

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto
Presidencial del 3 de abril de 1981



LA VERDAD
NOS HARÁ LIBRES

UNIVERSIDAD
IBEROAMERICANA

CIUDAD DE MÉXICO ®

"FACTORES DE ADHERENCIA A UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE
SOBREPESO Y OBESIDAD PARA ADOLESCENTES. ESTUDIO PILOTO"

TESIS

Que para obtener el grado de

MAESTRA EN NUTRIOLOGÍA APLICADA

Presenta

ANA PAOLA CAMPOS PANIAGUA

Director o Codirectores
Dr. Arturo Perea Martínez
Dra. Gloria Elena López Navarrete
Dr. Edgar Manuel Vásquez Garibay

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Dr. Arturo Perea Martínez por haberme introducido y guiado en el terreno del cuidado de la salud de los adolescentes, y más aún, por haberme permitido aprender, a través de su consulta clínica, la urgente e importante labor del cuidado del adolescente obeso. Su guía durante la planeación y elaboración de mi tesis fue sumamente importante.

A la Dra. Gloria Elena López Navarrete por su paciencia y soporte durante el proyecto, ella representó la parte médica durante la intervención y sin su apoyo, mi trabajo no hubiera sido posible.

Al Dr. Edgar M. Vásquez Garibay por compartir su amplia experiencia clínica y científica así como por ser amigo y colega, siempre con una actitud de ayuda y empatía.

A Flavio Hernández Estrada, por su paciencia en la enseñanza de los paquetes estadísticos utilizados y su apoyo para realizar el análisis estadístico, sin su ayuda difícilmente hubiera logrado hacerlo en tiempo y forma.

A la Dra. Elizabeth Tejero Barrera quién me auxilió en la parte del diseño y metodología de mi trabajo.

A toda mi familia, especialmente a Enrique, Patricio y Alonso, quiénes durante la elaboración de mi trabajo, me apoyaron incondicionalmente, toda mi admiración, amor y gratitud.

ÍNDICE GENERAL	Página(s)
1. Índice de cuadros, gráficas y figuras.....	4
2. Índice de anexos.....	5
3. Resumen General.....	6-7
4. Introducción y Antecedentes.....	8-11
5. Justificación.....	12
6. Hipótesis.....	12
7. Objetivos.....	13
8. Metodología.....	14-34
9. Resultados.....	35-47
10. Discusión.....	48-55
11. Conclusiones.....	56
12. Recomendaciones.....	57-58
13. Bibliografía.....	59-67

ÍNDICE DE CUADROS, GRÁFICAS Y FIGURAS	Página(s)
1. Cuadro 1. Factores favorecedores de adherencia	11
2. Figura 1. Resumen del diseño y procedimiento.....	14
2. Cuadro 2. Variables a analizar	18-19
3. Cuadro 3. Proceso de reclutamiento y seguimiento	24-34
4. Cuadro 4. Características sociodemográficas de la población estudiada.....	36
5. Gráfica 1. Delegaciones de procedencia del D.F.....	37
6. Gráfica 2. Delegaciones de procedencia del Estado de México.....	37
7. Gráfica 3. Adherencia de los adolescentes al tratamiento.....	38
8. Cuadro 5. Cruce de adherencia versus características sociodemográficas.....	39
9. Gráfica 4. Estado de Procedencia versus apego.....	39
10. Gráfica 5. Disposición al cambio versus adherencia.....	40
11. Gráfica 6. Conocimiento de consecuencias de obesidad versus adherencia.....	41
12. Gráfica 7. Tiempo destinado para actividad física versus apego.....	43
13. Gráfica 8. Tiempo de espera en la sala.....	44
14. Gráfica 9. Tipo de transporte.....	45
15. Gráfica 10. Tiempo de transporte al Instituto.....	45
16. Cuadro 6. Mediana de medidas antropométricas y adherencia.....	46
17. Gráfica 11. Diagnóstico de obesidad o sobrepeso versus apego.....	46
18. Gráfica 12. Perímetro de cintura versus adherencia.....	47
19. Gráfica 13. Edad versus adherencia.....	48

ÍNDICE DE ANEXOS

A. Carta de consentimiento informado.....	68-69
B. Carta de asentimiento.....	70
C. Cuestionario para estudio piloto.....	71-81
D. Cuestionario auto-aplicable de Nivel Socioeconómico AMAI.....	82-83
E. Escala de depresión para Adolescentes Kutcher EDAK.....	84
F. Escala de Factores de Empatía con Profesional de la Salud.....	85

RESUMEN GENERAL

La prevalencia de sobrepeso y obesidad en México se ha incrementado en los últimos años afectando a todos los grupos etarios. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del 2012 (ENSANUT 2012) señala la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en adolescentes es de 34.9% lo cual representa un problema de salud pública y de economía.

