, derivado del ejercicio, el tesista contó con el soporte para canalizar al participante al servicio de urgencias y ser atendido y/o derivado al servicio de psicología o psiquiatría. Al término de la aplicación se dio el agradecimiento al residente por su participación, explicándoles que los resultados de las encuestas se darían a conocer a través del departamento de SPTIMSS, derivando a los participantes que requirieran intervención. Seguido de la conclusión de jornada, se realizó el vaciado de instrumentos aplicados, para garantizar la calidad de la información mediante la técnica de captura-recaptura.

Al obtener todos los datos de la muestra por parte del tesista se procedió a realizar el análisis estadístico de la muestra y plasmarlos en el desarrollo final de la tesis.

### **7.11. Análisis estadístico**

Después de haber obtenido la información, se procedió a realizar una base de datos en Excel donde se recopiló la información obtenida. Se crearon diferentes rubros con el nombre y etiqueta correspondiente para su posterior análisis e interpretación de los resultados con la ayuda del software IBM SPSS v26 (USA). Los resultados se expresaron mediante tablas y gráficas.

Para describir las variables cualitativas, se emplearon frecuencias y porcentajes, mientras que para las variables cuantitativas se analizaron mediante medidas de tendencia central. Se analizó la distribución de las variables por Shapiro Wilks. Si la distribución era paramétrica, se tomó como tendencia central la media y como dispersión la desviación estándar. En caso de que la distribución fuera no paramétrica, se utilizó como tendencia central la mediana y como dispersión los rangos intercuartílicos.

También se realizó una frecuencia de los datos para verificar que no estuvieran mal codificados o hubiera pérdida de datos. Se calcularon pruebas t-student para identificar las diferencias de puntajes entre grupos, Odds ratios crudos con intervalo de confianza del 95% y Odds ratios ajustados con regresión logística.

### **7.12. Recursos**

A) Humanos:

- Asesores:

Dra. Lourdes Andrade navarro, médico especialista en medicina familiar, médico especialista en urgencias médicas, maestro en ciencias de la educación, maestro en administración de hospitales, adscrita a la sede delegacional.

Dra. Griselda Góngora Serna, médico especialista en medicina familiar, con unidad de adscripción en la unidad de medicina Familiar No 7.

Dra. Evelyn Patricia Larraga Benavente. Coordinador clínico de educación e investigación de la Unidad de Medicina Familiar No. 1, Delegación Aguascalientes.

Tesista: Dra. Cinthya Selene Gómez López, residente de tercer año en la especialidad en Medicina Familiar del Hospital General No 1 de Aguascalientes.

## B) Financieros:

Para el presente proyecto se necesitará papel, lápiz y pluma para los consentimientos informados y el instrumento de trabajo, una computadora, Excel para la recolección de los datos, un software estadístico para el análisis correspondiente. Los cuáles serán proporcionados por el tesista.

## C) Materiales

- Hojas de formato de recolección de datos.
- Computadora portátil.
- Plumas, lápices

### **7.13. Consideraciones éticas**

La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial recomendó orientar a los médicos en la investigación biomédica con seres humanos. Fue adoptada por la 18ª Asamblea Médica Mundial en Helsinki, Finlandia, en junio de 1964 y enmendada por la 29ª Asamblea Médica Mundial en Tokio, Japón, en octubre de 1975, por la 35ª Asamblea Médica Mundial en Venecia, Italia, en octubre de 1983 y por la 41ª Asamblea Médica Mundial en Hong Kong en septiembre de 1989. El propósito de la investigación médica con seres humanos era mejorar los procedimientos diagnósticos, terapéuticos y profilácticos y la comprensión de la etiología y la patogénesis de la enfermedad.

Como puntos importantes se referían:

- El diseño y la ejecución de cada procedimiento experimental en seres humanos debían formularse claramente en un protocolo experimental que se enviaba a un comité independiente debidamente designado para su consideración, observaciones y consejos. Dicho comité debía ajustarse a las leyes y regulaciones del país en que se llevaba a cabo la investigación.
- Los médicos debían abstenerse de emprender proyectos de investigación en seres humanos a menos que tuvieran la certeza de que los peligros que entrañaban se consideraban previsibles.

➤ Siempre debía respetarse el derecho del participante en la investigación a proteger su integridad. Debían tomarse todas las precauciones del caso para respetar la vida privada del participante y para reducir al mínimo el impacto del estudio en la integridad física y mental del participante y en su personalidad.

➤ Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debía ser especialmente cuidadoso para darse cuenta si en el participante se había formado una condición de dependencia con él o si consentía bajo coacción. En ese caso, el consentimiento informado debía obtenerlo un médico que no tomara parte en la investigación y que tuviera completa independencia de esa relación oficial.

➤ En el caso de incapacidad legal, el consentimiento informado debía obtenerse del tutor legal de conformidad con la legislación nacional. Cuando la incapacidad física o mental hacía imposible obtener un consentimiento informado, o cuando el participante era menor de edad, un permiso otorgado por un pariente responsable reemplazaba al del participante de conformidad con la legislación nacional.

Con base en la Ley General de Salud, en el Reglamento General de Salud en materia de Investigación para la salud en su Título V, capítulo único, se cumplía con las disposiciones del artículo 96 sin comprometer a seres humanos, por lo que este estudio se consideró de riesgo mínimo. Se solicitó autorización a los pacientes para aceptar su participación, firmando consentimiento informado, explicándoles el objetivo del estudio, en qué consistiría su participación y los beneficios y riesgos a los que se someterían. Este protocolo se presentó al Comité Local de Investigación para su aprobación.

**7.14. Cronograma de actividades**

<b>ACTIVIDADES</b>	<b>NOV-DIC 2021</b>		<b>ENE-FEB 2022</b>	<b>MAR-ABR 2022</b>	<b>MAY-JUN 2022</b>	<b>JUL-AGO 2022</b>	<b>SEP-OCT 2022</b>	<b>NOV-DIC 2022</b>	<b>ENE-FEB 2023</b>	<b>FEB-MAR 2023</b>
Acopio de Bibliografía.										
Hacer Planteamiento.										
Hacer Marco Teórico y Conceptual										
Diseño y Revisión Protocolo										
Registro de Protocolo ante el Comité de Investigación.										
Aprobación de Protocolo										
Trabajo de Campo, aplicación de encuestas.										
Acopio y Captura de Datos.										
Análisis e Interpretación de Resultados										
Hacer Discusiones y Conclusiones.										
Autorización.										
Elaboración de tesis.										
Difusión de resultados.										

## 8.RESULTADOS

La tabla presenta la distribución de edad de una muestra de participantes divididos por género (masculino y femenino) y un total general. El promedio de edad en el grupo masculino es de 31.8 años y en el grupo femenino es de 30.2 años, mientras que la media general es de 30.8 años. El valor mínimo de edad en ambos grupos es de 26 años, mientras que el valor máximo en el grupo masculino es de 37 años y en el grupo femenino es de 41 años. La desviación estándar de la edad en ambos grupos es de 3.1 años, lo que sugiere que las edades de los participantes en ambos grupos están relativamente dispersas alrededor de la media.

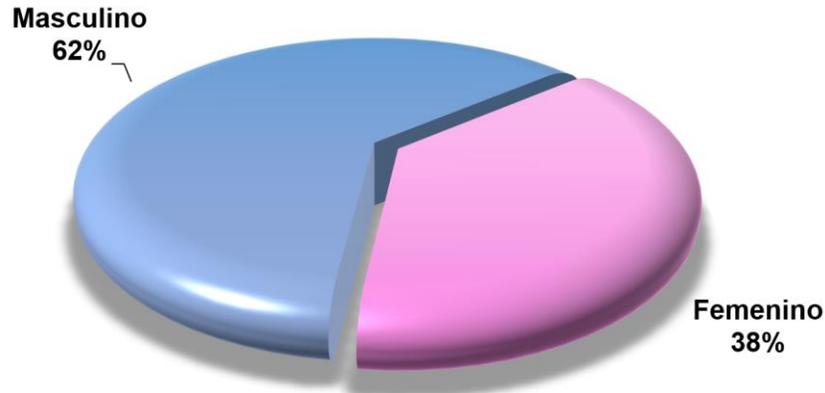
**Tabla 1. Distribución de la edad por sexo**

	Masculino	Femenino	Total
Promedio	31.8	30.2	30.8
Mínimo	27.0	26.0	26.0
Máximo	37.0	41.0	41.0
Desviación estándar	3.1	3.1	3.1

**Fuente:** Instrumento aplicado, n=42.

La tabla muestra la distribución de género de los 42 médicos residentes que participaron en un estudio sobre la asociación entre la adicción a la comida y la depresión. De los 42 participantes, el 61.9% eran hombres y el 38.1% eran mujeres. Esta información es importante para el análisis de los resultados del estudio, ya que puede haber diferencias en la relación entre la adicción a la comida y la depresión según el género de los participantes.

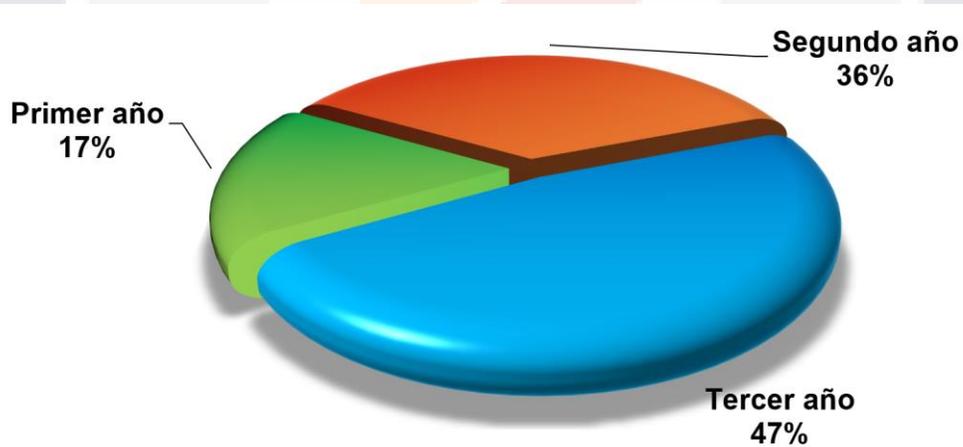
**Gráfica 1. Sexo**



**Fuente:** Instrumento aplicado, n=42.

La tabla presenta la distribución de los residentes de medicina familiar según su grado académico (primer año, segundo año y tercer año). De los 42 residentes incluidos en el estudio, el 16.7% estaban en su primer año, el 35.7% en su segundo año y el 47.6% en su tercer año.

**Gráfica 2. Grado**



**Fuente:** Instrumento aplicado, n=42.

En la Tabla 2 de la Escala de Depresión de Beck II, se observan los siguientes hallazgos destacables:

El ítem con el porcentaje más alto de respuestas negativas (no experimentar el síntoma) es el de "Sentimientos de castigo", donde el 97,6% de los encuestados no siente que estén siendo castigados.

El ítem con el porcentaje más bajo de respuestas negativas es el de "Pérdida de energía", donde sólo el 50% de los encuestados indica tener tanta energía como siempre.

Por otro lado, en cuanto a las respuestas positivas (experimentar el síntoma):

El ítem con el porcentaje más alto de respuestas positivas es el de "Cansancio o Fatiga", donde el 52,4% de los encuestados reporta sentirse más cansados o fatigados de lo habitual.

El ítem con el porcentaje más bajo de respuestas positivas es el de "Sentimientos de castigo", con solo el 2,4% de los encuestados sintiendo que podrían estar siendo castigados.

