



Universidad de Valladolid
Grado en Enfermería
Facultad de Enfermería de Valladolid



Curso 2019-2020
Trabajo de Fin de Grado

ASPECTOS PSICOLÓGICOS EN PACIENTES OBESOS.

ALUMNA: Ángela Nieto Sánchez.
Tutor/a: Rebeca Puentes Gutiérrez.

RESUMEN

La prevalencia de la obesidad a nivel mundial ha ido aumentando pasando de un 7,7% a un 15,5%, sobre todo en los países desarrollados. Dada su magnitud, supone un problema de salud pública.

La pérdida de peso resulta difícil por la falta de adherencia al tratamiento, aunque se consiga, se produce un efecto rebote con el paso de tiempo.

El tratamiento habitual en muchas ocasiones fracasa en parte porque no se tienen en cuenta los aspectos psicosociales relacionados. Es importante individualizar nuestros cuidados con una visión holística del paciente obeso.

El objetivo principal del estudio es estimar la prevalencia de la ansiedad y depresión en el paciente obeso en nuestro entorno, para ello se utilizaron el test de Beck y el de Hamilton.

El resultado del estudio nos muestra que la ansiedad afecta profundamente a las mujeres. La depresión ligera, es más frecuente en los hombres con un 53,85% frente a un 7,14% en el caso de las mujeres, pero a medida que avanza el grado de depresión, esta va aumentando en las mujeres y disminuyendo en los hombres, por eso, los hombres no recogen ningún caso de depresión muy severa y las mujeres llegan al 28,57% de afectación.

En cuanto a las conclusiones, para conseguir un estudio más completo serían necesarios estudios con una muestra mayor y también más representativa en cuanto al sexo y la edad.

Palabras clave: Obesidad, prevalencia, aspectos psicológicos, depresión, ansiedad.

I. ÍNDICE

1. Introducción	1
1.1. Justificación	3
2. Prevalencia	4
3. Diferencias entre sobrepeso y obesidad	4
3.1. Consejos para evitar la obesidad	5
4. Factores de riesgo	6
5. Aspectos psicológicos	7
5.1. Ansiedad	7
5.2. Depresión	10
5.3. Papel de enfermería en la depresión y ansiedad desde atención primaria	13
6. Objetivos	14
6.1. Objetivo principal	14
6.2. Objetivos específicos	14
7. Material y métodos	14
8. Resultados	17
9. Discusión	22
9.1. Limitaciones	23
9.2. Fortalezas	23
9.3. Aplicación a la práctica clínica	24
9.4. Futuras líneas de investigación	24
10. Conclusión	25
11. Bibliografía	26
12. Anexo	28
12.1. Anexo I. Consentimiento informado	28
12.2. Anexo II. Test de Beck	32
12.3. Anexo III. Test de Hamilton	33

II. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Valores del IMC	5
Tabla 2. Síntomas de ansiedad	7
Tabla 3. Diagnóstico: Ansiedad (00146)	8
Tabla 4. Diagnóstico: Deterioro del patrón del sueño (00095)	9
Tabla 5. Síntomas de la depresión	10
Tabla 6. Diagnóstico: Aflicción crónica (00137)	11
Tabla 7. Diagnóstico: Desempeño inefectivo del rol (00055)	12
Tabla 8. Porcentajes de IMC por sexo	17
Tabla 9. Beck – IMC mujeres	18
Tabla 10. Beck – IMC varones	18
Tabla 11. Hamilton – IMC mujeres	19
Tabla 12. Hamilton – IMC varones	19
Tabla 13. Ansiedad – Beck por sexo	20
Tabla 14. Depresión – Hamilton por sexo	21
Tabla 15. Beck - edad total	21
Tabla 16. Hamilton - edad total	22
Tabla 17. Hamilton – edad mujeres	22
Tabla 18. Hamilton – edad varones	22

III. ABREVIATURAS

IMC	Índice de masa corporal
HTA	Hipertensión arterial
OMS	Organización Mundial de la Salud
KG	Kilogramos
PC	Perímetro de la cintura
CCI	Índice cintura- cadera
RAE	Real Academia Español
DSM-V	Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales
ENSE	Encuesta Nacional de Salud de España

1. INTRODUCCIÓN

Según la OMS, la obesidad es una enfermedad que afecta a todo el mundo, considerándose una epidemia mundial (1). Esta enfermedad se caracteriza por un aumento de la grasa corporal debido a un desequilibrio entre el aporte calórico y el gasto energético.

Constituye el origen de múltiples trastornos sistémicos, aumentando la morbimortalidad y suponiendo un gran problema de salud pública. Supone por tanto un elevado gasto sanitario, social y económico.

Existe una predisposición genética relacionada con los niveles de leptina y una predisposición endocrina o neurológica que constituye la dimensión física del problema.

Para aumentar el éxito de nuestras intervenciones es importante ampliar la visión a todas las dimensiones del paciente obeso: física, social y emocional. Es decir, desarrollar una atención de enfermería integral.

El enfoque tradicional del tratamiento del sobrepeso y la obesidad se basa en la dieta y el ejercicio.

La tendencia actual es establecer como objetivo una pérdida de peso moderadas (5-10% del peso) y prolongada en el tiempo, lo que supone un cambio de hábitos y una modificación del comportamiento que constituye el tercer pilar del tratamiento.

Prochaska y Diclemente, describen una serie de etapas en este proceso de cambio. Los profesionales debemos identificar en qué etapa se encuentra el paciente y adaptar nuestras intervenciones (2). La resistencia terapéutica aparece cuando se utilizan estrategias equivocadas para la etapa en que se encuentra el paciente.

- **Etapas de precontemplación**: El paciente no desea perder peso y busca argumentos para ello. Los pacientes tienen muy poca información acerca de su enfermedad, e incluso no reconocen que la padecen. Es conveniente motivarlo para mantener al menos el peso actual o iniciar el cambio hacia una bajada de peso. Es más fácil que cambien aquellas personas que están dispuestas a cambiar.

- **Etapa de contemplación**: La persona comienza a tener dudas, aparece un sentimiento de ambivalencia valorando los pros y los contras de aquello que quiere cambiar. El paciente llega a nuestra consulta enfocando su discurso hacia un cambio: *“me gustaría hacer más ejercicio, pero me aburre...”*

- **Etapa de preparación**: Se caracteriza por una disponibilidad para el cambio a corto plazo, es decir desarrollo de planes, aprendizaje de los errores... Aparece la confianza en uno mismo para modificar la conducta. El discurso del paciente se centra en buscar el momento para iniciar el cambio: “A partir del lunes empiezo a hacer la dieta y salgo a caminar”.

Es importante que identifiquemos las características de la conducta de ingesta y las situaciones o acontecimientos que le incitan a comer. La autoobservación y el autorregistro de lo que come, cuánto y cuándo y el conocimiento de la conducta antes, durante y después de comer.

Ejemplos de consejos de autocontrol y respuestas alternativas:

- Comer despacio y sentado.
- Establecer un horario fijo para las comidas.
- Comer menor cantidad de los alimentos más energéticos.
- Servirse solo una vez utilizando platos pequeños.
- No realizar otra tarea mientras se come.
- Preparar la comida con el estómago lleno.
- Comprar sólo los alimentos necesarios.

- **Etapa de acción**: La persona inicia acciones como la dieta y el ejercicio para cambiar el problema.

- **Etapa de mantenimiento**: Son capaces de realizar acciones para un buen mantenimiento de las acciones alcanzadas, es decir son capaces de reconocer situaciones que pueden llevar a una recaída, conocer situaciones de riesgo.... Se logra consolidar los cambios y evitar tentaciones que favorecen volver a la conducta anterior. Los profesionales ayudan a identificar y utilizar las estrategias para prevenir una recaída.