La adolescencia es un periodo en el cual se terminan de establecer hábitos de vida que influirán el bienestar presente y futuro en términos de salud integral y desarrollo personal, por lo que resulta relevante fomentar en el adolescente, la auto-eficacia y auto-cuidado positivos para la toma de decisiones y la adquisición de competencias para la vida.

Acorde con los datos de sobrepeso y obesidad en adolescentes, se requiere del diseño de programas adecuados a las características psicosociales de los mismos y que sean efectivos en la promoción de adquisición de comportamientos saludables que permitan preservar estilos de vida positivos que permanezcan a largo plazo.

Un aspecto fundamental para el tratamiento del adolescente con sobrepeso u obesidad, es la adherencia al programa y por lo tanto a las recomendaciones terapéuticas alimentarias y de actividad física que requiere. Precisar los factores, personales y de contexto, que determinen dicha adherencia es trascendental para la obtención de buenos resultados.

El objetivo del estudio piloto es identificar dichos factores en una población de adolescentes mexicanos con sobrepeso u obesidad, además de evaluar la viabilidad del proceso en el terreno clínico asistencial y, conforme a los resultados obtenidos,

plantear un ensayo clínico de mayor escala que identifique los factores individuales y de contexto con significancia estadística que favorezcan la adherencia del adolescente con sobrepeso u obesidad a un programa de promoción y adquisición permanente de hábitos de vida saludables.

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja, multifactorial, recurrente, caracterizada por exceso de tejido adiposo y un estado inflamatorio denominado de bajo impacto que repercute, en forma sistémica, en la salud del individuo; inicia en cualquier momento de la vida y, en el 95% de los casos, es de carácter exógeno; está relacionada directamente con comorbilidades de orden metabólico y no metabólico y no existe un perfil determinado que distinga al individuo o al momento en el que dichas consecuencias aparecerán.¹⁻⁸

Debido a la incrementada y creciente prevalencia de obesidad en el ámbito global, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha determinado que el combate a esta enfermedad es una de las prioridades a resolver. Las estrategias descritas hasta ahora, permiten conocer las causas y las posibles soluciones, sin embargo, la dificultad impera en la forma de asentar la adquisición de mejores estilos de vida en la población, que puedan dar salida al problema. Por otro lado, se agregan factores de orden epigenético que favorecen el desarrollo prenatal y posnatal de la enfermedad y de sus comorbilidades.⁹⁻¹¹

La relevancia del enfoque hacia la adolescencia se basa en el entendimiento de que, en esta etapa de la vida se pueden establecer competencias necesarias para obtener y mantener un estilo de vida saludable que la OMS define como “forma de vida basada en patrones de comportamientos identificables que fomentan la salud y que se determinan por la interacción entre las características del individuo, sus relaciones sociales y económicas, así como por las condiciones de su ambiente”.¹² Asimismo, conforme al concepto de réplica transgeneracional que parece garantizar la

continuidad de la obesidad y las enfermedades crónicas relacionadas con la misma, la adolescencia y la edad fértil representan una ventana de oportunidad para combatir el sobrepeso y la obesidad al fomentar comportamientos que incidan de manera positiva en su bienestar físico y emocional así como en su entorno social; lo anterior podrá traducirse en adultos jóvenes más saludables que permitan la gestación de nuevas generaciones en un contexto de salud, desde su concepción, gestación y los primeros años de la vida.^{9,13}

En el tratamiento del adolescente obeso se deben considerar tres componentes importantes, el primero es en sí la complejidad del abordaje clínico en este grupo etario; el segundo, es la dificultad para lograr conductas alimentarias adecuadas y un perfil físicamente activo que prevalezcan en el tiempo; y el tercero, es la baja adherencia a los programas para tratamiento de obesidad.