**Tabla 2. Escala de depresión de Beck II**

Ítems		Frecuencia	Porcentaje	
1. Tristeza	0. No me siento triste	35	83.3%	
	1. Me siento triste gran parte del tiempo	7	16.7%	
2. Pesimismo	0. No estoy desalentado respecto de mi futuro	29	69.0%	
	1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estar	13	31.0%	
3. Fracaso	0. No me siento como un fracasado	38	90.5%	
	1. He fracasado más de lo que hubiera debido	4	9.5%	
4. Perdida de placer	0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto	32	76.2%	
	1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.	10	23.8%	
5. Sentimientos de culpa	0. No me siento particularmente culpable	31	73.8%	
	1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho	11	26.2%	
6. Sentimientos de castigo	0. No siento que este siendo castigado	41	97.6%	
	1. Siento que tal vez pueda ser castigado	1	2.4%	
7. Disconformidad con uno mismo	0. Siento acerca de mi lo mismo que siempre	35	83.3%	
	1. He perdido la confianza en mí mismo	5	11.9%	
	2. Estoy decepcionado conmigo mismo	2	4.8%	
8. Autocrítica	0. No me critico ni me culpo más de lo habitual	28	66.7%	

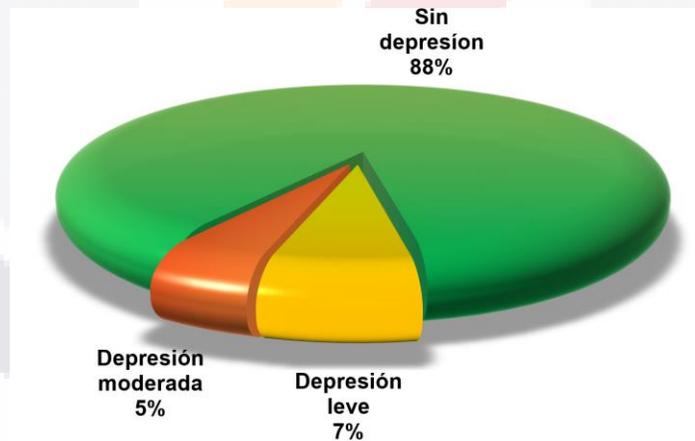
	1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía esta	13	31.0%	
	2. Me critico a mí mismo por todos mis errores	1	2.4%	
9. Pensamiento o Deseos Suicidas	0. No tengo ningún pensamiento de matarme	40	95.2%	
	1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo habría	2	4.8%	
10. Llanto	0. No lloro más de lo que solía hacer	34	81.0%	
	1. Lloro más de lo que solía hacerlo	8	19.0%	
11. Agitación	0. No estoy más inquieto o tenso de lo habitual	32	76.2%	
	1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual	10	23.8%	
12. Pérdida de interés	0. No he perdido el interés en otras actividades o personas	34	81.0%	
	1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas	7	16.7%	
	3. Me es difícil interesarme por algo	1	2.4%	
13. Indecisión	0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre	32	76.2%	
	1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisión	10	23.8%	
14. Desvalorización	0. No siento que yo no sea valioso	37	88.1%	
	1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considera	4	9.5%	
	2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros	1	2.4%	
15. Pérdida de energía	0. Tengo tanta energía como siempre	21	50.0%	
	1. Tengo menos energía que la que solía tener	20	47.6%	
	2. No tengo suficiente energía para hacer demasiad	1	2.4%	
16. Cambios en los Hábitos de Sueño	0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño	22	52.4%	
	1. Duermo un poco menos que lo habitual...1b. duermo un poco menos que lo habitual	16	38.1%	
	2. Duermo mucho más que lo habitual.....2b duermo mucho menos que lo habitual	4	9.5%	
17. Irritabilidad	0. No estoy tan irritable que lo habitual	29	69.0%	
	1. Estoy más irritable que lo habitual	12	28.6%	
	2. Estoy mucho más irritable que lo habitual	1	2.4%	
18. Cambios en el Apetito	0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito	34	81.0%	
	1. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.....1b mi apetito es un poco mayor que lo habitual	8	19.0%	
19. Dificultad de concentración	0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.	28	66.7%	
	1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente	11	26.2%	
	2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo	3	7.1%	

20. Cansancio o Fatiga	0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual	20	47.6%	████████████████████
	1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual	19	45.2%	██████████████████
	2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer	2	4.8%	██
	3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer	1	2.4%	█
21. Pérdida del interés en el sexo	0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por él se	38	90.5%	██
	1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo	2	4.8%	██
	2. Estoy mucho menos interesado en el sexo	1	2.4%	█
	3. He perdido completamente el interés en el sexo	1	2.4%	█

**Fuente:** Instrumento aplicado, n=42, Escala de depresión de Beck

La grafica 3 presenta la distribución de los resultados globales de depresión en la muestra de participantes. De los 42 participantes, el 7.1% presentó depresión leve, el 4.8% presentó depresión moderada y el 88.1% no presentó depresión.

**Gráfica 3. Niveles de depresión**



**Fuente:** Instrumento aplicado, n=42, Escala de depresión de Beck

La tabla 3 muestra los puntajes de la Escala de Beck en diferentes grupos:

**Sexo:** El grupo masculino tiene una media de 7.7 y una desviación estándar de 7.0, mientras que el grupo femenino tiene una media de 4.2 y una desviación estándar

de 6.1. El valor p obtenido a través de la prueba t-Student indica que no hay una diferencia significativa entre los puntajes de ambos grupos (valor p = 0.111).

**Grado de residencia:** El grupo de residentes en primer año tiene una media de 11.1 y una desviación estándar de 9.0, mientras que el grupo de residentes en segundo y tercer año tienen medias de 6.5 y 2.8, respectivamente, y desviaciones estándar de 6.9 y 3.8, respectivamente. El valor p obtenido a través de la prueba t-Student indica que hay una diferencia significativa entre los puntajes del grupo de primer año y los otros dos grupos (valor p = 0.009).

**Adicción a la comida:** El grupo de participantes con adicción a la comida tiene una media de 10.1 y una desviación estándar de 8.2, mientras que el grupo sin adicción a la comida tiene una media de 4.1 y una desviación estándar de 5.5. El valor p obtenido a través de la prueba t-Student indica que hay una diferencia significativa entre los puntajes de ambos grupos (valor p = 0.011).

**Tabla 3. Puntajes de depresión**

<b>Sexo</b>					
Puntaje Beck	N	Media	Desviación	t-Student	Valor p.
Masculino	16	7.7	7.0	1.63	0.111
Femenino	26	4.2	6.1		
<b>Grado de residencia</b>					
Primero	7	11.1	9.0	5.291	0.009
Segundo	15	6.5	6.9		
Tercero	20	2.8	3.8		
<b>Adicción a la comida</b>					
Si	10	10.1	8.2	2.683	0.011
No	32	4.1	5.5		
<b>Total</b>	42	5.5	6.6	Nivel de conf. 95%	

Fuente: Entrevista directa, n=42

La Tabla 4 presenta información sobre la Escala de Adicción a la Comida de Yale, obteniendo que la mayoría de los encuestados no experimentan síntomas severos de adicción a la comida, ya que, en la mayoría de los ítems, la opción "Nunca" es la

más frecuente. Existe una tendencia en algunos participantes a comer más de lo planeado (40.5% al menos 1 vez al mes) y a seguir comiendo sin hambre (35.7% al menos 1 vez al mes). Así mismo, una proporción significativa de participantes ha experimentado preocupación por no poder evitar ciertos alimentos o reducir su consumo (16.7% al menos 1 vez al mes). Finalmente, aunque la mayoría de los encuestados no informaron síntomas graves de adicción a la comida, hay una proporción menor que ha intentado frenar o disminuir el consumo de ciertos alimentos en el último año: 64.3% lo intentó 1 o menos veces, 16.7% lo intentó 2 veces y 14.3% lo intentó 5 o más veces.

**Tabla 4. Escala de adicción a la comida de Yale**

Ítems		Frecuencia	Porcentaje	
1. He notado que cuando empiezo a comer esos determinados alimentos, he terminado comiendo más de lo que tenía planeado	Nunca	18	42.9%	
	1 vez al mes	17	40.5%	
	2-4 veces en el mes	7	16.7%	
2. He notado que cuando estoy comiendo esos determinados alimentos he seguido comiéndolos, aunque ya no tengo hambre.	Nunca	23	54.8%	
	1 vez al mes	15	35.7%	
	2-4 veces en el mes	4	9.5%	
3. He notado que como tanto que llego a sentirme físicamente mal, por ejemplo, con inflamación, dolor de estómago, náuseas, indigestión, agruras, etc.	Nunca	25	59.5%	
	1 vez al mes	12	28.6%	
	2-4 veces en el mes	5	11.9%	
4. Me preocupa que no he podido evitar consumir esos determinados alimentos o no he podido reducir su consumo.	Nunca	31	73.8%	
	1 vez al mes	7	16.7%	
	2-4 veces en el mes	4	9.5%	
5. He pasado mucho tiempo sintiéndome lento, pesado o cansado por haber comido de más.	Nunca	24	57.1%	
	1 vez al mes	15	35.7%	
	2-4 veces en el mes	3	7.1%	
6. He notado que a lo largo del día ingiero repetidamente esos determinados alimentos.	Nunca	28	66.7%	
	1 vez al mes	13	31.0%	
	2-4 veces en el mes	1	2.4%	
7. He notado que trato de obtener esos determinados alimentos cuando no están disponibles. Ejemplo: he ido a la tienda a conseguirlos, aunque haya tenido otras opciones en casa	Nunca	33	78.6%	
	1 vez al mes	5	11.9%	
	2-4 veces en el mes	4	9.5%	
8. En algunas ocasiones cuando he consumido esos determinados alimentos de forma tan frecuente o en tan grandes cantidades, he dejado de trabajar, de convivir con la familia o de realizar otras actividades que disfruto.	Nunca	36	85.7%	
	1 vez al mes	5	11.9%	
	2-4 veces en el mes	1	2.4%	
9. En algunas ocasiones cuando he consumido esos determinados alimentos de forma tan frecuente o en tan grandes cantidades, he pasado el tiempo envuelto en sentimientos negativos (culpa, baja autoestima) porque he	Nunca	32	76.2%	
	1 vez al mes	7	16.7%	
	2-4 veces en el mes	3	7.1%	

comido de más, en lugar de trabajar, de convivir con la familia o de realizar otras actividades que disfruto.

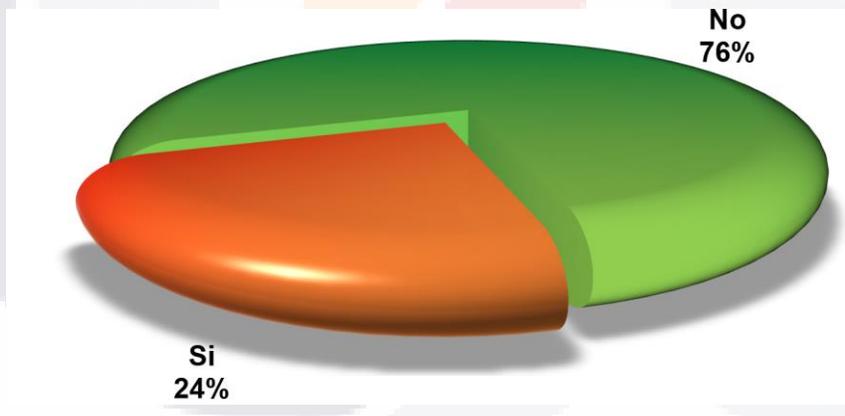
10. He evitado asistir a eventos sociales o laborales al saber que esos determinados alimentos estarán disponibles, por miedo a comer de más.	Nunca	38	90.5%	
	1 vez al mes	2	4.8%	
	2-4 veces en el mes	2	4.8%	
11. He evitado asistir a eventos sociales o laborales porque no había esos determinados alimentos y no podía consumirlos	Nunca	37	88.1%	
	1 vez al mes	4	9.5%	
	2-4 veces en el mes	1	2.4%	
12. Me he sentido inquieto, ansioso o agitado cuando he dejado de consumir esos determinados alimentos (no considerar a las bebidas con cafeína).	Nunca	35	83.3%	
	1 vez al mes	6	14.3%	
	2-4 veces en el mes	1	2.4%	
13. He consumido esos determinados alimentos para evitar sentimientos de ansiedad o de inquietud producidos por haber dejado de comerlos (no considerar a las bebidas con cafeína, como las energizantes, café, etc.).	Nunca	37	88.1%	
	1 vez al mes	3	7.1%	
	2-4 veces en el mes	2	4.8%	
14. He notado que tengo un gran deseo o urgencia por consumir esos determinados alimentos cuando dejo de comerlos	Nunca	34	81.0%	
	1 vez al mes	6	14.3%	
	2-4 veces en el mes	2	4.8%	
15. Mi comportamiento con respecto a los alimentos y mi forma de comer me genera malestar (ansiedad, culpa, depresión)	Nunca	33	78.6%	
	1 vez al mes	6	14.3%	
	2-4 veces en el mes	3	7.1%	
16. Por culpa de la comida y la alimentación tengo dificultades importantes para desenvolverme de un modo adecuado en mis diferentes actividades (rutina diaria, trabajo, sociales, familiares, dificultades de salud).	Nunca	37	88.1%	
	1 vez al mes	2	4.8%	
	2-4 veces en el mes	3	7.1%	
17. Mi consumo de alimentos me ha causado sensaciones de depresión, ansiedad o culpa.	Nunca	33	78.6%	
	1 vez al mes	7	16.7%	
	2-4 veces en el mes	2	4.8%	
18. Mi consumo de alimentos me ha causado importantes problemas físicos (diabetes, intolerancia a la glucosa, hipertensión, obesidad) o ha complicado los ya existentes.	Nunca	34	81.0%	
	1 vez al mes	7	16.7%	
	2-4 veces en el mes	1	2.4%	
19. He continuado comiendo el mismo tipo de alimentos en la misma cantidad de alimentos a pesar de que me han ocasionado problemas psicológicos o físicos (ansiedad, culpa, diabetes, intolerancia a la glucosa, hipertensión, obesidad).	Nunca	33	78.6%	
	1 vez al mes	7	16.7%	
	2-4 veces en el mes	2	4.8%	
20. Conforme pasa el tiempo he notado que necesito comer más y más para lograr estado de bienestar que deseo, como por ejemplo para reducir mis emociones negativas (ansiedad o culpa) e incrementar el placer.	Nunca	37	88.1%	
	1 vez al mes	5	11.9%	
21. He notado que comer la misma cantidad de comida ya no reduce mis emociones negativas o que ya no aumentan las sensaciones placenteras como antes lo hacía.	Nunca	39	92.9%	
	1 vez al mes	2	4.8%	
	2-4 veces en el mes	1	2.4%	
22. He querido frenar o disminuir mi consumo de esos determinados alimentos.	Nunca	33	78.6%	
	1 vez al mes	5	11.9%	
	2-4 veces en el mes	4	9.5%	
23. He hecho algo por frenar o disminuir mi consumo de esos determinados alimentos.	Nunca	31	73.8%	
	1 vez al mes	6	14.3%	
	2-4 veces en el mes	5	11.9%	