- **Etapa de recaída**: Es frecuente, en ella se vuelve a la conducta anterior. El profesional debe saber que cada recaída puede provocar sentimientos de fracaso, desmotivación y frustración en el paciente. Debemos

ayudar al paciente a renovar el proceso de contemplación, determinación y acción sin que aparezcan estos sentimientos.

1.1. JUSTIFICACIÓN

Tanto la obesidad como los trastornos psicológicos constituyen un alto porcentaje de las consultas de Enfermería en Atención Primaria, es aquí donde la enfermera mediante la entrevista y los test validados puede detectar alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad como ansiedad o depresión.

El tratamiento de la obesidad será ajustado a cada paciente y sus características para conseguir un cuidado integral.

Es importante ayudar al paciente a tener una actitud proactiva frente a la enfermedad. La adherencia terapéutica se define como la «implicación activa y voluntaria del paciente en un comportamiento relacionado con el cumplimiento del tratamiento, aceptado de mutuo acuerdo» (3).

La obesidad además de ser un riesgo para la aparición de enfermedades, constituye uno de los principales estigmas de la sociedad produciendo una disminución de oportunidades de empleo y educación, lo que puede producir alteraciones psicológicas y sociales o agravar las existentes.

En la actualidad y debido a la aparición de la nueva pandemia del COVID- 19, la obesidad contribuye a empeorar el pronóstico, así como las consecuencias más graves de esta. La OMS establece que 1 de cada 6 personas que contraen el COVID-19 sufre sobrepeso y obesidad, estas a causa de la obesidad tendrán un sistema inmune más vulnerable para desarrollar las complicaciones asociadas con este nuevo virus (4). Por ello desde Atención Primaria tenemos que hacer una mayor prevención de la obesidad y promoción de la salud. Así como, fomentar el ejercicio físico en los grados de obesidad I y II, ya que en el grado III está contraindicado, también una vida saludable con buenos hábitos de alimentación, higiene y sueño.

2. PREVALENCIA

El estudio ENPE determinó la prevalencia de obesidad en España en los años 2014 y 2015 de personas no institucionalizadas y entre la población de 25 y 64 años. El resultado que se obtuvo del estudio fue el siguiente: un 39,3% de la población sufre sobrepeso, un 21,6% de la población sufre obesidad general, de este porcentaje el 22,8% pertenece a los varones y el 20,5% hace referencia a las mujeres. La prevalencia de obesidad abdominal es de un 33,4%, siendo de un 43,3% en las mujeres y un 23,3% en los hombres, además ésta aumenta con la edad (5). En España actualmente los gastos sanitarios destinados a la obesidad son de un 7%.

Más datos acerca de la prevalencia de la obesidad en España nos dicen que en los últimos años por determinados factores la enfermedad avanzó en dirección norte-sur afectando sobre todo a aquellas personas de un nivel socio-cultural más bajo. Además, no sólo afecta a la población adulta, sino también, a la población infantil y juvenil (5).

Esta enfermedad es multifactorial, los factores que más influyen son los factores genéticos, los metabólicos y los conductuales o psicológicos como la ansiedad y la depresión.

3. DIFERENCIAS ENTRE SOBREPESO Y OBESIDAD

Tanto la obesidad como el sobrepeso según la OMS se caracterizan por una acumulación anormal o excesiva de grasa, la cual puede ser perjudicial para la salud (6).

Existen una gran cantidad de técnicas para la medición de la grasa corporal, muchas de ellas basadas en la antropometría. El índice de masa corporal (IMC) es uno de los criterios más utilizados para realizar el diagnóstico de obesidad, ya que el peso está estrechamente relacionado con la grasa corporal. Este se define como el cociente del peso en kilogramos entre la talla en metros al cuadrado (Tabla 1).

Para determinar si existe una u otra enfermedad vamos a usar el IMC. Determinaremos personas con sobrepeso, aquellas que tengan un IMC entre

25-30 kg/m² y obesidad aquellos pacientes con un IMC > 30 kg/m². Tendremos en cuenta que en ocasiones el IMC no refleja de forma adecuada la proporción de grasa corporal, utilizaremos estas situaciones como criterios de exclusión. En el caso de los deportistas de élite, tendrán un mayor IMC debido a su alta proporción de músculo. Los pacientes que presenten edemas por una acumulación de líquido extracelular en el espacio intersticial (7). Pacientes encamados o con graves problemas de movilidad debido a la gran dificultad para la medición tanto de la talla como del peso.

Por otro lado, también tendremos en cuenta que un mismo IMC va a estar afectado por el sexo. En el caso de las mujeres, tienden a tener más grasa corporal y a ser más sedentarias que los hombres (8,9). En relación a la edad, al aumentar suele haber mayor proporción de grasa corporal (8).

Tabla 1. Valores del IMC.

IMC	<18,5	18,5-24,9	25-29,9	30-34,9	35-39,9	>40
Descripción	Bajo peso	Normopeso	Sobrepeso	Obesidad tipo I	Obesidad tipo II	Obesidad tipo III o mórbida

3.1. CONSEJOS PARA EVITAR LA OBESIDAD

Algunos consejos que vamos a seguir son los siguientes (10):

- Evitar realizar otras actividades cuando comemos para poder dar la importancia que se merece al acto de comer y dedicarle el tiempo necesario.
- No olvidar la ingesta adecuada de proteínas, ya que estas nos ayudarán a disponer de los aminoácidos necesarios y fomentar la saciedad.
- Hidratarse antes de comer, hará que el estómago este parcialmente lleno y también eliminará la sensación de sed.
- Mantener los niveles de glucosa e insulina bajo control con el fin de prevenir hiperinsulinemias, niveles de glucosa elevados y concentraciones de triglicéridos en sangre altos.
- Prevenir la resistencia a la leptina y los niveles de esta altos, lo podremos conseguir evitando alimentos ricos en azúcares añadidos.

- Minimizar los alimentos muy procesados y con sabores muy marcados ya que normalmente son los que más cantidades de azúcares, sal, carbohidratos refinados y grasas van a aportar.
- No alterar los ritmos circadianos, es decir, dormir lo suficiente para estar descansados y si es posible evitar los cambios de horario radicales.
- Cuidar de nuestra microbiota, ya que esta va a cuidar de nosotros, lo conseguiremos evitando las grasas, azúcares...
- No usar los alimentos como recurso emocional, para compensar ciertos problemas.
- Minimizar el estrés, este se asocia a la resistencia de ciertas hormonas, a la inflamación, a desequilibrios en el sueño, en la microbiota...
- Hacer ejercicio nos ayudará no sólo a evitar el sedentarismo y el aumento de peso, sino también a prevenir otras enfermedades.

4. FACTORES DE RIESGO

Algunos factores de riesgo que podemos considerar para el desarrollo de la obesidad pueden aparecer en los primeros meses de vida, como la interrupción de la lactancia materna antes de los seis meses de vida, una ampliación de la administración de esta, ayuda a prevenir la obesidad. Otro factor de riesgo es la administración de chupetes o biberones con agua azucarada o leches sustitutivas.

La libre venta de alimentos con alto contenido calórico, junto al bajo precio de estos, hace que las personas tengan más facilidad para su consumo. En la actualidad, se dedica menos tiempo a la alimentación y la sociedad cada vez come más veces fuera de casa, sin ningún control sobre lo que come.

Para que los pacientes tengan una mayor información acerca de la enfermedad y sus consecuencias sería adecuado la recomendación de asistencia a conferencias y actividades tanto individuales como colectivas en la consulta. No sólo acerca de la obesidad sino también de las ventajas y los inconvenientes de la actividad física, hábitos saludables y los aspectos psicológicos que pueden influir y desarrollarse (6).

5. ASPECTOS PSICOLÓGICOS

5.1. ANSIEDAD

Según la RAE el término de ansiedad, hace referencia a un estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo, siendo una de las sensaciones más frecuentes en el ser humano (11).