Para resolver el primer aspecto se requiere profesionalizar al personal de la salud en el abordaje y asistencia al adolescente. Para el segundo factor, es deseable que el adolescente adquiera habilidades para lograr cambios de comportamientos que le ayuden a establecer y mantener hábitos que favorezcan la salud. Para lograrlo, varios autores recomiendan aplicar técnicas cognitivo conductuales ya que, particularmente en los adolescentes, se ha observado que pequeños cambios de conductas relacionadas con su dieta y actividad física, logran resultados clínicos importantes en el manejo de sobrepeso u obesidad.^{14 - 20}

Una de las técnicas conductuales propuesta para lograr cambios de comportamientos es la aplicación del modelo transteórico de etapas de cambio en donde se recomienda utilizar la entrevista motivacional para fomentar la autoeficacia,

la disciplina, la motivación y el autocuidado, habilidades que más tarde pueden resultar benéficas no sólo para el cuidado de la salud sino para el logro de otras metas. El modelo está compuesto por 5 etapas: 1) Precontemplación, no se reconoce el problema y por lo tanto no hay intención de cambio 2) Contemplación, se reconoce el problema y se considera el cambio a mediano plazo. 3) Preparación, se planea el cambio a corto plazo. 4) Acción, inicia el cambio. 5) Mantenimiento, ha logrado hacer cambios de comportamientos de manera sostenida. Cabe mencionar que el proceso de cambio es iterativo por lo que es importante vigilar que los adolescentes permanezcan en acción o de lo contrario ayudarlos a identificar qué barreras se presentan que no les permiten lograr el cambio.^{21,22}

Referente a la adherencia al programa (definido como asistencia voluntaria a las citas pactadas o apego a las recomendaciones dietéticas), algunos estudios, aún insuficientes, muestran resultados desalentadores, reportando en promedio una tasa de abandono de 50% en las primeras semanas del programa, afectando directamente los resultados clínicos, incrementando el riesgo para desarrollar comorbilidades y afectando la carga económica familiar y de los sistemas de salud de un país.^{23 - 26}

Algunas investigaciones señalan que, tasas elevadas de adherencia triplican la probabilidad de lograr resultados clínicos positivos²⁷ lo cual distingue a la adherencia como un pilar fundamental para lograr resultados favorables²⁸. Por consiguiente, algunos autores se han dado a la tarea de identificar los factores individuales y de contexto que favorecen la adherencia a programas para tratar obesidad u otras enfermedades crónicas en adolescentes, los cuales se detallan en el cuadro 1.

Cuadro 1. Factores que favorecen la adherencia a programas para tratamiento de obesidad y otras enfermedades crónicas en adolescentes

Dimensiones	Factores favorecedores de adherencia
Factores Demográficos, Psicosociales y Socioeconómicos	<ul style="list-style-type: none"> • Adolescencia temprana (10 – 13 años)^{16,17} • Ser mujer en edad pediátrica^{27,29} • Declarar disposición al cambio y estar motivados^{13,30} • No presentar depresión³¹ • Contar con apoyo familiar¹⁸ • Contar con apoyo de amigos³² • Control de emociones^{33,40} • Nivel Socioeconómico (NSE) alto³⁴ • Tener conocimiento sobre la enfermedad y sus consecuencias para la salud^{35,36}
Factores relacionados con el Profesional de la Salud	<ul style="list-style-type: none"> • Empatía con el adolescente^{13,37,38,39} • Cambiar el enfoque dicotómico de los alimentos (buenos y malos) por un enfoque en donde todos los alimentos juegan pero en proporciones adecuadas sin prohibir por completo ciertos alimentos e individualizando la orientación alimentaria a las necesidades del individuo.^{33,40,41} • Uso de técnicas de cambios de comportamiento con enfoque multidisciplinario⁴² • Aplicación de modelos de terapia cognitivo-conductual y entrevista motivacional^{30,43,44}
Factores antropométricos	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de peso o disminución de perímetro de cintura en las primeras semanas de la intervención⁴⁵
Factores externos	<ul style="list-style-type: none"> • Cercanía del hogar con la Institución de Salud, reportado como tiempo que toma para llegar⁴⁶ • Tipo de transporte utilizado para asistir a la consulta^{34,46} • Tiempo de espera en la sala antes de entrar a consulta^{34,46} • Asistencia a citas pactadas y apego a los cambios negociados⁴⁷

De acuerdo con la información presentada, es probable que el reconocimiento y aplicación clínica de los factores facilitadores de adherencia a programas para tratamiento de obesidad en adolescentes, sea una pieza fundamental para el logro de intervenciones exitosas.