24. He tenido éxito al frenar o disminuir mi consumo de esos determinados alimentos.	Nunca	32	76.2%	
	1 vez al mes	5	11.9%	
	2-4 veces en el mes	5	11.9%	
25. ¿Cuántas veces en el último año he intentado frenar o disminuir el consumo de esos determinados alimentos?	1 o menos veces	27	64.3%	
	2 veces	7	16.7%	
	3 veces	2	4.8%	
	5 o más veces	6	14.3%	

**Fuente:** Instrumento aplicado, n=42, Escala de Yale

La interpretación global de la Escala de Adicción a la Comida de Yale (YFAS) en residentes de Medicina Familiar reveló que el 76.2% de los participantes no presentaron indicadores de adicción a la comida, mientras que el 23.8% de los participantes presentaron indicadores de adicción a la comida. Estos resultados sugieren que la adicción a la comida es un problema relevante en una proporción significativa de residentes de Medicina Familiar, lo que puede tener implicaciones importantes para su bienestar y calidad de vida.

**Gráfica 4. Prevalencia de adicción a la comida**



**Fuente:** Instrumento aplicado, n=42

En relación con la interpretación de los puntajes de la escala de adicción a la comida de Yale entre los diferentes grupos, se observa que tanto hombres como mujeres presentan un puntaje medio elevado, siendo mayor en el grupo masculino (13.1) que en el grupo femenino (11.7), sin embargo, esta diferencia no es estadísticamente significativa. En cuanto al grado de residencia, los residentes del primer año presentan un puntaje medio más elevado (16.4) que los del segundo

(13.3) y tercer año (10.0), siendo esta diferencia estadísticamente significativa con un valor  $p=0.46$ . En relación con el nivel de depresión, se observa que los participantes sin depresión presentan un puntaje medio menor (10.0) que aquellos con depresión leve (30.7) o moderada (26.5), aunque no se alcanza significación estadística (valor  $p=0.059$ ). En general, se podría concluir que en esta muestra de residentes de medicina familiar existe un alto nivel de adicción a la comida, especialmente entre los residentes del primer año.

**Tabla 5. Puntajes de adicción a la comida**

<b>Sexo</b>					
Puntaje Yale	N	Media	Desviación	t-Student	Valor p.
Masculino	16	13.1	13.4	0.335	0.709
Femenino	26	11.7	12.0		
<b>Grado de residencia</b>					
Primero	7	16.4	17.8	0.792	0.46
Segundo	15	13.3	13.3		
Tercero	20	10.0	9.3		
<b>Nivel depresión</b>					
Sin depresión	37	10.0	14.2	3.07	0.059
Depresión leve	3	30.7	14.8		
Depresión moderad	2	26.5	10.6		
<b>Total</b>	42	12.2	12.4	Nivel de conf. 95%	

Fuente: Entrevista directa, n=42

La **tabla 6** se divide en varias secciones. La primera sección presenta la información sobre la asociación entre la depresión y la adicción a la comida. En esta sección, se observa que de los 10 médicos residentes que participaron en el estudio, 4 de ellos informaron tener depresión y adicción a la comida, mientras que 6 no reportaron ninguna de estas condiciones. El valor  $p$  para esta asociación es muy bajo (0.002), lo que indica una asociación significativa entre la depresión y la adicción a la comida. La razón de momios (OR) es de 20.667, lo que significa que los médicos residentes que tienen depresión son 20.667 veces más propensos a tener adicción a la comida que los médicos residentes sin depresión. El intervalo de confianza del 95% para esta asociación va desde 1.953 a 218.71. Así mismo, se obtuvo que otras variables

pueden estar significativamente asociadas con la adicción a la comida en los médicos residentes. Por ejemplo, se observa una asociación significativa entre la depresión y la pérdida de interés (valor  $p = 0.043$ ; OR = 6.44; IC 95% = 1.136 a 36.568). También se observa una asociación significativa entre la depresión y la dificultad de concentración (valor  $p = 0.064$ ; OR = 4.33; IC 95% = 0.943 a 19.905). Además, se observa una asociación significativa entre la depresión y la agitación (valor  $p = 0.4$ ; OR = 5.4; IC 95% = 1.13 a 25.8).

**Tabla 6. Asociaciones crudas entre la adicción a la comida y las variables independientes**

Variables	Adicción a la comida		Valor p	OR	IC 95%		
	Si	No			Inferior	Superior	
Depresión	Si	4	1	0.002	20.667	1.953	218.71
	No	6	31				
Grado	Primero	2	5	0.854	---	---	---
	Segundo	4	11				
	Tercero	4	16				
Sexo	Hombre	3	15	0.286	0.486	0.106	2.221
	Mujer	7	17				
Tristeza	Si	4	3	0.43	6.444	1.136	36.568
	No	6	29				
Pesimismo	Si	5	8	0.238	3	0.686	13.118
	No	5	24				
Fracaso	Si	3	1	0.36	13.286	1.197	147.51
	No	7	31				
Pérdida de placer	Si	5	5	0.4	5.4	1.13	25.8
	No	5	27				
Sentimientos de culpa	Si	5	6	0.94	4.33	0.943	19.905
	No	5	26				
Sentimientos de castigo	Si	1	0	0.238	4.55	2.55	8.11
	No	9	32				
Disconformidad con uno mismo	Si	3	2	0.078	6.429	0.897	46.06
	No	7	30				
Autocrítica	Si	5	8	0.238	3	0.686	13.118
	No	5	24				
Pensamiento o Deseos Suicidas	Si	2	0	0.052	5	2.69	9.29
	No	8	32				
Llanto	Si	3	5	0.369	2.31	0.442	12.114
	No	7	27				

Agitación	Si	5	5	0.4	5.4	1.13	25.8
	No	5	27				
Pérdida de interés	Si	4	3	0.043	6.44	1.136	36.568
	No	6	29				
Indecisión	Si	4	6	0.213	2.889	0.616	13.55
	No	6	26				
Desvalorización	Si	2	2	0.236	3.75	0.455	30.913
	No	8	30				
Pérdida de energía	Si	7	13	0.152	3.41	0.742	15.677
	No	3	19				
Cambios en los Hábitos de Sueño	Si	5	11	0.465	1.909	0.453	8.044
	No	5	21				
Irritabilidad	Si	4	8	0.296	2	0.448	8.936
	No	6	24				
Cambios en el Apetito	Si	3	5	0.28	2.314	0.442	12.114
	No	7	27				
Dificultad de concentración	Si	5	6	0.064	4.33	0.943	19.905
	No	5	26				
Cansancio o Fatiga	Si	5	14	0.504	1.28	0.31	5.33
	No	5	18				
Pérdida del interés en el sexo	Si	0	0	---	---	---	---
	No	10	32				

Fuente: Entrevista directa, n=42

La siguiente tabla describe la regresión logística que analiza la relación entre la depresión y la adicción a la comida en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes.

El estadístico Beta (B) para la variable "Depresión" es de 3.029, lo que indica que la presencia de depresión está significativamente asociada con la adicción a la comida. El estadístico Wald para esta variable es de 6.330, con un valor p de 0.012, lo que indica que la asociación entre la depresión y la adicción a la comida es estadísticamente significativa. La razón de momios ajustada (Exp(B)) es de 20.667, lo que indica que los médicos residentes que tienen depresión son 20.667 veces más propensos a tener adicción a la comida que los médicos residentes sin depresión. El intervalo de confianza del 95% para esta razón de momios va desde 1.953 a 218.712. **Tabla 7**

**Tabla 7. Regresión logística entre depresión y adicción a la comida**

	B	Wald	Sig.	OR (Ajustado)	I.C. 95% para EXP(B)	
					Inferior	Superior
Depresión	3.029	6.330	.012	20.667	1.953	218.712
Constante	-4.415	3.749	.053	.012		

Fuente: Entrevista directa, n=42

## 9. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo medir los síntomas de depresión y adicción a la comida en médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes, así como identificar posibles asociaciones entre estas variables. En general, los resultados muestran que una proporción significativa de médicos residentes reportó síntomas de depresión y adicción a la comida, lo que indica que estos profesionales de la salud pueden estar en riesgo de sufrir problemas de salud mental y física relacionados con estas condiciones.

En cuanto a las características sociodemográficas de la población estudiada, se encontró una proporción mayor de mujeres que de hombres, lo que puede reflejar una tendencia creciente de mujeres en la medicina. Asimismo, la mayoría de los residentes se encontraban en el segundo y tercer grado de residencia, lo que sugiere que estos médicos pueden estar más expuestos a situaciones de estrés y presión laboral.

Respecto a los síntomas cognitivo-afectivos y somático-emocionales, se encontró que los médicos residentes presentaron niveles moderados de depresión y adicción a la comida. Esto es consistente con estudios previos que han mostrado que los profesionales de la salud están expuestos a altos niveles de estrés y sufrimiento emocional, lo que puede afectar su bienestar y su capacidad para brindar atención de calidad a sus pacientes. (3,4)

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

En cuanto a la percepción del consumo de sustancias y la tolerancia, se encontró que la mayoría de los residentes reportó no haber consumido sustancias ilegales. Sin embargo, un pequeño porcentaje de los participantes reportó haber consumido alcohol, lo que sugiere que se debe prestar atención a la prevención y detección temprana del consumo problemático de alcohol en este grupo de población. (4)

En cuanto a la asociación entre la depresión y la adicción a la comida, se obtuvo una asociación ajustada estadísticamente significativa entre la adicción a la comida en los médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes. Esto sugiere que la depresión puede ser un factor importante para considerar en el desarrollo de programas de intervención para abordar la adicción a la comida en este grupo de médicos residentes, ya que se obtuvo que los residentes con depresión tiene hasta 20 veces mas probabilidad de padecer adicción a la comida, en comparación con los residentes que no tienen depresión. Este hallazgo es consistente con la literatura que sugiere que la adicción a la comida puede ser un factor de riesgo para la depresión y otros problemas de salud mental. (3,5-6)

Es importante destacar que este estudio presenta algunas limitaciones que pueden afectar la generalización de los resultados. Una limitación es el tamaño de la muestra, que fue relativamente pequeña y puede no representar la población de médicos residentes de otros centros de salud. Además, el estudio se basó en cuestionarios autoadministrados, lo que puede estar sujeto a sesgos de información y sesgos de selección. También se debe tener en cuenta que este estudio se realizó en un solo centro de salud en Aguascalientes, por lo que los resultados pueden no ser generalizables a otros contextos.

Además, otro posible sesgo de información podría ser el sesgo de deseabilidad social, en el cual los participantes podrían haber proporcionado respuestas socialmente aceptables en lugar de respuestas honestas y precisas. Esto podría haber afectado las respuestas en la sección de adicción a la comida y depresión, ya que estos temas pueden tener estigmas asociados y los participantes podrían haber sentido la necesidad de proporcionar respuestas socialmente deseables en lugar de respuestas precisas.

Así mismo, es importante tener en cuenta que se trata de una muestra pequeña de residentes de una sola unidad médica en Aguascalientes, por lo que los resultados no pueden generalizarse a la población de médicos residentes en el IMSS a nivel nacional. Además, el estudio se realizó mediante un cuestionario autoadministrado, lo que puede haber afectado la calidad de las respuestas obtenidas.