La ansiedad responde a la combinación de diferentes manifestaciones físicas y mentales que no se pueden atribuir a peligros reales, sino que se manifiestan en forma de crisis o como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico.

Según la DSM-V existen diferentes tipos de ansiedad en función de la afectación de la misma, por ello podremos hablar de trastornos de ansiedad generalizada, trastorno de pánico o ataque de angustia, trastorno fóbico, trastorno obsesivo-compulsivo y trastorno por estrés postraumático (12).

Para poder identificar el grado de ansiedad que sufre nuestro paciente tenemos que conocer los síntomas característicos de la enfermedad (tabla 5).

Tabla 2. Síntomas de ansiedad.

SÍNTOMAS DE LA ANSIEDAD	<ul style="list-style-type: none"> → Nerviosismo → Agitación → Tensión → Hiperventilación → Temblores o sudoración → Sensación de debilidad o cansancio → Problemas para concentrarse → Problemas para conciliar el sueño → Necesidad de evitar situaciones que generen ansiedad
--	---

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V).

Una vez que hayamos conseguido diagnosticar la enfermedad, vamos a poder seguir un tratamiento adecuado al paciente.

Algunos diagnósticos de enfermería relacionados con la ansiedad son los siguientes (tabla:8 y 7):

Tabla 3. Diagnóstico: Ansiedad (00146).

Diagnóstico (NANDA): 00146 Ansiedad: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica, sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro.

Características definitorias:	Factores relacionados:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Insomnio ✓ Trastorno del sueño ✓ Anorexia 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dieta ✓ Fatiga ✓ Miedo al insomnio

Objetivos (NOC):

1. Sueño (00004): Magnitud y patrón de suspensión periódica natural de la conciencia durante la recuperación del organismo.

- **Indicadores:** 1) Horas de sueño cumplidas (000402). 2) Hábito de sueño (000407). 3) Despertar a las horas adecuadas (000410).

2. Control de la ansiedad (01402): Acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión y tensión por una fuente no identificable.

- **Indicadores:** 1) Eliminación de precursores de la ansiedad (140202). 2) Busca información para reducir la ansiedad (140204).

Intervenciones (NIC): Técnica de relajación (5880): Disminución de la ansiedad del paciente que experimenta distrés agudo.

- **Actividades:** 1. Reducir o eliminar los estímulos que crean miedo o ansiedad. 2. Reafirmar al paciente en su seguridad personal.

Fuente: Listado de diagnósticos NANDA.

Tabla 4. Diagnóstico: Deterioro del patrón del sueño (00095).

Diagnóstico (NANDA): 00095 Deterioro del patrón del sueño: Trastorno de la cantidad y calidad del sueño limitado en el tiempo.

Características definitorias:	Factores relacionados:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Insomnio mantenido ✓ Despertar antes o después de lo deseado ✓ Disminución de la capacidad para funcionar 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ansiedad ✓ Temor ✓ Dieta

Objetivos (NOC):

1. Descanso (00003): Grado y patrón de la disminución de actividad para la recuperación mental y física.

- **Indicadores:** 1) Tiempo de descanso (000301). 2) Calidad del descanso (000303).

2. Nivel de comodidad (02100): Grado de comodidad físico y psicológico.

- **Indicadores:** 1) Bienestar físico referido (21001). 2) Bienestar psicológico referido (210003).

Intervenciones (NIC): Fomentar el sueño (1850): Facilitar ciclos regulares de sueño/ vigilia.

- **Actividades:** 1. Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama. 2. Ayudar al paciente a evitar a la hora de irse a la cama los alimentos y bebidas que interfieran en el sueño.

Fuente: Listado de diagnósticos NANDA.

5.2. DEPRESIÓN

Según la DSM-V la depresión es el trastorno del estado de ánimo, transitorio o permanente, caracterizado por sentimientos de abatimiento, infelicidad y culpabilidad, además de provocar una incapacidad total o parcial para disfrutar de las cosas y de los acontecimientos de la vida cotidiana (12). Los trastornos depresivos pueden estar acompañados de trastornos de la ansiedad.

Al igual que en la ansiedad, en función de los síntomas que se experimenten existen diferentes tipos de depresión. Para poder identificar la depresión en nuestro paciente, tenemos que conocer cuáles son los síntomas que sufre (tabla 8).

Tabla 5. Síntomas de la depresión.

SÍNTOMAS DE LA DEPRESIÓN	<ul style="list-style-type: none"> → Sentimientos persistentes de tristeza, ansiedad o vacío → Sentimiento de desesperanza y/o pesimismo → Sentimientos de culpa, inutilidad y/o impotencia → Irritabilidad → Pérdida de interés en las actividades que disfrutaba con anterioridad → Fatiga, cansancio y falta de energía → Alteración del sueño: insomnio, dormir demasiado, despertar muy temprano → Alteraciones de la alimentación: comer excesivamente/ pérdida de apetito → Ideas suicidas/ intento autolítico → Dolores persistentes, dolores de cabeza, problemas digestivos o malestar persistente
---	--

Fuente: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V).

Para poder ayudar a los pacientes que sufren esta afectación, tenemos que saber que contamos con un tratamiento farmacológico, los antidepresivos, que ayudarán a producir un aumento de la serotonina para controlar las emociones (13). Y por otro lado contamos con el tratamiento no farmacológico, cuyo objetivo es hacer que el paciente se conozca mejor a través de la psicoterapia y consiga cambiar formas inadecuadas de pensar, sentir y actuar.

En los casos más graves, se puede usar la terapia de electroshock o electroconvulsiva con el fin de enviar una serie de corrientes al cerebro que pueden mejorar la sintomatología del paciente provocando cambios en este órgano.

Algunos de los diagnósticos de enfermería relacionados con la depresión son los siguientes (tabla 9 y 10):

Tabla 6. Diagnóstico: Aflicción crónica (00137).

Diagnóstico (NANDA): 00137 Aflicción crónica: La persona presenta un patrón cíclico, recurrente y potencialmente progresivo de tristeza omnipresente en respuesta a una pérdida continua, en el curso de una enfermedad o discapacidad.

Características definitorias:	Factores relacionados:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Expresión de sentimientos periódicos recurrentes de tristeza 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ La persona expresa uno o más factores desencadenantes ✓ La persona experimenta una enfermedad o discapacidad física o mental crónica

Objetivos (NOC):

1. Aceptación del estado de salud (01300): Reconciliación con las circunstancias de salud.

- **Indicadores:** 1) Renuncia al concepto previo de salud (130002).
2) Expresa sentimientos sobre el estado de salud (130007).

2. Control de depresión (01409): Acciones personales para minimizar la tristeza y mantener el interés por los acontecimientos de la vida.

- **Indicadores:** 1) Supervisa la intensidad de la depresión (140902).
2) Identifica factores precursores de la depresión (140903).

Intervenciones (NIC): Apoyo emocional (5270): Proporcionar seguridad, aceptación y ánimo en momentos de tensión.

- **Actividades:** 1. Comentar la experiencia emocional con el paciente. 2. Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. 3. Remitir a servicios de asesoramiento si se precisa.

Fuente: Listado de diagnósticos NANDA.

Tabla7. Diagnóstico: Desempeño inefectivo del rol (00055).

Diagnóstico (NANDA): 00055 Desempeño inefectivo del rol: Los patrones de conducta y expresión de la persona no concuerdan con las expectativas, normas y contexto en que se encuentra.

Características definitorias:	Factores relacionados:
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Negación al rol ✓ Incertidumbre ✓ Pesimismo 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estrés y conflictos ✓ Depresión ✓ Baja autoestima

Objetivos (NOC):

1. Superación de problemas (01302): Acciones para controlar los factores estresantes que ponen a prueba los recursos del individuo.