JUSTIFICACIÓN

1. La prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en adolescentes mexicanos es de 34.9% (ENSANUT 2012), representando alrededor de ocho millones de individuos que requieren asistencia integral para reducir el riesgo de morbi-mortalidad (INEGI 2010).
2. El porcentaje de adherencia a los programas para tratamiento de sobrepeso u obesidad en los adolescentes es de 50% aproximadamente, lo cual representa un riesgo elevado para quienes desertan.
3. Es relevante diseñar estrategias que mejoren la adherencia a los programas actuales de tratamiento del sobrepeso y la obesidad en adolescentes, esto permitirá mejorar el estado clínico de quienes los padecen.
4. Se requiere realizar un estudio piloto que evalúe la viabilidad del proceso de intervención y las estrategias del mismo, con la finalidad de plantear un ensayo clínico que logre identificar los factores con significancia estadística que favorezcan la adherencia al programa en los adolescentes con sobrepeso u obesidad.

HIPÓTESIS

Existen factores individuales y de contexto que favorecen el apego a un programa que fomenta la adopción de hábitos saludables para el tratamiento del adolescente con sobrepeso u obesidad.

OBJETIVOS

Objetivo general

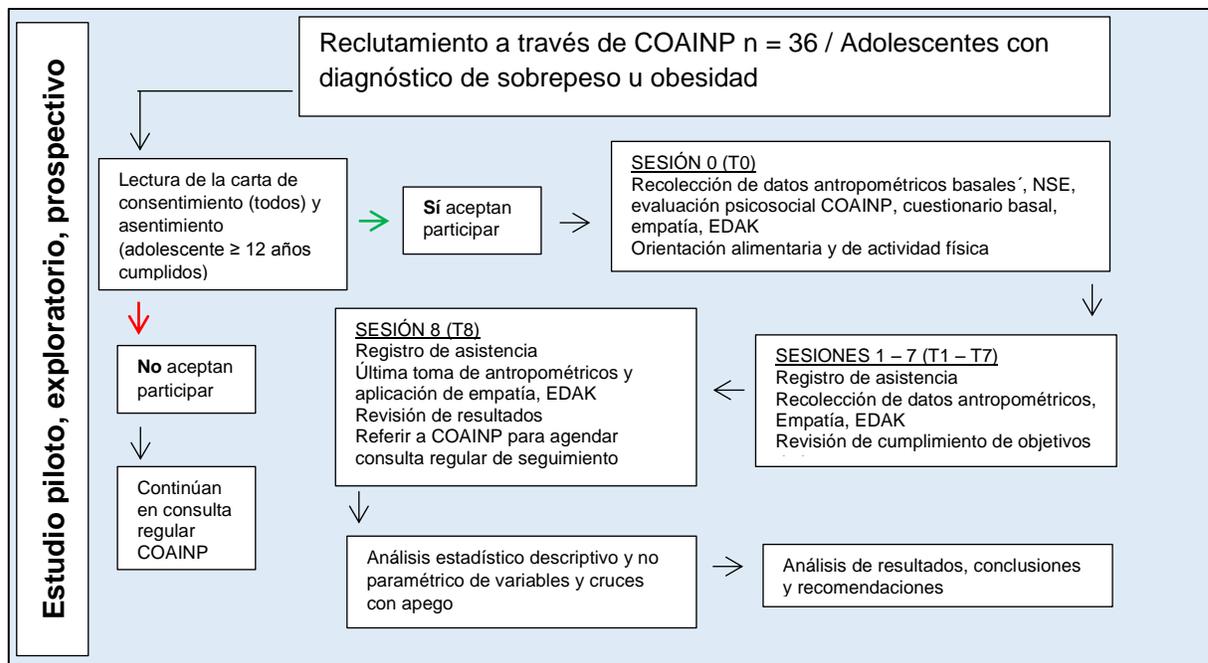
- Realizar un estudio piloto para identificar los factores que favorecen la adherencia a un programa de tratamiento de sobrepeso y obesidad para adolescentes.