A pesar de estas limitaciones, los resultados de este estudio son útiles para el IMSS ya que pueden proporcionar información valiosa para el diseño de programas de prevención y tratamiento de adicciones y depresión en residentes de medicina familiar. El estudio sugiere que la adicción a la comida y la depresión son problemas significativos en este grupo de médicos residentes, lo que podría afectar su capacidad para brindar atención de calidad a sus pacientes. Por lo tanto, el IMSS podría considerar la implementación de programas de educación y capacitación para ayudar a los residentes a identificar y abordar estos problemas de manera efectiva.

En conclusión, este estudio destaca la importancia de considerar la adicción a la comida y la depresión en los médicos residentes de medicina familiar del IMSS, ya que estos problemas podrían afectar su desempeño profesional y su calidad de vida en general. A pesar de las limitaciones del estudio, los resultados proporcionan una visión valiosa de la prevalencia y la naturaleza de estos problemas en este grupo de médicos residentes, y pueden servir como punto de partida para futuras investigaciones y programas de intervención en el IMSS y otras instituciones de atención médica.

## **10. CONCLUSIONES**

Se logró dar respuesta a los objetivos específicos planteados para este estudio. En cuanto a las características sociodemográficas de la población de médicos residentes de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes, se observó que la mayoría eran mujeres y se encontraban en el segundo grado de residencia. En relación con los síntomas cognitivo-afectivos medidos por la escala de Beck, se encontró que los residentes presentaban un nivel leve de depresión en su mayoría. Además, se

encontró una correlación significativa entre los puntajes de la escala de Beck y la escala de adicción a la comida de Yale, lo que sugiere que existe una relación entre la depresión y la adicción a la comida.

En cuanto a los síntomas somático-emocionales, se encontró que la mayoría de los residentes no presentaba síntomas significativos en la escala de somatización. En relación con la percepción del consumo de sustancias, se encontró que la mayoría de los residentes no tenía una percepción significativa de consumo de sustancias. Sin embargo, se encontró una asociación significativa entre la adicción a la comida y la percepción de la tolerancia, lo que sugiere que la adicción a la comida puede afectar la percepción de la tolerancia.

En cuanto a la percepción del deseo continuo o incapacidad para reducir o cesar el consumo, se encontró que la mayoría de los residentes no presentaba una percepción significativa en la escala de deseo continuo. En relación con la percepción de la reducción o cese de actividades sociales, ocupacionales o recreativas, se encontró que la mayoría de los residentes no presentaba una percepción significativa en la escala de interferencia. Finalmente, en relación con la percepción de las consecuencias de malestar y disfunción, se encontró que la mayoría de los residentes no presentaba una percepción significativa en la escala de consecuencias.

Con relación a las asociaciones crudas, se observó que de los 10 médicos residentes que participaron en el estudio, 4 de ellos informaron tener depresión y adicción a la comida, mientras que 6 no reportaron ninguna de estas condiciones. La asociación entre la depresión y la adicción a la comida fue significativa (valor  $p = 0.002$ ), y la razón de momios (OR) fue de 20.667, lo que sugiere que los médicos residentes con depresión son 20.667 veces más propensos a tener adicción a la comida que los médicos residentes sin depresión. Además, se observó una asociación cruda significativa entre la depresión y la pérdida de interés (valor  $p = 0.043$ ; OR = 6.44; IC 95% = 1.136 a 36.568), la dificultad de concentración (valor  $p = 0.064$ ; OR = 4.33; IC 95% = 0.943 a 19.905) y la agitación (valor  $p = 0.4$ ; OR = 5.4; IC 95% = 1.13 a 25.8). Así mismo, la regresión logística mostró que la presencia de depresión está significativamente asociada con la adicción a la comida (valor  $p$

TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS

= 0.012; ORA = 20.667; IC 95% = 1.953 a 218.712) después de ajustar por otras variables. Esto sugiere que la depresión puede ser un factor importante para considerar en el desarrollo de programas de intervención para abordar la adicción a la comida en los médicos residentes.

En general, se puede concluir que los residentes de medicina familiar de la UMF 1 del IMSS en Aguascalientes presentan niveles leves de depresión y no presentan síntomas significativos en la escala de somatización. Además, la depresión está asociada con la adicción a la comida en médicos residentes.

## 11. GLOSARIO

**Adicción a la comida:** se refiere a la pérdida de control sobre la ingesta de alimentos y la necesidad compulsiva de comer en exceso, lo que puede llevar a la obesidad y otros problemas de salud.

**Depresión: un trastorno** del estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, pérdida de interés en actividades que antes eran placenteras, cambios en el apetito y el sueño, fatiga, dificultad para concentrarse y pensamientos suicidas.

**Síntomas cognitivo-afectivos:** se refiere a los cambios en el pensamiento y el estado de ánimo que se experimentan durante un trastorno emocional o psicológico, como la depresión.

**Síntomas somático-emocionales:** se refiere a los cambios físicos que se experimentan durante un trastorno emocional o psicológico, como fatiga, dolor de cabeza o dolores musculares.

**Percepción del consumo de sustancia:** se refiere a la forma en que los individuos ven su propia adicción a una sustancia, ya sea alcohol, tabaco u otra droga.

**Percepción de la tolerancia:** se refiere a la forma en que los individuos perciben la necesidad de aumentar la cantidad de una sustancia para lograr los mismos efectos.

**Percepción del deseo continuo:** se refiere a la percepción de que el individuo no puede reducir o cesar el consumo de una sustancia, incluso si lo desea.

**Reducción o cese de actividades sociales,** ocupacionales o recreativas: se refiere a la disminución o interrupción de las actividades cotidianas debido a la adicción a una sustancia.

**Consecuencias de malestar y disfunción:** se refiere a los problemas físicos, emocionales y sociales que pueden surgir como resultado de la adicción a una sustancia.

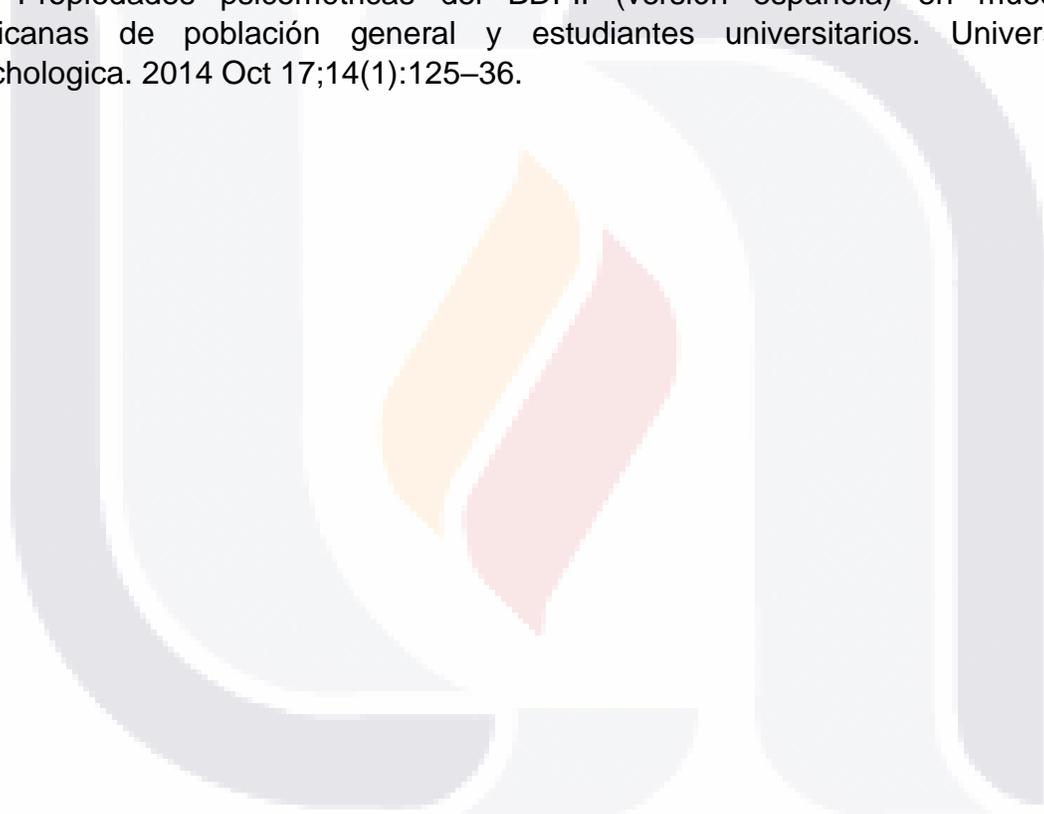
## 12. REFERENCIAS

1. Berenson AB, Laz TH, Pohlmeier AM, Rahman M, Cunningham KA. Prevalence of Food Addiction Among Low-Income Reproductive-Aged Women. *J Womens Health*. 2015 Sep;24(9):740–4.
2. Zhao Z, Ma Y, Han Y, Liu Y, Yang K, Zhen S, et al. Psychosocial Correlates of Food Addiction and Its Association with Quality of Life in a Non-Clinical Adolescent Sample. *Nutrients*. 2018 Jun 28;10(7):837.
3. Borisenkov MF, Tserne TA, Bakutova LA. Food addiction in Russian adolescents: Associations with age, sex, weight, and depression. *European Eating Disorders Review*. 2018 Nov;26(6):671–6.
4. Borisenkov MF, Popov S V., Tserne TA, Bakutova LA, Pecherkina AA, Dorogina OI, et al. Food addiction and symptoms of depression among inhabitants of the European North of Russia: Associations with sleep characteristics and photoperiod. *European Eating Disorders Review*. 2020 May 9;28(3):332–42.
5. Romero-blanco C, Hern A. UNIVERSITY STUDENTS. *The Lancet*. 1950 Jun;255(6614):1044.
6. Vázquez C, Hervás G, Hernangómez L, Romero N. Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Behavioral Psychology/ Psicología Conductual*. 2010;18(1):139–65.
7. Beck AT, Haigh EAP. Advances in Cognitive Theory and Therapy: The Generic Cognitive Model. *Annu Rev Clin Psychol*. 2014 Mar 28;10(1):1–24.

8. Diaz Villa BA, González González C. Actualidades en neurobiología de la depresión. *Rev Lationam Psiquitría*. 2012;11(3):106–15.
9. Secretaría de Salud. Diagnóstico y tratamiento del Trastorno Depresivo en el Adulto. México. 2015. p. 64.
10. Association AP. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. 5ta Edició. Panamericana, editor. 2014. 757 p.
11. Padrós Blázquez F, Montoya Pérez KS, Bravo Calderón MA, Martínez Medina MP. Propiedades psicométricas del Inventario de Ansiedad de Beck (BAI, Beck Anxiety Inventory) en población general de México. *Ansiedad y Estrés*. 2020 Jul;26(2–3):181–7.
12. Volkow ND, Wise RA. How can drug addiction help us understand obesity? *Nat Neurosci*. 2005 May 26;8(5):555–60.
13. Robinson TE, Berridge KC. Incentive-sensitization and addiction. *Addiction*. 2001 Jan;96(1):103–14.
14. Schulte EM, Potenza MN, Gearhardt AN. A commentary on the “eating addiction” versus “food addiction” perspectives on addictive-like food consumption. *Appetite*. 2017 Aug;115:9–15.
15. Szerman N, Martinez-Raga J, Peris L, Roncero C, Basurte I, Vega P, et al. Rethinking Dual Disorders/Pathology. *Addict Disord Their Treat*. 2013 Mar;12(1):1–10.
16. Leone D, Moja EA, Vegni E. Satisfaction for quality of life: a comparison of patient and occupational therapist perspectives. *Scand J Occup Ther*. 2013 Jul 5;20(4):315–20.
17. VanBuskirk KA, Potenza MN. The Treatment of Obesity and Its Co-Occurrence With Substance Use Disorders. *J Addict Med*. 2010 Mar;4(1):1–10.
18. Gearhardt AN, White MA, Masheb RM, Morgan PT, Crosby RD, Grilo CM. An examination of the food addiction construct in obese patients with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*. 2012 Jul;45(5):657–63.
19. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, Tomasi D, Baler R. Food and Drug Reward: Overlapping Circuits in Human Obesity and Addiction. In: *Brain Imaging in Behavioral Neuroscience*. 2011. p. 1–24.
20. Gearhardt AN, Grilo CM, DiLeone RJ, Brownell KD, Potenza MN. Can food be addictive? Public health and policy implications. *Addiction*. 2011 Jul;106(7):1208–12.
21. Davis C, Curtis C, Levitan RD, Carter JC, Kaplan AS, Kennedy JL. Evidence that ‘food addiction’ is a valid phenotype of obesity. *Appetite*. 2011 Dec;57(3):711–7.