- **Indicadores:** 1) Identifica patrones de superación eficaces (130201). 2) Refiere disminución del estrés (130204). 3) Utiliza el apoyo social disponible (130209).

2. Ejecución del rol (01501): Congruencia de la conducta de rol del individuo con las expectativas del rol.

- **Indicadores:** 1) Capacidad de cumplir las expectativas del rol (150101). 2) Ejecución de las conductas del rol social (150104).

Intervenciones (NIC): Potenciación de la autoestima (5400): Ayudar al paciente a que aumente el juicio personal de su propia valía.

- **Actividades:** 1. Observar las frases del paciente sobre su propia valía. 2. Animar al paciente a identificar sus virtudes. 3. Fomentar el contacto personal al comunicarse con otras personas.

Fuente: Listado de diagnósticos NANDA.

5.3. PAPEL DE ENFERMERÍA EN DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

En los últimos años la Atención Primaria ha tenido un aumento de demanda en cuanto a salud mental se refiere. La depresión es una de las enfermedades mentales junto con la ansiedad que mayor demanda solicitan.

La elección de la Atención Primaria para el seguimiento de estas enfermedades se debe a que es el nivel asistencial más cercano a la población, está en contacto con los pacientes a lo largo de todo el año y durante todas las edades. Los pacientes depositan toda la confianza en los sanitarios que trabajan en ella. Esta relación, permitirá crear una mayor confianza con el paciente para así poder conocerle mejor y proporcionar unos cuidados eficaces, individualizados y adaptados a las necesidades de cada paciente (14).

El personal sanitario tiene un papel fundamental en la detección de las enfermedades de los pacientes desde dos ámbitos: el propio de la comunidad y el familiar. Esto, facilita el correcto seguimiento de manera más cercana, también, genera un mayor impacto en las actividades de prevención y promoción de la salud.

En cuanto a las actividades de promoción de la salud se centran en la reducción de los factores de riesgo y el desarrollo de los factores de protección.

Tenemos que tener en cuenta que algunos de los objetivos de enfermería en Atención Primaria son los siguientes (15):

- ➔ Incluir al paciente en el plan de cuidados globales, participando y comprometiéndose con su autocuidado.
- ➔ Promover la atención que asegure el máximo bienestar y calidad de vida.
- ➔ Determinar el conocimiento que tiene acerca de su enfermedad con el fin de disminuir los temores.
- ➔ Detección precoz y adecuada de los trastornos psicopatológicos mediante la entrevista clínica.
- ➔ Acompañamiento y escucha activa del paciente y la familia estableciendo una relación de confianza.

6. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO PRINCIPAL

- Establecer si existen diferencias significativas en la prevalencia de ansiedad o depresión en el paciente obeso en relación a la edad.

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer si la edad está relacionada con una mayor prevalencia de ansiedad o depresión en el paciente obeso.

- Determinar la afectación psicológica en relación al sexo en pacientes obesos.

7. MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño: Se trata de un estudio cuantitativo, descriptivo, trasversal o de prevalencia.

Se realizó una búsqueda bibliográfica sobre la obesidad, depresión y ansiedad. Se revisaron artículos científicos de las bases de datos de Medline, Pubmed y Google Scholar. La búsqueda se realizó en inglés y español. Los términos usados para la búsqueda fueron depresión, ansiedad, aspectos psicológicos, obesidad, diagnóstico, IMC.

Para el registro de los datos se usó el programa Excel y para su posterior análisis estadístico el programa SPSS. Se resumieron las variables numéricas con media \pm desviación típica y las variables cualitativas con porcentajes, calculando intervalos de confianza al 95% para los correspondientes porcentajes poblacionales.

Para testear la igualdad de medias de varones y mujeres en variables numéricas realizamos la t de student.

Para estudiar la relación entre las variables numéricas usamos el coeficiente de correlación Pearson y su contraste asociado, se consideraron como estadísticamente significativos valores de p inferiores a 0.05.

Muestra y tamaño muestral: Para determinar la relación de los aspectos psicológicos con la obesidad en el Centro de Salud de la Magdalena,

utilizaremos una muestra por conveniencia de 41 personas de entre 39 y 89 años pertenecientes a este Centro que sufren obesidad. Todas estas personas firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

Criterios de inclusión: Pacientes que acuden a la consulta de enfermería de Rebeca Puentes durante el periodo de diciembre hasta finales de febrero de 2020, de ambos sexos de entre 39 y 89 años con un IMC > 30 Kg/m².

Criterios de exclusión: Pacientes que por descompensación de su patología sistémica presenten edemas, deportistas de élite, pacientes encamados o con graves problemas de movilidad, pacientes diagnosticados previamente de alguna enfermedad psiquiátrica grave y pacientes que hayan sufrido algún tratamiento invasivo en relación con la obesidad.

Procedimiento: A medida que los pacientes van pasando por nuestra consulta, les iremos midiendo y pesando para saber cuál es el IMC.

Cuanto detectamos a un paciente obeso, comprobamos que cumple los criterios de inclusión y no reúne criterios de exclusión. Se informa correctamente al paciente del estudio, cuál es su finalidad y la voluntariedad en la participación. Se explica al paciente que no va a tener ninguna consecuencia negativa para él. El paciente será informado del tratamiento de sus datos de forma confidencial, manteniendo su privacidad y de la posibilidad de revocar el consentimiento en cualquier momento y sin dar ninguna explicación. Una vez explicado el proceso y que el paciente esté de acuerdo le pediremos que firme el consentimiento informado, se le entrega una copia del mismo y le realizamos los test.

El test utilizado para medir la ansiedad es el test de Beck, formado por 21 ítems, mide los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos.

Cada uno de los ítems podrá ser contestado con un: en absoluto, levemente, moderadamente o severamente (anexo 2).

- ➔ Las preguntas se responderán teniendo en cuenta la última semana incluido el día en que hacemos el cuestionario.
- ➔ Si el paciente tiene dudas entre dos respuestas siempre cogemos la más elevada.

- ➔ El cuestionario se valora de 0 a 3, siendo el 0 en absoluto y 3 severamente. El resultado es la suma de las respuestas elegidas.
- ➔ En función de la puntuación de sus respuestas, vamos a clasificar la ansiedad del paciente en:
 - Ansiedad muy baja: 0-21.
 - Ansiedad moderada: 22-35.
 - Ansiedad severa: >35.

Por otro lado, el test de Hamilton, valora la gravedad de los síntomas y de los cambios del paciente y determina el grado de depresión.

En un inicio esta escala constaba de 21 ítems, pero con el tiempo se han reducido a 17, la fiabilidad de este test está probado por el Instituto Nacional de Salud Mental. Para su evaluación, tenemos una puntuación del 0-4 o del 0-2 respectivamente (Anexo 3 y 4).

En función del número que nos de la suma de las respuestas, vamos a clasificar la depresión del paciente en:

- No deprimido: 0-7.
- Depresión ligera/menor: 8-13.
- Depresión moderada: 14-18.
- Depresión severa: 19-22.
- Depresión muy severa: >23.

Recursos utilizados:

- 1- Recursos humanos: Autora y tutora encargadas de pasar los cuestionarios a los pacientes, analizar los resultados y extraer conclusiones.
- 2- Recursos materiales: Fotocopia de los cuestionarios y los consentimientos informados.

Variables: Las variables que vamos a tener en cuenta son el sexo, edad, peso, talla, IMC.

Sesgo: La selección de la muestra se realiza por conveniencia, es decir aquellos pacientes que cumplen los criterios de inclusión y que acuden a la Consulta de Enfermería.

Consideraciones ético- legales

Para llevar a cabo este proyecto se ha contado con la autorización del Comité Ético De Investigación Clínica (CEI) correspondiente al Área de Salud responsable de nuestro Centro de Salud. En este caso el Centro de Salud Magdalena pertenece al Área de Salud Este por lo tanto el hospital de referencia es el Hospital Clínico Universitario.