Objetivos específicos

- Identificar factores demográficos, psicosociales, socioeconómicos, de empatía con el profesional de la salud y antropométricos, que favorecen la adherencia al programa de tratamiento de sobrepeso y obesidad para adolescentes.
- Evaluar el proceso propuesto en el presente protocolo, con la finalidad de detectar áreas de oportunidad para finalmente plantear un ensayo clínico de mayor escala que identifique los factores individuales y de contexto que favorecen el apego del adolescente con sobrepeso u obesidad a una intervención que promueve la adquisición de hábitos saludables.

METODOLOGÍA

Figura 1. Resumen del diseño y procedimiento



Población de estudio

La población objetivo estuvo constituida por los individuos de 10 a 19 años de edad con sobrepeso u obesidad, que asistieron a la Clínica de Obesidad y Clínica de Adolescentes del Instituto Nacional de Pediatría (COAINP). La población elegible incluyó aquellos que acudieron por primera vez a la COAINP, los días martes a viernes entre 07:00 y 09:00 am durante el periodo de reclutamiento de 9 semanas y que cumplieron con los criterios de selección que se describen a continuación:

Criterios de inclusión

Adolescentes con diagnóstico de sobrepeso (*Puntaje Z del IMC por arriba de +1 DE y hasta +2 DE para edad/sexo*) u obesidad (*Puntaje Z del IMC por arriba de +2 DE para edad/sexo*) de acuerdo con los criterios de la Organización Mundial de la Salud.

Criterios de exclusión

Adolescentes que:

1. Presentaron síndromes genéticos como Prader-Willi, Bardet-Biedl, Alström, Albright o desórdenes endócrinos como Cushing, hipotiroidismo, deficiencia de hormona del crecimiento u otros relacionados con obesidad.
2. Consumían fármacos inductores de apetito como glucocorticoides, fenotiazinas, antidepresivos tricíclicos, ácido valproico, carbamazepina, beta-bloqueadores, tiazolidinedionas, insulina y sus secretagogos e inhibidores de recaptura de serotonina.^{48,49}
3. Presentaron padecimientos psiquiátricos que imposibilitaron la toma de decisiones o el seguimiento de recomendaciones.
4. Presentaron padecimientos músculo esqueléticos primarios limitantes de actividad física.

Consideraciones Éticas

El protocolo se sometió al Comité de Investigación del Instituto Nacional de Pediatría. Referente a las consideraciones éticas hacia el paciente, una vez verificado que el adolescente cumplía con los criterios de elegibilidad se explicó al adolescente y a su acompañante adulto el objetivo del estudio haciéndoles saber que su participación era completamente voluntaria; al aceptar, se les leyó la carta de consentimiento informado (Anexo A) pidiendo su firma y se les proporcionó una copia de la misma. En el caso de adolescentes cuya edad era ≥ 12 años, se les leyó la carta de asentimiento (Anexo B) y se les entregó una copia.

No se presentaron casos en los que el adolescente y/o el acompañante adulto se negaran a participar, sin embargo, se tenía contemplado que en caso de que hubiera negación, éstos continuarían con la consulta y seguimiento regular de la Clínica.

Instalaciones, Equipo para mediciones antropométricas y Recursos Humanos

Las entrevistas, evaluaciones y seguimiento se realizaron en el consultorio 4 o 6 de consulta externa del INP de martes a viernes de 07:00 a 09:00 am durante el estudio. El peso corporal y estatura se midieron en una báscula mecánica de columna con pesas deslizantes y estadímetro integrado marca SECA® modelo 700 localizada en la sala de somatometría en consulta externa del INP. No se requirió una calibración específica para la báscula ya que fue suficiente con la calibración periódica que se realiza de manera rutinaria en el INP.

Para la medición de perímetro de cintura, se utilizó un cinta antropométrica ergonómica milimétrica de fibra de vidrio marca SECA® modelo 200 con rango de medición de hasta 200 centímetros.