22. Rossetti C, Halfon O, Boutrel B. Controversies about a common etiology for eating and mood disorders. *Front Psychol.* 2014 Oct 27;5(OCT):1–19.
23. Blum K, Thanos PK, Gold MS. Dopamine and glucose, obesity, and reward deficiency syndrome. *Front Psychol.* 2014 Sep 17;5(AUG):1–11.
24. Hebebrand J, Albayrak Ö, Adan R, Antel J, Dieguez C, de Jong J, et al. “Eating addiction”, rather than “food addiction”, better captures addictive-like eating behavior. *Neurosci Biobehav Rev.* 2014 Nov;47:295–306.
25. de Diputados C, Congreso De DH, Unión LA, Ley N. LEY FEDERAL DEL TRABAJO.
26. DOF - Diario Oficial de la Federación [Internet]. [cited 2022 Nov 24]. Available from: [DOF - Diario Oficial de la Federación](#)
27. Fernando J, Villarreal Z. La función de Los médicos residentes según Las Leyes mexicanas Zamudio-Villarreal Juan Fernando\*. *Rev Eviden Invest Clin.* 2011;4(1):5–6.
28. Soraya L, Valle G, Ramón J, Estrada C, Paulina E, Osnaya T, et al. REFLEXIONES EN CALIDAD [Internet]. [cited 2022 Nov 24]. Available from: <http://www.beta.inegi.org.mx/proyectos/>
29. OMS/OPS. Depresión [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2021. p. 1. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
30. Palacios GR, Guerra AG, Sansores MÁ, Gómez S, Palacios GR, Guerra AG, et al. Ansiedad , depresión y actividad autonómica en estudiantes de enfermería , en el estado de Guanajuato , México Anxiety , depression and autonomic activity in nursing students , in the state of Guanajuato , Mexico Ansiedad , depresión y actividad autonómica. 2020;6:81–103.
31. Carmen M, Leticia S, Yoselín S, Cuéllar-garrido E, Rodríguez-juárez MC, González-lópez SL, et al. Estado de estrés , depresión y ansiedad en médicos residentes de Aguascalientes , 2018. *Lux Médica.* 2021;16(47):1–10.
32. De Galvis YT. Costos asociados con la salud mental. *Revista Ciencias de la Salud.* 2018;16(2):182–7.
33. Raymond KL, Kannis-Dymand L, Lovell GP. A graduated food addiction classifications approach significantly differentiates depression, anxiety and stress among people with type 2 diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2017 Oct;132:95–101.
34. Garcia GD, Pompeo DA, Eid LP, Cesarino CB, Pinto MH, Gonçalves LWP. Relationship between anxiety, depressive symptoms and compulsive overeating disorder in patients with cardiovascular diseases. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2018 Sep 3;26.

35. Zung WWK. A SELF-RATING DEPRESSION SCALE. Arch Gen Psychiatry [Internet]. 1965 [cited 2022 Oct 18];12(1):63–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14221692/>
36. Padrós Blázquez F, Montoya Pérez KS, Bravo Calderón MA, Martínez Medina MP. Psychometric properties of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in the general population of Mexico. Ansiedad y Estrés. 2020 Jul 1;26(2–3):181–7.
37. Valdés-Moreno MI, Rodríguez-Márquez MC, Cervantes-Navarrete JJ, Camarena B, de Gortari P. Traducción al español de la escala de adicción a los alimentos de Yale (Yale Food Addiction Scale) y su evaluación en una muestra de población mexicana. Análisis factorial. Salud mental. 2016 Dec 7;39(6):295–302.
38. Estrada Aranda BD, Delgado Álvarez C, Landero Hernández R, González Ramírez MT. Propiedades psicométricas del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. Universitas Psychologica. 2014 Oct 17;14(1):125–36.



### 13. ANEXOS

#### Anexo A. Carta de consentimiento informado

 <p><b>INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN Y POLÍTICAS DE SALUD COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)</b></p>							
<b>CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN</b>							
Nombre del estudio:	<b>ASOCIACIÓN ENTRE LA ADICCIÓN A LA COMIDA Y DEPRESIÓN EN MEDICOS RESIDENTES</b>						
Lugar y fecha:	Aguascalientes, Aguascalientes,						
Número de registro:							
Justificación y objetivo del estudio:	Se conoce que ciertas sustancias y productos provocan la activación del sistema de recompensa de la dopamina. El consumo repetido de drogas adictivas y alimentos aumenta la sensibilidad del sistema dopaminérgico. Las patologías de salud mental se han corroborado en los residentes de todo el país, son capaces de afectar directamente la calidad de vida de estos y tener como síntoma directo alteraciones en la alimentación y la regulación de la ingesta alimentaria. Por lo que el objetivo de este estudio precisamente es determinar la asociación que existe entre la adicción a la comida y depresión en los médicos residentes de la Unidad de Medicina Familiar No1 (UMF-1) de Aguascalientes						
Procedimientos:	La participación como personal de salud, consistirá en permitir que se me apliquen dos cuestionarios; uno para determinar la depresión mediante el inventario de Beck II en sus dos dimensiones (cognitivo-afectivo y somático-motivacional) y el otro para la adicción de los alimentos mediante la escala alimentaria de Yale con 5 dimensiones (consumo de sustancia en cantidad o con más tiempo, tolerancia, deseo continuo, reducción de actividades sociales, malestar y disfunción) para lo cual, estaré en un consultorio dentro de la UMF-1 con el objetivo de tener privacidad en la entrevista y pueda contestar libremente, se dará un tiempo estimado de 30 minutos para completar el estudio e identificar si existe adicción a la comida y/o depresión y si hay asociación entre ambas. Es importante saber que, en caso de presentar dificultad para no poder contestar el cuestionario por presencia de labilidad emocional, estará a mi disposición personal preparado.						
Posibles riesgos y molestias:	Se me ha informado que alguna de las molestias de realizar este estudio será tristeza, ansiedad, llanto e inclusive presentar una crisis emocional por lo que de manera inmediata se procederá a la suspensión de la encuesta y derivación del encuestador para manejar la situación y canalizar al participante afectado al servicio de urgencias para ser valorado por psiquiatría o ser canalizado al servicio de psicología si es necesario. La molestia será dedicar un tiempo a contestar las encuestas solamente.						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Obtener información sobre los resultados obtenidos en la asociación entre la adicción a la comida y depresión en médicos residentes de la UMF No. 1 Aguascalientes. Tras realizar y posteriormente analizar los instrumentos de trabajo, si estos arrojan resultados de diagnósticos compatibles con adicción a la comida o algún grado de depresión se localizará al usuario mediante servicio de enseñanza y se dará atención prioritaria al servicio de psiquiatría o psicología.						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.						
Participación o retiro:	Se me conservará el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo desee conveniente.						
Privacidad y confidencialidad:	No se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven del estudio. Los datos personales relacionados con su privacidad serán tratados en forma confidencial.						
En caso de colección de material biológico (si aplica)	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 30px;"><input type="checkbox"/></td> <td>No autorizo que se tome la muestra</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Su autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio	<input type="checkbox"/>	Su autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros
<input type="checkbox"/>	No autorizo que se tome la muestra						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio						
<input type="checkbox"/>	Su autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:							
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador principal:	Investigador principal: *Dra. Lourdes Andrade Navarro, Sede delegacional tel. 4498040690 lourdes.andrade@imss.gob.mx						
Investigador asociado:	*Dra. Griselda Góngora Serna, Unidad de Medicina Familiar No 7. Teléfono: 449 366 20 35, correo electrónico: grnzi3008@gmail.com *Dra. Evelyn Patricia Larraga Benavente. Unidad de Medicina Familiar No. 1, Teléfono: 449-913-90-22, Ext.41400. Teléfono: 449-269-37-49 correo electrónico: wenche83@hotmail.com						
Colaboradores:	Investigador asociado (tesista): *Dra. Cinthya Selene Gómez López, médico residente de segundo año en la Especialidad de Medicina Familiar del IMSS, Teléfono 449-213-96-04, correo electrónico: selenegomez022@gmail.com						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							
<hr/> Nombre y firma del sujeto	<hr/> <b>Cinthya Selene Gómez López</b> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento						
<hr/> Testigo 1	<hr/> Testigo 2						
<hr/> Nombre, dirección, relación y firma	<hr/> 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. *En caso de contar con patrocinador externo, el protocolo deberá ser evaluado por la Comisión Nacional de Investigación científica							
<b>Clave: 2810-009-013</b>							

## **Anexo B. Instrumento**

### **ASOCIACIÓN ENTRE LA ADICCIÓN A LA COMIDA Y DEPRESIÓN EN MÉDICOS RESIDENTES**

**Instrucciones:** Reciba un cordial saludo y el agradecimiento por su colaboración en este estudio, garantizándole que su información será confidencial, y de uso exclusivo para esta investigación y sin fines de lucro. El contestar esta encuesta invertirá 30 minutos de su tiempo.

La sección 1 corresponde a la ficha de identificación, de favor llenar la información en la línea correspondiente y en su caso el número que represente la característica solicitada previamente en la pregunta. Las instrucciones de llenado de los siguientes apartados se describen encada uno.

Ya que este estudio es confidencial, usted puede solicitar ayuda del encuestador si le surge alguna duda, y le pedimos que en todo momento considere que es libre de retirarse cuando lo dese. Si su aceptación es voluntaria, le solicitamos firmar el consentimiento informado e iniciar con los siguientes apartados.

Por su apoyo y cooperación gracias.

## SECCIÓN 1 DATOS SOCIODEMOGRAFICOS

### Ficha de Identificación:

Nombre completo: \_\_\_\_\_.

Numero de afiliación: \_\_\_\_\_.

Fecha de aplicación: Día \_\_\_\_ / Mes \_\_\_\_ / Año \_\_20\_\_\_\_.

Edad: ¿Cuál es su edad actual?: \_\_\_\_\_.

La especialidad a la que usted pertenece:

- 1) Urgencias médicas
- 2) Medicina interna
- 3) Anestesiología
- 4) Ginecología y obstetricia
- 5) Pediatría
- 6) Cirugía general
- 7) Medicina Familiar

Año de residencia: \_\_\_\_\_.

- 1) Residente de primer año
- 2) Residente de segundo año
- 3) Residente de tercer año

## SECCION 2 Cuestionarios

### . Inventario de depresión de Beck (BDI-2)

**Instrucciones:** este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una de ellas cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno

por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

**1. Tristeza**

- 0. No me siento triste
- 1. Me siento triste gran parte del tiempo
- 2. Me siento triste todo el tiempo
- 3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo

**2. Pesimismo**

- 0. No estoy desalentado respecto de mi futuro
- 1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo
- 2. No espero que las cosas funcionen para mi
- 3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar

**3. Fracaso**

- 0. No me siento como un fracasado
- 1. He fracasado más de lo que hubiera debido
- 2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
- 3. Siento que como persona soy un fracaso total

**4. Pérdida de placer**

- 0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
- 1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar
- 3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar

**5. Sentimientos de culpa**

- 0. No me siento particularmente culpable
- 1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
- 2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- 3. Me siento culpable todo el tiempo

**6. Sentimientos de castigo**

- 0. No siento que este siendo castigado
- 1. Siento que tal vez pueda ser castigado
- 2. Espero ser castigado

3. Siento que estoy siendo castigado

**7. Disconformidad con uno mismo**

0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre

1. He perdido la confianza en mí mismo

2. Estoy decepcionado conmigo mismo

3. No me gusta a mí mismo

**8. Autocrítica**

0. No me critico ni me culpo más de lo habitual

1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2. Me critico a mí mismo por todos mis errores

3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

**9. Pensamiento o Deseos Suicidas**

0. No tengo ningún pensamiento de matarme

1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo habría

2. Querría matarme

3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo

**10. Llanto**

0. No lloro más de lo que solía hacerlo

1. Lloro más de lo que solía hacerlo

2. Lloro por cualquier pequeñez

3. Siento ganas de llorar, pero no puedo

**11. Agitación**

0. No estoy más inquieto o tenso de lo habitual

1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual

2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

**12. Pérdidas de Interés**

0. No he perdido el interés en otras actividades o personas

1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas

2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas

3. Me es difícil interesarme por algo

### **13. Indecisión**

0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre
1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones
3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión

### **14. Desvalorización**

0. No siento que yo no sea valioso
1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros
3. Siento que no valgo nada

### **15. Pérdida de energía**

0. Tengo tanta energía como siempre
1. Tengo menos energía que la que solía tener
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3. No tengo energía suficiente para hacer nada

### **16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño
1. Duermo un poco menos que lo habitual
  - 1b. duermo un poco menos que lo habitual
2. Duermo mucho más que lo habitual
  - 2b duermo mucho menos que lo habitual
3. Duermo la mayor parte del día
  - 3b me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

### **17. Irritabilidad**

0. No estoy tan irritable que lo habitual
1. Estoy más irritable que lo habitual
2. Estoy mucho más irritable que lo habitual
3. Estoy mucho más irritable que lo habitual

### **18. Cambios en el Apetito**

0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito

1. Mi apetito es un poco menor que lo habitual
  - 1b mi apetito es un poco mayor que lo habitual
2. Mi apetito es mucho menor que antes
  - 2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
3. No tengo apetito en absoluto
  - 3b quiero comer todo el día

**19. Dificultad de concentración**

0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo
3. Encuentro que no puedo concentrarme en nada

**20. Cansancio o Fatiga**

0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual
1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual
2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer
3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

**21. Pérdida del interés en el sexo**

0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo
2. Estoy mucho menos interesado en el sexo
3. He perdido completamente el interés en el sexo.