También se ha contado con la autorización del coordinador del Centro de Salud participante en el proyecto.

Se debe tener en cuenta la protección de datos (Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales) y la privacidad de ellos.

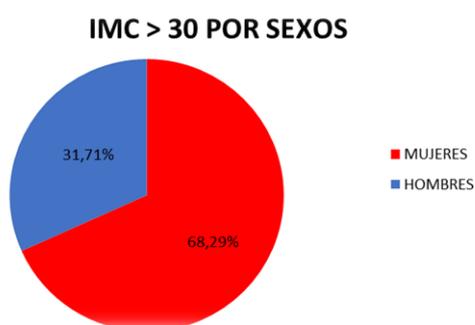
La información obtenida se analiza de forma anónima, separada de sus datos identificativos. Se obtiene el consentimiento de cada participante después de haber recibido una información adecuada sobre el estudio (Anexo I) (Ley 3/2005, de 7 de marzo, de modificación de la Ley 3/2001, de 28 de mayo, reguladora del consentimiento informado y de la historia clínica de los pacientes).

8. RESULTADOS

Sexo:

El tamaño muestral es de 41 pacientes, 28 mujeres que representan el 68,29% de la muestra y 13 hombres, el 31,71% de los participantes, todos ellos sufren obesidad.

Tabla8. Porcentajes de IMC con relación al sexo.



Edad:

El rango de edad de la muestra es de 39-89 años con una media de edad de 71,5 años en mujeres y 77,3 años en hombres y un intervalo de confianza del 95%. Obteniendo una media total de ambos sexos de 73,34 años.

IMC:

Respecto al IMC, el promedio de la muestra global fue de 33,03 kg/m², siendo en mujeres un 32,82% y en hombres un 33,49%.

También obtuvimos que el valor más alto de IMC en el total de los pacientes es de 39,75 kg/m² y el más bajo es de 30,06 kg/m² correspondiendo ambos valores a las mujeres.

Test de Beck:

El promedio obtenido en el test de Beck sin diferencias entre sexos es de 10,17 puntos que se relacionaría con una ansiedad leve. La máxima puntuación de la muestra en este test son 39 puntos, corresponde con ansiedad grave y la obtiene una mujer. Por otra parte, dos varones de la muestra obtienen una puntuación de 0, es decir, sin ansiedad.

De manera global, incluyendo ambos sexos se obtuvo que el 75,61% de los participantes no sufren ansiedad, el 2,88% ansiedad muy baja, el 9,76% ansiedad moderada y el 9,76% restante sufren ansiedad severa (tabla 9 y 10).

Tabla 9. Beck- IMC mujeres.

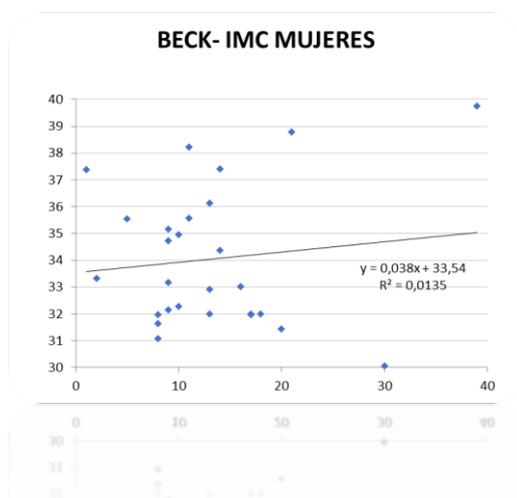
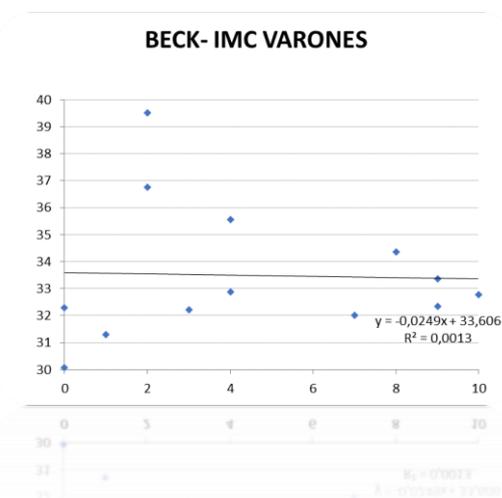


Tabla 10. Beck - IMC varones.



Test de Hamilton:

El promedio obtenido en el test de Hamilton sin diferenciar en sexos es de 13,27 puntos tratándose de una depresión moderada. El valor máximo de este test es de 27 puntos correspondiente a una mujer que sufre depresión muy severa y el valor mínimo es 1 punto correspondiendo al sexo masculino y en este caso no sufre depresión.

De manera global, contando con todos los participantes obtenemos que el 19,51% no están deprimidos, el 21,95% tienen una depresión ligera, el 39,02% tienen depresión severa y los más afectados con depresión muy severa son un 19,51% de los participantes (tabla 11 y 12).

Tabla 11. Hamilton- IMC mujeres.

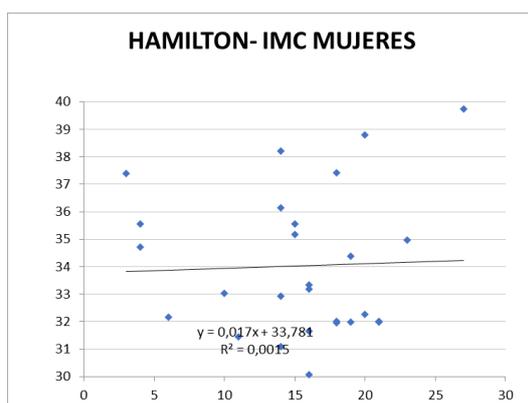
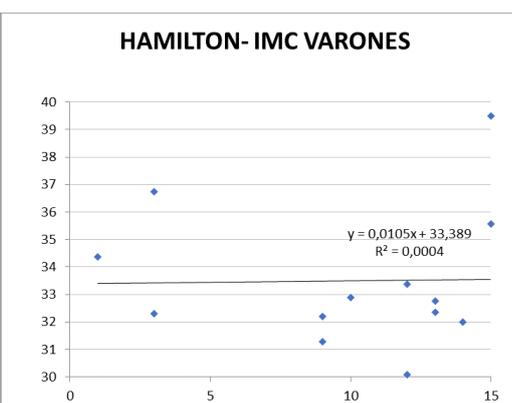


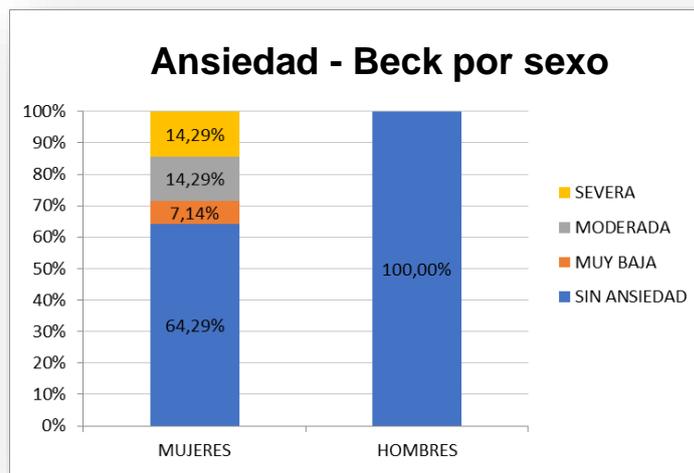
Tabla 12. Hamilton IMC- varones.



En cuanto a la relación del test de Beck con el sexo podemos establecer que ninguno de los hombres que participan en el estudio sufren ansiedad, teniendo en cuenta que el tamaño de la muestra de hombres respecto a mujeres es casi la mitad.