A continuación se mencionan los profesionales y especialistas que participaron e hicieron posible el estudio:

1. Ana Paola Campos Paniagua (en lo subsecuente APCP). Licenciada en Nutrición y Ciencia de los Alimentos, Especialista en Obesidad y Comorbilidades, aspirante al título de Maestra en Nutriología Aplicada en la Universidad Iberoamericana y responsable de la presente tesis.
2. Arturo Perea Martínez (en lo subsecuente APM). Pediatra Internista, Coordinador de la Clínica de Obesidad y Clínica de Adolescentes del Instituto Nacional de Pediatría (COAINP), asesor de la presente tesis.

3. Gloria Elena López Navarrete (en lo subsecuente GELN). Médico Pediatra de COAINP, lector de la presente tesis y responsable médico de las consultas realizadas como parte del estudio.
4. Ariadna Guadalupe Lara Campos (en lo subsecuente AGLC). Licenciada en Nutrición de COAINP, auxiliar en dar seguimiento, proporcionar orientación alimentaria y consejería para realizar actividad física en algunas de las citas programadas.
5. Flavio Hernández Estrada (en lo subsecuente FHE). Actuario, responsable del análisis estadístico multivariado. Actualmente laborando en Mares Consumer Intelligence.

Tamaño Muestral

Se planteó un tamaño de muestra de 36 sujetos bajo los siguientes criterios:

- El tamaño muestral recomendado para un estudio piloto es de 30 a 50 sujetos con la condición de que todos representen adecuadamente a la población objetivo.^{50,51}
- Se estimó reclutar un adolescente por día entre martes y viernes, obteniendo 4 sujetos por semana durante un periodo de reclutamiento de 9 semanas. Dicho periodo se planteó a conveniencia para lograr tener suficiente tiempo para análisis de datos, obtención de resultados, presentación de los mismos y autorización final de la tesis.

Variables

Las variables recolectadas y analizadas se describen en el cuadro 2.

Cuadro 2. Variables analizadas en el estudio piloto

Variable	Tipo	Clasificación	Definición operativa
Sociodemográficas			
Edad	Independiente	Ordinal	Periodo de vida expresado en años cumplidos dividido en 3 grupos: 10-14, 15-17, 18-19.
Sexo	Independiente	Nominal dicotómico	Condición biológica: Mujer u Hombre.
NSE	Independiente	Ordinal	Capacidad para satisfacer las necesidades de los integrantes de un hogar en términos de: vivienda, salud, energía, tecnología, prevención y desarrollo intelectual. La norma establece siete niveles pero permite agrupar en 3: alto (AB/C+), medio (C/C-) y bajo (D+/D/E).
Antropométricas			
Peso	Independiente	Numérico	Peso corporal en kilogramos.
Estatura	Independiente	Numérico	Estatura en posición erguida.
Índice de Masa Corporal	Independiente	Numérico	Peso en kilogramos dividido entre la estatura en metros al cuadrado (Kg/m ²).
Perímetro de cintura	Independiente	Numérico	Medición en centímetros tomada a nivel de la línea axilar media, en el punto medio entre el borde costal y la cresta iliaca, en posición erguida con los brazos relajados a los costados y al final de una espiración.
Factores Psicosociales			
Disposición al cambio	Independiente	Nominal	Disposición a aplicar cambios para mejorar el peso con 5 opciones de respuesta: Muy Dispuesto, Dispuesto, Algo Dispuesto, Poco Dispuesto y Nada dispuesto.
Depresión	Independiente	Nominal dicotómico	Posiblemente deprimido (puntaje \geq 6) o posiblemente no deprimido (puntaje $<$ 6) en el

			cuestionario EDAK (Escala de depresión para Adolescentes Kutcher).
Ansiedad	Independiente	Nominal dicotómico	Haber respondido sentir preocupación, nerviosismo, inquietud, tensión, ansiedad o pánico en escala: 1. Casi Nunca 2. A veces o casi todo el tiempo.
Conocimiento sobre las consecuencias de la obesidad	Independiente	Nominal dicotómico	Declarar conocer o no las consecuencias derivadas de padecer sobrepeso u obesidad.
Factores Externos			
Tiempo para llegar al INP	Independiente	Ordinal	Tiempo que tardaron en llegar al INP en 3 categorías: Menos de 30 minutos, de 30 minutos a 1 hora, más de una hora.
Tiempo de espera previo a consulta	Independiente	Ordinal	Tiempo de espera en la sala previo a pasar a la consulta en 3 categorías: Menos de 30 minutos, de 30 minutos a 1 hora, más de una hora.
Tipo de Transporte	Independiente	Nominal dicotómico	Transporte público o privado.
Empatía con el Profesional de la Salud (PdS)			
Empatía con PdS	Independiente	Ordinal	La empatía se reportó en dos grupos: el primero, empatía del adolescente con el PdS que se definió como haber respondido MUCHO en los tres reactivos correspondientes, y el segundo, empatía del acompañante adulto con el PdS definido como haber respondido MUCHO en un reactivo