Puntaje total:

---

**Escala de adicción a los alimentos Yale**

La siguiente encuesta, explora aspectos de sus hábitos alimentarios **DEL ÚLTIMO AÑO**.

Las preguntas apuntan a alimentos sobre los que se presenta dificultad de control ante su consumo, como por ejemplo alimentos dulces como el helado, el chocolate, las galletitas, pasteles, caramelos; alimentos ricos en harinas como las galletas, panes, pastas y arroz. También aquellos alimentos como papas fritas, hamburguesas, pizza y bebidas azucaradas.

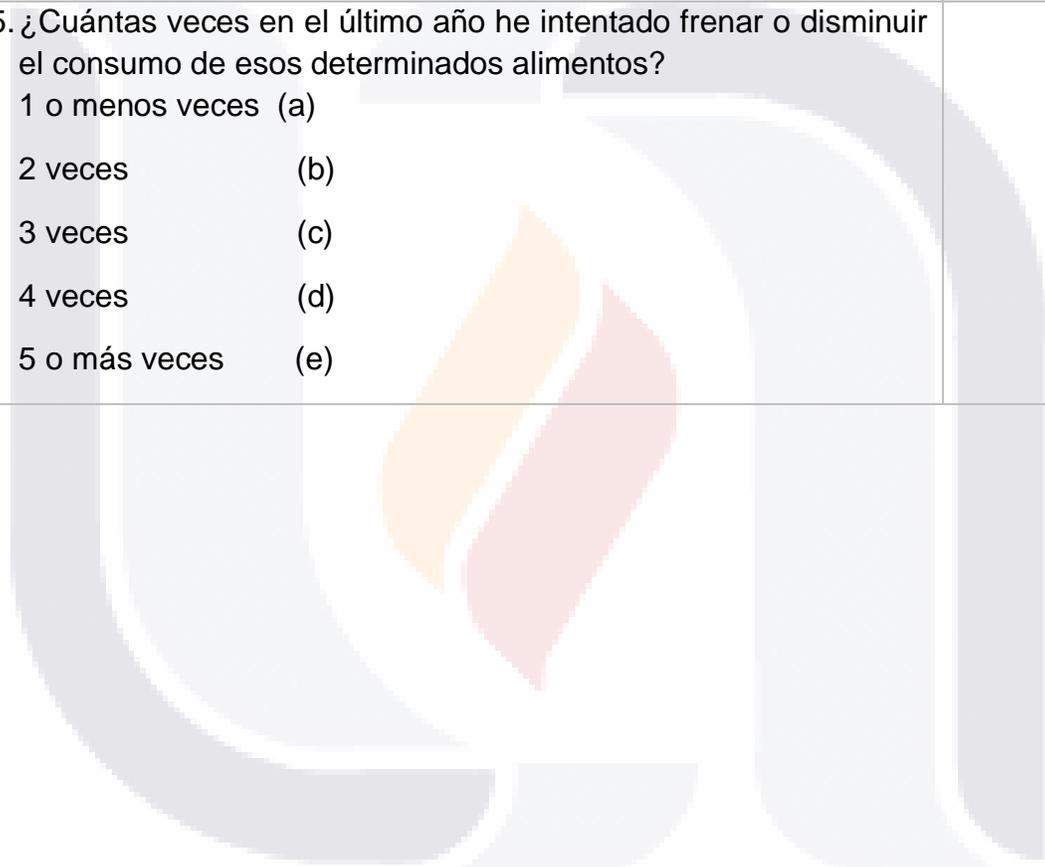
Usted deberá responder con qué frecuencia le sucede, asignando el carácter del 1 al 4 como se especifica en la siguiente tabla según la frecuencia; a excepción de la última pregunta en la que se describen sus propios caracteres de la a la e.

Nunca	0
1 vez en el mes	1
2-4 veces el en mes	2
2-3 veces en la semana	3
4 o más veces a la semana	4

1. He notado que cuando empiezo a comer esos determinados alimentos, he terminado comentó más de lo que tenía planeado	
2. He notado que cuando estoy comiendo esos determinados alimentos he seguido comiéndolos, aunque ya no tengo hambre.	
3. He notado que como tanto que llego a sentirme físicamente mal, por ejemplo, con inflamación, dolor de estómago, náuseas, indigestión, agruras, etc.	
4. Me preocupa que no he podido evitar consumir esos determinados alimentos o no he podido reducir su consumo	
5. He pasado mucho tiempo sintiéndome lento, pesado o cansado por haber comido de más	
6. He notado que a lo largo del día ingiero repetidamente esos determinados alimentos	
7. He notado que trato de obtener esos determinados alimentos cuando no están disponibles. Ejemplo: he ido a la tienda a conseguirlos, aunque haya tenido otras opciones en casa.	

<p>8. En algunas ocasiones cuando he consumido esos determinados alimentos de forma tan frecuente o en tan grandes cantidades, he dejado de trabajar, de convivir con la familia o de realizar otras actividades que disfruto.</p>	
<p>9. En algunas ocasiones cuando he consumido esos determinados alimentos de forma tan frecuente o en tan grandes cantidades, he pasado el tiempo envuelto en sentimientos negativos (culpa, baja autoestima) porque he comido de más, en lugar de trabajar, de convivir con la familia o de realizar otras actividades que disfruto.</p>	
<p>10. He evitado asistir a eventos sociales o laborales al saber que esos determinados alimentos estarán disponibles, por miedo a comer de más.</p>	
<p>11. He evitado asistir a eventos sociales o laborales porque no había esos determinados alimentos y no podía consumirlos</p>	
<p>12. Me he sentido inquieto, ansioso o agitado cuando he dejado de consumir esos determinados alimentos (no considerar a las bebidas con cafeína).</p>	
<p>13. He consumido esos determinados alimentos para evitar sentimientos de ansiedad o de inquietud producidos por haber dejado de comerlos (no considerar a las bebidas con cafeína, como las energizantes, café, etc.).</p>	
<p>14. He notado que tengo un gran deseo o urgencia por consumir esos determinados alimentos cuando dejo de comerlos</p>	
<p>15. Mi comportamiento con respecto a los alimentos y mi forma de comer me genera malestar (ansiedad, culpa, depresión)</p>	
<p>16. Por culpa de la comida y la alimentación tengo dificultades importantes para desenvolverme de un modo adecuado en mis diferentes actividades (rutina diaria, trabajo, sociales, familiares, dificultades de salud).</p>	
<p>17. Mi consumo de alimentos me ha causado sensaciones de depresión, ansiedad o culpa.</p>	
<p>18. Mi consumo de alimentos me ha causado importantes problemas físicos (diabetes, intolerancia a la glucosa, hipertensión, obesidad) o ha complicado los ya existentes.</p>	
<p>19. He continuado comiendo el mismo tipo de alimentos en la misma cantidad de alimentos a pesar de que me han ocasionado problemas psicológicos o físicos (ansiedad, culpa, diabetes, intolerancia a la glucosa, hipertensión, obesidad).</p>	
<p>20. Conforme pasa el tiempo he notado que necesito comer más y más para lograr estado de bienestar que deseo, como por</p>	

ejemplo para reducir mis emociones negativas (ansiedad o culpa) e incrementar el placer.	
21. He notado que comer la misma cantidad de comida ya no reduce mis emociones negativas o que ya no aumentan las sensaciones placenteras como antes lo hacía.	
22. He querido frenar o disminuir mi consumo de esos determinados alimentos.	
23. He hecho algo por frenar o disminuir mi consumo de esos determinados alimentos.	
24. He tenido éxito al frenar o disminuir mi consumo de esos determinados alimentos.	
25. ¿Cuántas veces en el último año he intentado frenar o disminuir el consumo de esos determinados alimentos? 1 o menos veces (a) 2 veces (b) 3 veces (c) 4 veces (d) 5 o más veces (e)	



## **Anexo C. Manual operacional del protocolo**

### **“ASOCIACIÓN ENTRE LA ADICCIÓN A LA COMIDA Y DEPRESIÓN EN MEDICOS RESIDENTES”**

1. EL encuestador, realizará la aplicación del instrumento en el que están incluidos el Inventario de depresión de Beck segunda edición, y la escala de adicción a la comida de Yale, para identificar la Asociación entre adicción a la comida y depresión en residentes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.1 Delegación Aguascalientes.
2. Los nombres de los participantes serán proporcionados por la Coordinación Clínica de Educación de la Unidad de Medicina Familiar No.1 Delegación Aguascalientes.
3. Se convocarán independientemente del grado académico, de acuerdo al cumplimiento de los criterios de inclusión y disponibilidad al aula de enseñanza, con el fin de mantener las medidas sanitarias pertinentes. Ya identificada la población de estudio, el encuestador se aproximará con los cuidados sanitarios actuales (adecuado uso de cubrebocas), y describirá detalladamente el estudio a realizar, se les dará a conocer la permanencia voluntaria y el retiro del encuestado en el momento que lo desee, el encuestador mantendrá una sana distancia durante el llenado del instrumento en caso de la presencia de dudas, si la respuesta es afirmativa, a los participantes se les otorgará alcohol en gel al 70% verificando el adecuado lavado de manos establecido por la OMS, inicialmente se procederá a la entrega para firma del consentimiento informado, posteriormente, se entregará pluma, lápiz y tabla recolectora en la que ya se encontrará incorporado el instrumento.
4. Una vez firmado el consentimiento informado, se procederá a la aplicación del instrumento, el tiempo a otorgar es de 30 minutos, el cuestionario consta de 46 ítems entre los 2 cuestionarios utilizados, midiendo una dimensión general con los factores cognitivo – afectivo y somático - motivacional, seleccionando solo

una opción del grupo de cada ítem, y ante dudas se escogerá la que se tenga más afinidad, al finalizar, se regresarán los materiales utilizados al encuestador, el cual va a revisar que todos los rubros solicitados se encuentren respondidos, una vez se compruebe el rubro anterior, se darán las gracias a los participantes por del tiempo otorgado y se dará por terminada la intervención en este estudio, garantizando la confidencialidad de su información y sin fines de lucro.

**SECCIÓN 1: Características sociodemográficas.**

En esta sección, la información es otorgada por el participante

**Ficha de Identificación:**

El nombre completo es otorgado por el participante, iniciando con nombre (s) y apellido (s)

Nombre completo: \_\_\_\_\_

El número de afiliación; puede ser solicitado al servicio de enseñanza si es que el residente no lo recuerda

Numero de afiliación: 000000000000

La fecha de aplicación de la encuesta será escrita por el participante, en orden, día, mes y año Fecha de aplicación: Día \_\_\_\_ / Mes \_\_\_\_ / Año \_\_\_\_\_

**Características demográficas:**

La edad actual es la correspondiente en años cumplidos hasta el día de la aplicación del instrumento.

Edad: ¿Cuál es su edad actual? \_\_\_\_\_

La especialidad médica que cursa el residente al momento de la encuesta.

La especialidad a la que usted pertenece: \_\_\_\_\_

- |                              |                      |
|------------------------------|----------------------|
| 1. Urgencias médicas         | 5. Pediatría         |
| 2. Medicina interna          | 6. Cirugía general   |
| 3. Anestesiología            | 7. Medicina Familiar |
| 4. Ginecología y obstetricia |                      |

Año del ciclo escolar en el que se encuentra cursando al momento de la encuesta

Año de residencia: \_\_\_\_\_

1. Residente de primer año
2. Residente de segundo año
3. Residente de tercer año

## **SECCIÓN 2: Cuestionarios**

### **Inventario de depresión de Beck II**

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones, las cuales deben leerse con atención cada uno de ellos, posteriormente se elige uno de cada grupo, siendo el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de aplicación de la encuesta, marcando con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido.