Por otro lado, en cuanto a la relación del sexo femenino con el test de Beck, establecemos que el 64,29 % de las mujeres no sufren ansiedad, el 7,14% ansiedad muy baja, un 14,29% ansiedad moderada y 14,29% ansiedad severa. (tabla 13).

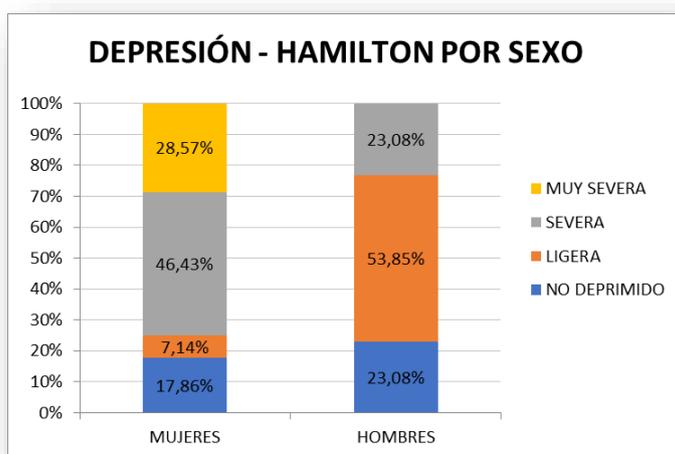
Tabla 13. Ansiedad - Beck por sexo.



Cuando hablamos del test de Hamilton en relación con el sexo, observamos que también el porcentaje de depresión es más bajo en los hombres con un 23,08%; frente al porcentaje en las mujeres. El 17,86% de las mujeres no sufre depresión. Con respecto a la depresión ligera es mayor en los varones alcanzando el 53,85% y depresión severa de un 23,08%, en los varones no hay presencia de depresiones muy severas (tabla 14).

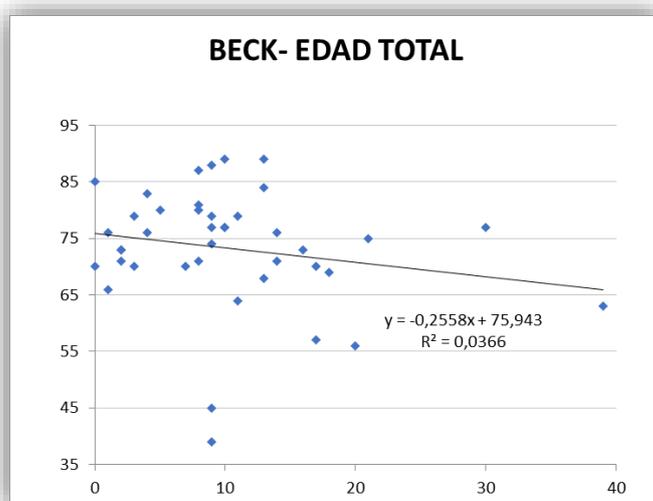
La depresión ligera se detecta en un 7,14% de las mujeres de la muestra, un porcentaje bastante menor que en los hombres. Por el contrario, la depresión severa en mujeres alcanza una prevalencia del 46,43% y la depresión muy severa entrono al 28,57%, siendo ambas cifras más altas en comparación a los hombres.

Tabla 14. Depresión - Hamilton por sexo.



En cuanto al Test de Beck y su relación con la edad, observamos que la mayor prevalencia de ansiedad aparece en la franja de edad entre los 70 y los 85 años (tabla 15) y exclusivamente en mujeres.

Tabla 15. Beck - edad total.



Asimismo, en el caso de la depresión que evaluamos utilizando el test de Hamilton, la mayoría de los participantes en edades comprendidas entre los 75 y los 85 años sufren depresión (tabla 16). En las mujeres la edad en la que sufren mayor depresión está entre los 70 y 85 años de edad (tabla 17), en los hombres esta relación es más dispersa, haciendo difícil determinar entre qué valores es más frecuente la presencia de la depresión (tabla 18).

Tabla 16. Hamilton - edad total.

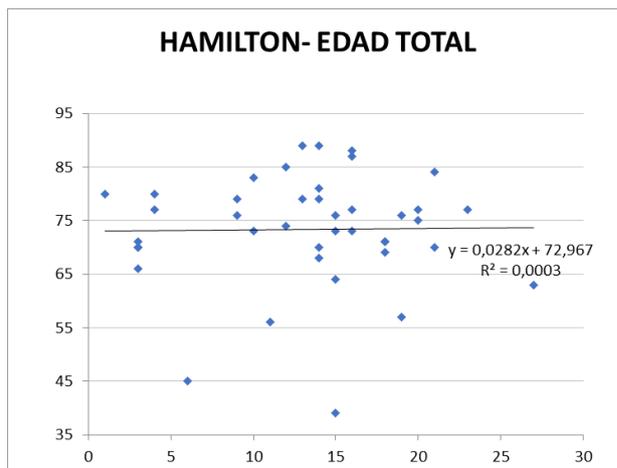


Tabla 17. Hamilton - edad mujeres.

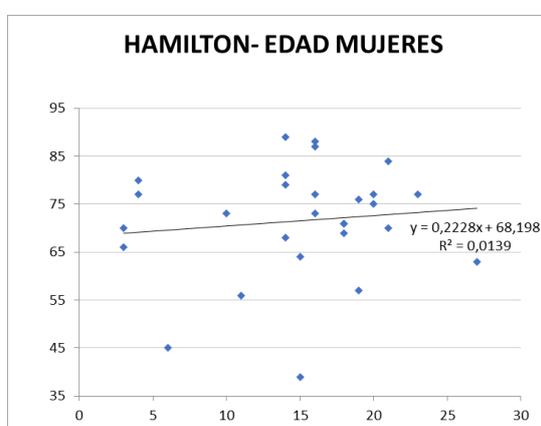
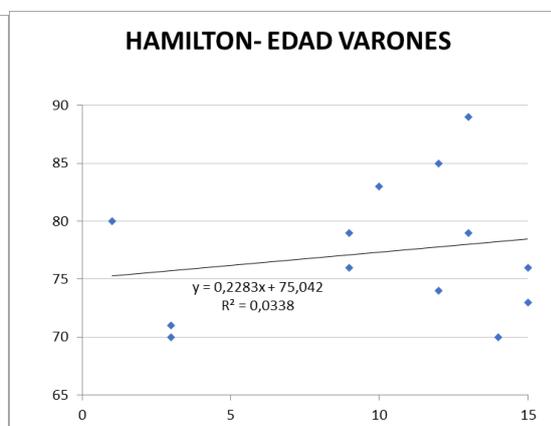


Tabla 18. Hamilton - edad varones.



9. DISCUSIÓN

Como resultado del estudio y al igual que demuestra la ENSE 2017 (16), se observa que son las mujeres las que más sufren estas dos afecciones mentales, por lo tanto, podemos determinar que el sexo es una variable que influye de forma importante. En cuanto a la ansiedad, tanto nuestro estudio, en el que ningún varón sufre ansiedad y el 35,71% de las mujeres sufre algún tipo de ansiedad; como en los datos de la ENSE, donde el 4,3 % de los hombres y el 9,1% de las mujeres sufren ansiedad, demuestran que son las mujeres las más afectadas.

Con respecto a la depresión, obtenemos que en nuestro estudio el 82,14% de las mujeres frente al 76,92% de los hombres sufren depresión. De los datos obtenidos en la ENSE concluimos que son las mujeres las que tienen

también un porcentaje mayor 9,2% frente al 4% en los hombres, por lo que en la depresión la variable del sexo también tiene una gran influencia.