			correspondiente.
Apego o Adherencia al Programa			
Apego o Adherencia al programa	Dependiente	Nominal dicotómico	<p>Sí: Aquellos que atendieron presencial o vía telefónica a la consulta por lo menos en un 50% (4 de 8 citas de seguimiento).</p> <p>No: Aquellos que asistieron presencial o vía telefónica a menos de 4 citas.</p>

Las variables se analizaron utilizando estadística descriptiva y no paramétrica. La captura y análisis de datos se realizó utilizando los paquetes estadísticos IBM® SPSS® Statistics Inc. (USA) para Windows versión 19.0 y R.

Es importante comentar que el grupo o población de estudio de este trabajo, no pretendió ser representativo del universo total de adolescentes con sobrepeso u obesidad en México por lo que no se hacen inferencias poblacionales y sólo se mostrarán frecuencias y porcentajes aplicables al grupo estudiado.⁵²

Se utilizaron las siguientes pruebas no paramétricas:

1. Chi-cuadrado para prueba de independencia. Se aplicará para comparar las variables en aquellos adolescentes que se apegaron al programa y los que no. La hipótesis nula de esta prueba propondrá que las variables analizadas son independientes.
2. U de Mann-Whitney para comparar la diferencia de medianas. La hipótesis nula propondrá que las medianas de las variables analizadas son iguales.

Las variables se recolectaron a lo largo del estudio mediante los siguientes cuestionarios:

1. Cuestionario del Protocolo (Anexo C). Debido a la ausencia de un cuestionario ya validado que explorara las 4 dimensiones de factores que favorecen la adherencia al tratamiento de obesidad y que están descritos en la introducción, nos dimos a la tarea de diseñar un cuestionario que recolectó información acerca de los factores demográficos y psicosociales del adolescente, así como factores externos, mediciones antropométricas y cambios de comportamientos elegidos. Este cuestionario no está validado y contiene las siguientes secciones:

a. Consulta basal

- I. Datos Generales. Registra sexo, edad, Nivel Socioeconómico.
- II. Filtros. Ayuda a tener presentes los criterios de selección.
- III. Evaluación Psico-social COAINP. Explora las variables psicosociales descritas en el cuadro 2.
- IV. Factores externos. Explora los factores externos descritos en el cuadro 2.
- V. Mediciones Antropométricas Basales. Registra peso, estatura y perímetro de cintura basales.
- VI. Hábitos Saludables y Cambios elegidos. Explora los hábitos de alimentación, actividad física, tiempo pantalla del adolescente así como los cambios de comportamientos semanales.

b. Consultas semanales subsecuentes

- I. Factores externos. Explora los factores externos descritos en el cuadro 2.

- II. Mediciones Antropométricas. Explora las variables antropométricas descritas en el cuadro 2.
 - III. Apego al cambio elegido y elección de cambio. Explora si el adolescente cumplió el cambio elegido y le permite elegir nuevos cambios para la semana subsecuente.
2. Cuestionario de nivel socioeconómico auto-aplicable de la AMAI (Asociación Mexicana de Inteligencia de Mercado y Opinión Pública).⁵³ (Anexo D). Instrumento que permite conocer el NSE. Está validado en México por AMAI, permite agrupar y clasificar a los hogares mexicanos en siete niveles (AB, C+, C-, C, D+, D, E) de acuerdo con su capacidad para satisfacer las necesidades de sus integrantes en términos de vivienda, salud, energía, tecnología, prevención y desarrollo intelectual; las ocho variables que se toman en cuenta son:
- i. Escolaridad del jefe del hogar o persona que más aporta al gasto
 - ii. Número de habitaciones
 - iii. Numero de baños completos
 - iv. Número de focos
 - v. Número de autos
 - vi. Posesión de regadera
 - vii. Posesión de estufa
 - viii. Tipo de piso