Ante la existencia de parecer apropiados varios enunciados del mismo grupo, se deberá marcar el más alto, ya que no puede elegirse más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

En este primer apartado la evaluación es cognitivo – afectiva, contemplando cada ítem la respuesta que mejor se adapte de acuerdo con las últimas dos semanas hasta el día de aplicación del instrumento.

#### **1. Tristeza**

- 0 No me siento triste
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, se siente triste y ante respuesta positiva cuanto es el tiempo que se encuentra con ese sentimiento, así como la capacidad de soportar esa tristeza.

Codificación

Si su respuesta fue no me siento triste, se codificará como 0; si su respuesta fue me siento triste gran parte del tiempo, se codificará como 1; si su respuesta fue me siento triste todo el tiempo, se codificará como 2; si su respuesta es me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo, se codificará como 3.

**2. Pesimismo**

- 0 No estoy desalentado respecto de mi futuro
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, se encuentra desalentado con respecto a su futuro y si considera que las cosas no se encuentren funcionales para él o ella.

Codificación

Si su respuesta fue no estoy desalentado respecto de mi futuro, se codificará como 0; si su respuesta fue me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo, se codificará como 1; si su respuesta fue no espero que las cosas funcionen para mí, se codificará como 2; si su respuesta es siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar, se codificará como 3.

**3. Fracaso**

- 0 No me siento como un fracasado

- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, se considera que ha fracasado, o más de lo considerado o si su percepción es un fracaso total.

Codificación

Si su respuesta fue no me siento como un fracasado, se codificará como 0; si su respuesta fue he fracasado más de lo que hubiera debido, se codificará como 1; si su respuesta fue cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos, se codificará como 2; si su respuesta fue siento que como persona soy un fracaso total, se codificará como 3.

**4. Pérdida de Placer**

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía disfrutar
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, considera que se encuentra con placer y disfruta las cosas que solía realizar o la presencia de la pérdida de placer para las cosas que previamente si lo tenía.

Codificación

Si su respuesta fue obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto; se codificará como 0; si su respuesta fue no disfruto tanto de las cosas como solía disfrutar, se codificará como 1; si su respuesta fue obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar, se codificará como 2; si su respuesta fue no

puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar, se codificará como 3.

**5. Sentimientos de Culpa**

- 0 No me siento particularmente culpable
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
- 3 Me siento culpable todo el tiempo

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, se considera culpable por cosas que no hizo o que debió hacer, así como cuanto es el tiempo que se encuentra con ese sentimiento.

Codificación

Si su respuesta fue no me siento particularmente culpable, se codificará como 0; si su respuesta fue me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho, se codificará como 1; si su respuesta fue me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo, se codificará como 2; si su respuesta fue me siento culpable todo el tiempo, se codificará como 3.

**6. Sentimientos de Castigo**

- 0 No me siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado
- 2 Espero ser castigado
- 3 Siento que estoy siendo castigado

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, se siente castigado o que considere que puede ser castigado.

Codificación

Si su respuesta fue no me siento que este siendo castigado, se codificará como 0; si su respuesta fue siento que tal vez pueda ser castigado, se codificará como 1; si su respuesta fue espero ser castigado, se codificará como 2; si su respuesta fue siento que estoy siendo castigado, se codificará como 3.

**7. Disconformidad con uno mismo**

- 0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre
- 1 He perdido la confianza en mí mismo 2 Estoy decepcionado conmigo mismo 3 No me gusto a mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo
- 3 No me gusto a mí mismo

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, se siente poco conforme consigo mismo, así como la comparación con respecto al pasado y el presente, llevando a la decepción y al no gustarse a si mismo.

Codificación

Si su respuesta fue siento acerca de mi lo mismo que siempre, se codificará como 0; si su respuesta fue he perdido la confianza en mí mismo, se codificará como 1; si su respuesta fue estoy decepcionado conmigo mismo, se codificará como 2; si su respuesta fue no me gusto a mí mismo, se codificará como 3.

**8. Autocrítica**

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, se considera con una crítica más enfática con respecto al pasado o si es más en el presente, así como la culpabilidad de todo lo malo que le sucede.

#### Codificación

Si su respuesta fue no me critico ni me culpo más de lo habitual, se codificará como 0; si su respuesta fue estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo, se codificará como 1; si su respuesta fue me critico a mí mismo por todos mis errores, se codificará como 2; si su respuesta fue me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede, se codificará como 3.

### **9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo

#### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, ha tenido pensamientos suicidas, sin embargo, no los llevaría a cabo, o si ha considerado o quiere suicidarse.

#### Codificación

Si su respuesta fue no tengo ningún pensamiento de matarme, se codificará como 0; si su respuesta fue he tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría, se codificará como 1; si su respuesta fue querría matarme, se codificará como 2; si su respuesta fue me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo, se codificará como 3.

### **10. Llanto**

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo

- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, considera que el llanto ha ido en aumento con respecto al pasado, o si se encuentra con una labilidad emocional que, ante pequeños estímulos, desencadena la presencia del llanto, o a pesar, de tener las ganas de llorar no puede hacerlo.

**Codificación**

Si su respuesta fue no lloro más de lo que solía hacerlo, se codificará como 0; si su respuesta fue lloro más de lo que solía hacerlo, se codificará como 1; si su respuesta fue lloro por cualquier pequeñez, se codificará como 2; si su respuesta fue siento ganas de llorar, pero no puedo, se codificará como 3.

**11. Agitación**

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo

**Explicación**

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, se encuentra con inquietud / agitación, comparado con el pasado, o esta, ha ido en aumento, que no le permite mantenerse quieto y requiere de encontrarse en movimiento o realizando algo.

**Codificación**

Si su respuesta fue no estoy más inquieto o tenso que lo habitual, se codificará como 0; si su respuesta fue me siento más inquieto o tenso que lo habitual, se codificará como 1; si su respuesta fue estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto, se codificará como 2; si su respuesta fue estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo, se codificará como 3.

## **12. Pérdida de Interés**

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas
- 3 Me es difícil interesarme por algo

### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, ha perdido el interés por las actividades o personas, comparado con el pasado, así como la intensidad que esta pérdida de interés le genera.

### Codificación

Si su respuesta fue no he perdido el interés en otras actividades o personas, se codificará como 0; si su respuesta fue estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas, se codificará como 1; si su respuesta fue he perdido casi todo el interés en otras personas o cosas se codificará como 2; si su respuesta fue me es difícil interesarme por algo, se codificará como 3.

## **13. Indecisión**

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión

### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, considera la toma de decisiones más compleja con respecto al pasado, así como evaluar si considera una intensidad mayor la toma de decisiones que puede conllevarle un problema.

Codificación

Si su respuesta fue tomo mis propias decisiones tan bien como siempre, se codificará como 0; si su respuesta fue me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones, se codificará como 1; si su respuesta fue encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones, se codificará como 2; si su respuesta fue tengo problemas para tomar cualquier decisión, se codificará como 3.

**14. Desvalorización**

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros
- 3 Siento que no valgo nada

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, se considera valioso y útil con respecto al pasado, así como su valora en comparación con otras personas, hasta el sentimiento de no valer nada.

Codificación

Si su respuesta fue no siento que yo no sea valioso, se codificará como 0; si su respuesta fue no me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme, se codificará como 1; si su respuesta fue me siento menos valioso cuando me comparo con otros, se codificará como 2; si su respuesta fue siento que no valgo nada, se codificará como 3.

En este segundo apartado la evaluación es somático – motivacional, contemplando en cada ítem la respuesta que mejor se adapte de acuerdo con las últimas dos

semanas hasta el día de aplicación del instrumento, considerando que las preguntas número 16 y 18, cuentan cada una con 7 posibles respuestas.

**15. Pérdida de Energía**

- 0 Tengo tanta energía como siempre
- 1 Tengo menos energía que la que solía tener
- 2 No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, si se siente con la misma energía que en el pasado, o se encuentra con insuficiente energía en la actualidad que le limita o no le permite realizar actividades.

Codificación

Si su respuesta fue tengo tanta energía como siempre, se codificará como 0; si su respuesta fue tengo menos energía que la que solía tener, se codificará como 1; si su respuesta fue no tengo suficiente energía para hacer demasiado, se codificará como 2; si su respuesta fue no tengo energía suficiente para hacer nada, se codificará como 3.

**16. Cambios en los hábitos de sueño**

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño
- 1<sup>a</sup> Duermo un poco más que lo habitual
- 1<sup>b</sup> Duermo un poco menos que lo habitual
- 2<sup>a</sup> Duermo mucho más que lo habitual
- 2<sup>b</sup> Duermo mucho menos que lo habitual
- 3<sup>a</sup> Duermo la mayor parte del día
- 3<sup>b</sup> Me despierto 1 – 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, considera que sus hábitos de sueño se han visto alterados con respecto a lo habitual, ya sea durmiendo menos o más, hasta considerar despertarse antes de tiempo y no poder conciliar el sueño nuevamente.

#### Codificación

Si su respuesta fue no he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño, se codificará como 0; si su respuesta fue duermo un poco más que lo habitual, se codificará como 1<sup>a</sup>; si su respuesta fue duermo un poco menos que lo habitual, se codificará como 1b; si su respuesta fue duermo mucho más que lo habitual, se codificará como 2<sup>a</sup>; si su respuesta fue duermo mucho menos que lo habitual, se codificará como 2b; si su respuesta fue duermo la mayor parte del día, se codificará como 3<sup>a</sup>; si su respuesta fue me despierto 1 – 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme, se codificará como 3b.

#### **17. Irritabilidad**

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual
- 1 Estoy más irritable que lo habitual
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual
- 3 Estoy irritable todo el tiempo

#### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, si se siente con irritabilidad comparado con el pasado, hasta considera que todo el tiempo su sentimiento es encontrarse irritable.

#### Codificación

Si su respuesta fue no estoy tan irritable que lo habitual, se codificará como 0; si su respuesta fue estoy más irritable que lo habitual, se codificará como 1; si su 75 respuesta fue estoy mucho más irritable que lo habitual, se codificará como 2; si su respuesta fue estoy irritable todo el tiempo, se codificará como 3.

## **18. Cambios en el Apetito**

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito

1<sup>a</sup> Mi apetito es un poco menor que lo habitual

1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual

2<sup>a</sup> Mi apetito es mucho menor que antes

2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3<sup>a</sup> No tengo apetito en absoluto

3b Quiero comer todo el día

### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, considera que su apetito se ha visto alterado con respecto a lo habitual, ya sea consumiendo mayor o menor cantidad, hasta el absoluto de comer o comer todo el día.

### Codificación

Si su respuesta fue no he experimentado ningún cambio en mi apetito, se codificará como 0; si su respuesta fue mi apetito es un poco menor que lo habitual, se codificará como 1a; si su respuesta fue mi apetito es un poco mayor que lo habitual, se codificará como 1b; si su respuesta fue mi apetito es mucho menor que antes, se codificará como 2a; si su respuesta fue mi apetito es mucho mayor que lo habitual, se codificará como 2b; si su respuesta fue no tengo apetito en absoluto, se codificará como 3a; si su respuesta fue quiero comer todo el día, se codificará como 3b.

## **19. Dificultad de Concentración**

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, considera que su concentración se encuentra alterada con respecto a lo habitual hasta la nula capacidad de concentración en la actualidad.

Codificación

Si su respuesta fue puedo concentrarme tan bien como siempre, se codificará como 0; si su respuesta fue no puedo concentrarme tan bien como habitualmente, se codificará como 1; si su respuesta fue me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo, se codificará como 2; si su respuesta fue encuentro que no puedo concentrarme en nada, se codificará como 3.

**20. Cansancio o fatiga**

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, siente fatiga o cansancio comparado con el pasado, hasta, actualmente ser incapacitante o con dificultad poder realizar cosas que anteriormente si podía hacer.

Codificación

Si su respuesta fue no estoy más cansado o fatigado que lo habitual, se codificará como 0; si su respuesta fue me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual, se codificará como 1; si su respuesta fue estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer, se codificará como 2; si su respuesta

fue estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer, se codificará como 3.

### **21. Pérdida de Interés en el sexo**

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo

3 He perdido completamente el interés en el sexo

#### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, considera que ha disminuido su interés por el sexo con respecto al pasado, hasta el punto de perder completamente el interés en la actualidad.

#### Codificación

Si su respuesta fue no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo, se codificará como 0; si su respuesta fue estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo, se codificará como 1; si su respuesta fue estoy mucho menos interesado en el sexo, se codificará como 2; si su respuesta fue he perdido completamente el interés en el sexo, se codificará como 3.