Estas dos enfermedades ocupan en el ranking mundial de prevalencia el puesto 10 para la ansiedad con un porcentaje de 6,7% y el 11 para la depresión con el mismo porcentaje que la ansiedad, estas dos enfermedades suelen ir solapadas. Por lo tanto, la enfermera de Atención Primaria debe ser consciente de los aspectos psicológicos asociados a la hora de realizar el seguimiento y cuidado de los pacientes obesos.

9.1. LIMITACIONES

Las limitaciones con las que contamos en el estudio son que la muestra es pequeña y no aleatorizada pudiendo haber sesgo de selección y también, debido a que el estudio se realizó en un solo Centro Sanitario de la provincia de Valladolid encontramos limitaciones geográficas.

Sería necesario en el futuro estudios aleatorizados multicéntricos con mayor número de casos.

9.2. FORTALEZAS

- Se trata de un estudio que requiere poco tiempo en su ejecución, así como pocos recursos económicos.

- Se visualiza la importancia de un problema de Salud pública infradiagnosticado y prevalente, así como la necesidad de dedicar recursos al mismo.

- Sensibiliza a los profesionales de la necesidad de incorporar el acompañamiento psicológico y la valoración del entorno social como parte de tratamiento del paciente obeso.

- Permite fomentar el uso de cuestionarios de ansiedad y depresión en pacientes con obesidad por parte de enfermería.

9.3. APLICACIÓN A LA PRÁCTICA CLÍNICA

- ➔ Como profesionales sanitarios en el ámbito de Atención Primaria, la prevención de la obesidad es un objetivo fundamental.
- ➔ Una vez que el paciente obeso acude a nuestra consulta, tenemos que mejorar nuestra atención mediante la motivación y el acompañamiento psicológico.
- ➔ Tenemos que considerar los factores externos y los medios que pueden reforzar positivamente los cambios de hábitos, como la familia o los grupos con otros pacientes.
- ➔ Establecer unos objetivos realistas que consigan mejorar la salud del paciente y realizar un seguimiento del mismo a lo largo del tiempo.
- ➔ Tener en cuenta que los pacientes obesos mayores son más susceptibles de sufrir alteraciones psicológicas.

9.4. FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN.

La realización de este estudio deja abierta la posibilidad de realizar un muestreo estratificado con estratos de sexo y diferentes edades, así como aumentar la muestra para que sea más representativa.

Por otra parte, sería interesante investigar la eficiencia de las diferentes intervenciones enfermeras en el paciente obeso con alteraciones psicológicas.

Convendría establecer un mayor número de controles anuales tanto para el control del peso, como del estado de ánimo, con el fin de mejorar y disminuir la ansiedad y la depresión que puedan sufrir estos pacientes.

Sería de interés citar a los familiares y personas más allegadas de estos pacientes para que nos informen sobre los estados de ánimo y los hábitos que está siguiendo el paciente, así como las ayudas que este pueda recibir de los familiares y personas cercanas para poder, establecer pautas de ayuda a los mismos.

10. CONCLUSIÓN

1. Encontramos que la prevalencia global de ambas afecciones es de 22,4% para la ansiedad y de 80,48% para la depresión.

2. La edad parece influir en la aparición de la depresión y la ansiedad siendo mayor la prevalencia cuanto mayor es el paciente obeso.

3. En cuanto al sexo, si bien los hombres padecen en mayor medida depresión leve, la depresión severa afecta a mayor número de mujeres, siendo la depresión muy severa exclusiva del sexo femenino. Así mismo la ansiedad afecta únicamente a las mujeres en nuestra muestra.

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Obesidad [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [citado 18 noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/obesity/es/>
2. Díaz F, Pinto Solano N, Solbes I. Autobiografía y anorexia: Una alternativa cualitativa al modelo del cambio de Prochaska y DiClemente [Internet]. Forum: Qualitative social research. 2013.[Citado 17 abril 2020]. Disponible en:<http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1792/3471>
3. Ginarte Arias Y. La adherencia terapéutica. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet].2001. [Citado 17 abril 2020]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252001000500016
4. Gómez J. Personas con obesidad corren mayor riesgo ante el Covid-19 [Internet]. Diario de Salud. 2020. [Citado 17 abril 2020]. Disponible en: <https://www.diariodesalud.com.do/texto-diario/mostrar/1935515/personas-obesidad-corren-mayor-riesgo-ante-covid-19>
5. Bartrina Aranceta J, Rodrigo Pérez C, Alberti-Aresti G, Ramos-Carrera N, Lázaro-Masedo S. Prevalencia de obesidad general y obesidad abdominal en la población adulta española (25-64 años) 2014-2015: estudio ENPE. Revista Española de Cardiología [Internet]. 2016 [Citado 22 enero 2020]; 579-587. Disponible en: <https://www.fen.org.es/storage/app/media/imgPublicaciones/ENPE.pdf>
6. Vilaplana M. Obesidad y salud pública [Internet]. Elsevier.es. 2007. [Citado 29 febrero 2020]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-obesidad-salud-publica-13111061>
7. Obesidad y sobrepeso [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2019 [Citado 17 abril 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
8. Ugarte Valles M.L, Sánchez Puente C, Páez Campillos M.T, Palomero Laureano T. Edemas generalizados [Internet]. Medicina General. 2019 [Citado 12 abril 2020]. Disponible en: <http://www.mgyfsemg.org/medicinageneral/diciembre2000A/989-991.pdf>
9. Moreno M. Definición y clasificación de la obesidad. Revista Médica Clínica Las Condes [Internet]. 2012. [Citado 12 abril 2020]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864012702882#!>
10. Jiménez L. El cerebro obeso: Las claves para combatir la obesidad están en el cerebro [Internet]. España. 2018. [Citado 1 abril 2020]. Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=bs5NDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT74&dq=el+cerebro+obeso+l.+jimenez&ots=XHLG3_-8i-&sig=O-

[bYOY4ePQ_mKHqfoa_ArjfgENc#v=onepage&q=el%20cerebro%20obeso%20l.%20jimenez&f=alse](https://doi.org/10.1016/j.psico.2019.12.001)

11. ASALE R. ansiedad | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [Citado 30 diciembre 2019]. Disponible en: <https://dle.rae.es/ansiedad>.

12. American Psychiatric Association. Suplemento del manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales, quinta edición [Internet]. DSM-V Actualización. 2016 [Citado 30 diciembre 2019]. Disponible en: https://dsm.psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/Spanish_DSM5Update2016.pdf

13. Depresión- descripción general [Internet]. Medline plus enciclopedia médica. [Citado 30 diciembre 2020]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003213.htm>

14. Quintana Calderón E. El papel de la enfermería en la depresión mayor [Internet]. Ucrea.2017. [Citado 17 marzo 2020]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/11613>

15. Fernández Alonso M.C, Buitrago Ramírez F, Ciurana Misol R, Chocrón Bentata L, García Campayo J, Montón Franco C, Redondo Granado M.J, García Tizón J. Programa de prevención en salud mental en atención primaria [Internet]. Psicoterapiarelacional.es. [Citado 17 marzo 2020]. Disponible en: https://psicoterapiarelacional.es/Portals/0/Documentacion/JTizon/Fdez-Alonso%20et%20al_Tizon_2007_Programa-prevencion-SM-SAAtencion%20Primaria.pdf

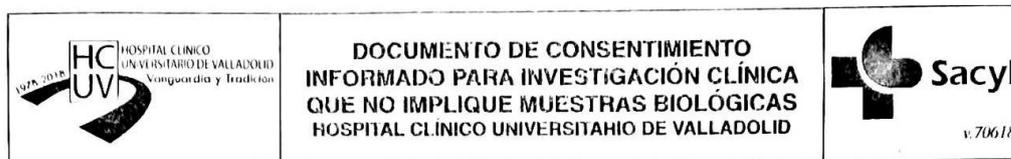
16. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Portal Estadístico del SNS - Encuesta Nacional de Salud de España 2017 [Internet]. Mscbs.gob.es. 2020 [Citado 1 mayo 2020]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuesta2017.htm>