Puntaje total \_\_\_\_\_

**Depresión mínima:** 0 a 13 puntos

**Depresión leve:** 14 a 19 puntos

**Depresión moderada:** 20 a 28 puntos

**Depresión severa:** 29 a 63 puntos

**Cuestionario de adicción a la comida de Yale**

El siguiente cuestionario contiene aspectos de sus hábitos alimentarios en el último año.

Las preguntas apuntan a algunos alimentos que muchas veces se presenta dificultad de control ante su consumo, como por ejemplo alimentos dulces como el helado, el chocolate, las galletitas, tortas dulces, caramelos, otro tipo de alimentos ricos en harinas como las galletas, panes, pastas y arroz. También aquellos alimentos como papas fritas, hamburguesas, pizza y bebidas azucaradas.

El entrevistado deberá responder a las siguientes afirmaciones con qué frecuencia le sucede mediante la siguiente escala de Likert.

Nunca	0
1 vez en el mes	1
2 a 4 veces el en mes	2
2 a 3 veces en la semana	3
4 o más veces a la semana	4

**1. He notado que cuando empiezo a comer esos determinados alimentos, he terminado comiendo más de lo que tenía planeado.**

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que el entrevistado se percata que comió más de lo que pensaba inicialmente.

Codificación

Si la respuesta es 1 vez al mes (1); si es 2 a 4 veces al mes (2); de 2 a 3 veces a la semana (3) y si ocurre más de 4 veces a la semana (4)

**2. He notado que cuando estoy comiendo esos determinados alimentos he seguido comiéndolos, aunque ya no tengo hambre.**

#### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que el entrevistado sigue comiendo esos determinados alimentos a pesar de que está satisfecho.

#### Codificación

Si la respuesta es 1 vez al mes (1); si es 2 a 4 veces al mes (2); de 2 a 3 veces a la semana (3) y si ocurre más de 4 veces a la semana (4)

### **3. He notado que como tanto que llego a sentirme mal, por ejemplo, con inflamación, dolor de estómago, náuseas, indigestión, agruras, etc.**

#### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que el entrevistado percibe complicaciones físicas relacionadas con su alto consumo de estos alimentos.

#### Codificación

Si la respuesta es 1 vez al mes (1); si es 2 a 4 veces al mes (2); de 2 a 3 veces a la semana (3) y si ocurre más de 4 veces a la semana (4)

### **4. Me preocupa que no he podido evitar consumir esos determinados alimentos o no he podido reducir su consumo**

#### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que el entrevistado percibe que no ha eludido consumir o disminuir el consumo de los alimentos descritos.

#### Codificación

Si la respuesta es 1 vez al mes (1); si es 2 a 4 veces al mes (2); de 2 a 3 veces a la semana (3) y si ocurre más de 4 veces a la semana (4)

**5. He pasado mucho tiempo sintiéndome lento, pesado o cansado por haber comido de más**

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que el entrevistado percibe la sensación de fatiga o lentitud por el consumo de los alimentos descritos.

Codificación

Si la respuesta es 1 vez al mes (1); si es 2 a 4 veces al mes (2); de 2 a 3 veces a la semana (3) y si ocurre más de 4 veces a la semana (4)

**6. He notado que a lo largo del día ingiero repetidamente esos determinados alimentos.**

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que el entrevistado a notado que come más rápido.

Codificación

Si la respuesta es 1 vez al mes (1); si es 2 a 4 veces al mes (2); de 2 a 3 veces a la semana (3) y si ocurre más de 4 veces a la semana (4)

**7. He notado que trato de obtener esos determinados alimentos cuando no están disponibles. Ejemplo: he ido a la tienda a conseguirlos, aunque haya tenido otras opciones en casa.**

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que el entrevistado percibe que ha tratado de conseguir estos alimentos aun cuando no están disponibles.

#### Codificación

Si la respuesta es 1 vez al mes (1); si es 2 a 4 veces al mes (2); de 2 a 3 veces a la semana (3) y si ocurre más de 4 veces a la semana (4)

**8. En algunas ocasiones cuando he consumido esos determinados alimentos de forma tan frecuente o en tan grandes cantidades, he dejado de trabajar, de convivir con la familia o de realizar otras actividades que disfruto.**

#### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que el entrevistado tras consumir estos alimentos de forma frecuente o en gran cantidad a dejado su actividad laboral o la convivencia con la familia o las actividades que le causan placer.

#### Codificación

Si la respuesta es 1 vez al mes (1); si es 2 a 4 veces al mes (2); de 2 a 3 veces a la semana (3) y si ocurre más de 4 veces a la semana (4)

**9. En algunas ocasiones cuando he consumido esos determinados alimentos de forma tan frecuente o en tan grandes cantidades, he pasado el tiempo envuelto en sentimientos negativos (culpa, baja autoestima) porque he comido de más, en lugar de trabajar, de convivir con la familia o de realizar otras actividades que disfruto.**

#### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que el entrevistado tras consumir estos alimentos de forma frecuente o en gran cantidad tiene sentimientos de culpa o de baja autoestima por el hecho de comer demasiado, y que lo ha afectado para ir a sus actividades laborales y familiares, así como de realizar las actividades que le causan placer.

#### Codificación

Si la respuesta es 1 vez al mes (1); si es 2 a 4 veces al mes (2); de 2 a 3 veces a la semana (3) y si ocurre más de 4 veces a la semana (4)

#### **10. He evitado asistir a eventos sociales o laborales al saber que esos determinados alimentos estarán disponibles, por miedo a comer de más.**

#### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que el entrevistado ha evitado acudir a eventos por reuniones en donde sabes que existe la probabilidad de que pueda consumir alimentos que sabes que no puede ingerir.

#### Codificación

Si la respuesta es 1 vez al mes (1); si es 2 a 4 veces al mes (2); de 2 a 3 veces a la semana (3) y si ocurre más de 4 veces a la semana (4)

#### **11. He evitado asistir a eventos sociales o laborales porque no había esos determinados alimentos y no podía consumirlos.**

#### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que el entrevistado ha evitado acudir a reuniones en las que sabes que no habrá alimentos que le generan adicción.

Codificación

Si la respuesta es 1 vez al mes (1); si es 2 a 4 veces al mes (2); de 2 a 3 veces a la semana (3) y si ocurre más de 4 veces a la semana (4)

**12. Me he sentido inquieto, ansioso o agitado cuando he dejado de consumir esos determinados alimentos (no considerar a las bebidas con cafeína).**

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que el entrevistado se ha sentido inquieto ansioso o agitado al dejar de consumir estos alimentos.

Codificación

Si la respuesta es 1 vez al mes (1); si es 2 a 4 veces al mes (2); de 2 a 3 veces a la semana (3) y si ocurre más de 4 veces a la semana (4)

**13. He consumido esos determinados alimentos para evitar sentimientos de ansiedad o de inquietud producidos por haber dejado de comerlos (no considerar a las bebidas con cafeína, como las energizantes, café, etc.).**

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que el entrevistado ha evitado consumir estos alimentos para evitar los sentimientos que le genera el no comerlos.

Codificación

Si la respuesta es 1 vez al mes (1); si es 2 a 4 veces al mes (2); de 2 a 3 veces a la semana (3) y si ocurre más de 4 veces a la semana (4)

**14. He notado que tengo un gran deseo o urgencia por consumir esos determinados alimentos cuando dejo de comerlos.**

#### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que el entrevistado ha notado que siente un deseo urgente por consumir esos alimentos aun cuando sabe que ya dejó de comerlos.

#### Codificación

Si la respuesta es 1 vez al mes (1); si es 2 a 4 veces al mes (2); de 2 a 3 veces a la semana (3) y si ocurre más de 4 veces a la semana (4)

**15. Mi comportamiento con respecto a los alimentos y mi forma de comer me genera malestar (ansiedad, culpa, depresión).**

#### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que el entrevistado el consumo de los alimentos adictivos le generan ansiedad culpa o depresión.

#### Codificación

Si la respuesta es 1 vez al mes (1); si es 2 a 4 veces al mes (2); de 2 a 3 veces a la semana (3) y si ocurre más de 4 veces a la semana (4)

**16. Por culpa de la comida y la alimentación tengo dificultades importantes para desenvolverme de un modo adecuado en mis diferentes actividades (rutina diaria, trabajo, sociales, familiares, dificultades de salud).**

#### Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que el entrevistado por el consumo de alimentos se percata de las dificultades sociales y para desarrollarse en las actividades de la vida diaria laborales, familiares y de salud.

#### Codificación

Si la respuesta es 1 vez al mes (1); si es 2 a 4 veces al mes (2); de 2 a 3 veces a la semana (3) y si ocurre más de 4 veces a la semana (4)

**17. Mi consumo de alimentos me ha causado sensaciones de depresión, ansiedad o culpa.**

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que al entrevistado le han causado sensaciones de depresión ansiedad o culpa al consumir estos alimentos.

Codificación

Si la respuesta es 1 vez al mes (1); si es 2 a 4 veces al mes (2); de 2 a 3 veces a la semana (3) y si ocurre más de 4 veces a la semana (4)

**18. Mi consumo de alimentos me ha causado importantes problemas físicos (diabetes, intolerancia a la glucosa, hipertensión, obesidad) o ha complicado los ya existentes.**

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer las comunicaciones que le han generado a los entrevistados a partir del consumo de estos alimentos.

Codificación

Si la respuesta es 1 vez al mes (1); si es 2 a 4 veces al mes (2); de 2 a 3 veces a la semana (3) y si ocurre más de 4 veces a la semana (4)

**19. He continuado comiendo el mismo tipo de alimentos o la misma cantidad de alimentos a pesar de que me han ocasionado problemas psicológicos o físicos (ansiedad, culpa, diabetes, intolerancia a la glucosa, hipertensión, obesidad).**

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que el entrevistado continúa consumiendo el mismo tipo de alimentos pesar de que sabe que le generan problemas físicos o sensaciones de ansiedad, culpa, intolerancia, etc.

Codificación

Si la respuesta es 1 vez al mes (1); si es 2 a 4 veces al mes (2); de 2 a 3 veces a la semana (3) y si ocurre más de 4 veces a la semana (4)

**20. Conforme pasa el tiempo he notado que necesito comer más y más para lograr el estado de bienestar que deseo, como por ejemplo para reducir mis emociones negativas (ansiedad o culpa) e incrementar el placer.**

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que el entrevistado ha notado que con el paso del tiempo necesita comer más para mantener sus emociones positivas y reduce sus emociones negativas.

Codificación

Si la respuesta es 1 vez al mes (1); si es 2 a 4 veces al mes (2); de 2 a 3 veces a la semana (3) y si ocurre más de 4 veces a la semana (4)

**21. He notado que comer la misma cantidad de comida ya no reduce mis emociones negativas o que ya no aumentan las sensaciones placenteras como antes lo hacía.**

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que el entrevistado ha percibido que después de consumir estos alimentos ya no se reducen sus sentimientos negativos y no aumentan sus sensaciones placenteras como antes.

Codificación

Si la respuesta es 1 vez al mes (1); si es 2 a 4 veces al mes (2); de 2 a 3 veces a la semana (3) y si ocurre más de 4 veces a la semana (4)

**22. He querido frenar o disminuir mi consumo de esos determinados alimentos.**

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que el entrevistado ha sentido la necesidad de frenar o disminuir el consumo de estos alimentos.

Codificación

Si la respuesta es 1 vez al mes (1); si es 2 a 4 veces al mes (2); de 2 a 3 veces a la semana (3) y si ocurre más de 4 veces a la semana (4)

**23. He hecho algo por frenar o disminuir mi consumo de esos determinados alimentos.**

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que el entrevistado ha tomado medidas para disminuir el consumo de estos alimentos.

Codificación

Si la respuesta es 1 vez al mes (1); si es 2 a 4 veces al mes (2); de 2 a 3 veces a la semana (3) y si ocurre más de 4 veces a la semana (4)

**24. He tenido éxito al frenar o disminuir mi consumo de esos determinados alimentos.**

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que el entrevistado percibe que ha tenido éxito en disminuir el consumo de estos alimentos.

Codificación

Si la respuesta es 1 vez al mes (1); si es 2 a 4 veces al mes (2); de 2 a 3 veces a la semana (3) y si ocurre más de 4 veces a la semana (4)

**25. ¿Cuántas veces en el último año he intentado frenar o disminuir el consumo de esos determinados alimentos?**

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer la frecuencia con la que el entrevistado ha disminuido o frenado el consumo de esos alimentos.

Codificación

En esta la respuesta se especifica al encuestado si la respuesta es 1 o menos veces (a), si es 2 veces (b), si es 3 veces (c), si es 4 veces (d), si es 5 o más veces (e).