17. Rodríguez-Rodríguez E, López-Plaza B, López-Sobaler A, Ortega R. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos españoles [Internet]. Scielo.isciii.es. 2011 [Citado 18 noviembre 2019]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112011000200017

18. Trastornos de ansiedad - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. Mayoclinic.org. 2018 [Citado 18 noviembre 2019]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961#targetText=Sentir%20ansiedad%20de%20modo%20ocasional,y%20persistentes%20sobre%20situaciones%20diarias>

12. ANEXOS

12.1. Anexo I. Consentimiento informado



DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA INVESTIGACIÓN CLÍNICA QUE NO IMPLIQUE MUESTRAS BIOLÓGICAS

HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALLADOLID

SERVICIO: Centro de Salud Magdalena

INVESTIGADOR RESPONSABLE: Rebeca Puentes Gutiérrez Y Ángela Nieto Sánchez

TELÉFONO DE CONTACTO: 648473687

EMAIL:

NOMBRE DE LA LÍNEA DE TRABAJO: Aspectos psicológicos del paciente obeso

VERSIÓN DE DOCUMENTO: (Número de versión, fecha):
versión 1 16/12/2019

I) Finalidad de la línea de trabajo propuesta:

1. El objeto de dicho estudio es evaluar los aspectos psicológicos del paciente obeso.
2. El paciente contestara a 3 test que evalúan los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida, no implica ningún riesgo para el paciente y pudiendo beneficiarse con una mejor atención por parte de su médico y enfermera.

Los resultados de estos estudios ayudarán probablemente a diagnosticar y/o tratar de manera más precisa a los enfermos con una enfermedad como la suya.

II) Algunas consideraciones sobre su participación:

Es importante que Vd., como participante en esta línea de trabajo, conozca varios aspectos importantes:

A) Su participación es totalmente voluntaria. Dentro del proceso de asistencia hospitalaria por su enfermedad, se realizará una encuesta clínica. Esta encuesta no interferirá con los procesos diagnósticos o terapéuticos que usted ha de recibir por causa de su enfermedad

B) Puede plantear todas las dudas que considere sobre su participación en este estudio.



C) No percibirá ninguna compensación económica o de otro tipo por su participación en el estudio. No obstante, la información generada en el mismo podría ser fuente de beneficios comerciales. En tal caso, están previstos mecanismos para que estos beneficios reviertan en la salud de la población, aunque no de forma individual en el participante.

D) Los datos personales serán tratados según lo dispuesto en la normativa que resulte de aplicación, como es el Reglamento (UE) 2016/679, de 27 de abril, General de Protección de Datos Personales, y su normativa de desarrollo tanto a nivel nacional como europeo.

E) La información obtenida se almacenará en una base de datos, en soporte informático, registrada en la Agencia Española de Protección de Datos, según la legislación vigente.

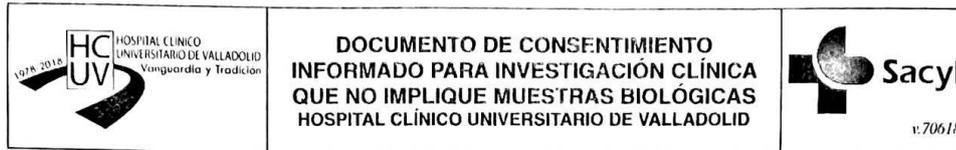
F) Los datos registrados serán tratados estadísticamente de forma codificada. En todo momento el participante tendrá derecho de acceso, modificación, oposición, rectificación o cancelación de los datos depositados en la base de datos siempre que expresamente lo solicite. Para ello deberá ponerse en contacto con el investigador principal. Los datos quedarán custodiados bajo la responsabilidad del Investigador Principal del Estudio, Rebeca Puentes Gutiérrez. Así mismo, tiene derecho a dirigirse a la Agencia de Protección de Datos si no queda satisfecho.

G) Los datos serán guardados de forma indefinida, lo que permitirá que puedan ser utilizados por el grupo del investigador principal en estudios futuros de investigación relacionados con la línea de trabajo arriba expuesta. Dichos datos podrán ser cedidos a otros investigadores designados por el Investigador Principal para trabajos relacionados con esta línea, siempre al servicio de proyectos que tengan alta calidad científica y respeto por los principios éticos. En estos dos últimos casos, se solicitará antes autorización al CEIm (Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos) Área de Salud Valladolid Éste.

H) La falta de consentimiento o la revocación de este consentimiento previamente otorgado no supondrá perjuicio alguno en la asistencia sanitaria que Vd. recibe/recibirá.

I) Es posible que los estudios realizados aporten información relevante para su salud o la de sus familiares. Vd. tiene derecho a conocerla y transmitirla a sus familiares si así lo desea.

J) Sólo si Vd. lo desea, existe la posibilidad de que pueda ser contactado en el futuro para completar o actualizar la información asociada al estudio.



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL PACIENTE POR ESCRITO.

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO (CONTACTAR CON EL INVESTIGADOR PRINCIPAL)

Yo _____ revoco el consentimiento de participación en el estudio, arriba firmado con fecha _____

Firma:

12.2. Anexo II. Test de Beck

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12.3. Anexo III. Test de Hamilton

ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)	
<p style="text-align: center;">Ansiedad psíquica</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Tensión subjetiva e irritabilidad - Preocupación por pequeñas cosas - Actitud aprensiva en la expresión o en el habla - Expresa sus temores sin que le pregunten 	0 1 2 3 4
<p>Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Ligera - Moderada - Severa - Incapacitante 	0 1 2 3 4
<p style="text-align: center;">Síntomas somáticos gastrointestinales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen - Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales 	0 1 2 3 4
<p style="text-align: center;">Síntomas somáticos generales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguno - Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2 	0 1 2
<p>Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Débil - Grave 	0 1 2
<p style="text-align: center;">Hipocondría</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Preocupado de si mismo (corporalmente) - Preocupado por su salud - Se lamenta constantemente, solicita ayuda 	0 1 2 3
<p style="text-align: center;">Pérdida de peso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 500 gr. en una semana - Pérdida de más de 1 Kg. en una semana 	0 1 2
<p style="text-align: center;">Introspección (insight)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se da cuenta que esta deprimido y enfermo - Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc. - No se da cuenta que está enfermo 	0 1 2 3

 ESCALA DE HAMILTON - Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)	
<p style="text-align: center;">Sentimientos de culpa</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente - Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones - Siente que la enfermedad actual es un castigo - Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p style="text-align: center;">Suicidio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausente - Le parece que la vida no vale la pena ser vivida - Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse - Ideas de suicidio o amenazas - Intentos de suicidio (cualquier intento serio) 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p style="text-align: center;">Insomnio precoz</p> <ul style="list-style-type: none"> - No tiene dificultad - Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño - Dificultad para dormir cada noche 	<p>0 1 2</p>
<p style="text-align: center;">Insomnio intermedio</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche - Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar) 	<p>0 1 2</p>
<p style="text-align: center;">Insomnio tardío</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama 	<p>0 1 2</p>
<p style="text-align: center;">Trabajo y actividades</p> <ul style="list-style-type: none"> - No hay dificultad - Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos) - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación) - Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad - Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda. 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p style="text-align: center;">Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Palabra y pensamiento normales - Ligero retraso en el habla - Evidente retraso en el habla - Dificultad para expresarse - Incapacidad para expresarse 	<p>0 1 2 3 4</p>
<p style="text-align: center;">Agitación psicomotora</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ninguna - Juega con sus dedos - Juega con sus manos, cabello, etc. - No puede quedarse quieto ni permanecer sentado - Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios 	<p>0 1 2 3 4</p>