3. Escala auto-aplicable de depresión para Adolescentes Kutcher EDAK en español (Anexo E).

Instrumento validado con adolescentes para determinar riesgo de depresión, compuesto por 6 reactivos. Con sensibilidad y especificidad no encontrada en otros instrumentos que comparten el mismo objetivo.⁵⁴

4. Escala de Likert para Factores de Empatía con el Profesional de la Salud (Anexo F).

Escala no validada. Consta de 4 reactivos, de los cuales tres exploran si el adolescente se sintió escuchado, comprendido y motivado; y uno si la madre o acompañante se sintió comprendida y apoyada por el Profesional de la Salud tratante.

Procedimiento

El reclutamiento inició el 29 de abril de 2014 y finalizó el 27 de junio de 2014, sumando un total de 9 semanas, con adolescentes que cumplieron los criterios de elegibilidad.

El seguimiento semanal se llevó a cabo de martes a viernes de 07:00 a 09:00 am en la Clínica de acuerdo con la disponibilidad del acompañante adulto y del adolescente. En el cuadro 3, se describe el proceso, desde la cita basal, el seguimiento y hasta la última consulta.

Cuadro 3. Proceso de reclutamiento y seguimiento.

	Proceso / Pasos	Tiempo	Descripción	Responsable
1	Evaluación médica inicial	Cita basal (T0)	A los participantes que llegaron por 1 ^a vez a la Clínica, se les realizó una evaluación médica acorde a Perea et al 2014 ⁷ que incluye en la fase I, la elaboración de la historia clínica con los siguientes componentes: ficha de identificación, antecedentes heredo-familiares, perinatales, personales patológicos y no patológicos, exploración física y evaluación antropométrica. Si ya contaban con evaluación bioquímica (solicitada previamente por otros servicios) también se revisaba, de lo contrario se pedía para la siguiente cita.	GELN

			De acuerdo con el diagnóstico médico, aquellos adolescentes que cumplían con los criterios de selección, pasaban a reclutamiento.	
2	Reclutamiento	Cita basal (T0)	A todos los participantes (<i>adolescentes y acompañante adulto</i>) se les explicó el objetivo del estudio y se les preguntó si deseaban participar o no. En caso afirmativo, se les leyó la carta de consentimiento informado pidiendo que la firmaran y se les proporcionó una copia de la misma. Para los adolescentes ≥ 12 años se les leyó la carta de asentimiento. En caso negativo, se tenía contemplado que continuaran con la consulta y seguimiento regular de la Clínica.	APCP
3	Cuestionario auto-aplicable de Nivel Socio Económico	Cita basal (T0)	Se pide al acompañante adulto que llene el cuestionario de NSE a la par que se hace la exploración física del adolescente.	APCP GELN
4	Aplicación del cuestionario para el estudio piloto	Cita basal (T0)	Los datos que se registraron fueron: <u>Datos de identificación y contacto</u> Número de expediente, domicilio, teléfono, sexo, edad. <u>Datos clínicos</u> Área que refiere a la Clínica,	APCP

			<p>padecimientos y medicamentos actuales, mediciones antropométricas basales (peso, estatura, IMC con diagnóstico de sobrepeso u obesidad), evaluación psicosocial (explora a través de 20 reactivos de opción múltiple, con tarjeta de respuesta circular, si el adolescente se reconoce con exceso de peso, si conoce las causas y consecuencias del sobrepeso u obesidad, si quiere bajar de peso, si está dispuesto a hacer cambios en su vida y qué tan dispuesto está a realizarlos; esto ayudará a detectar en qué etapa de cambio se encuentra).</p> <p><u>Datos de estilo de vida</u></p> <p>Explora consumo de frutas, verduras, si desayuna o no y con qué frecuencia, frecuencia de comidas fuera de casa, tiempo pantalla, si tienen TV o computadora en la habitación en la que duermen, si realizan o no actividad física, así como consumo de bebidas azucaradas, leche entera o light y agua potable simple.</p>	
--	--	--	---	--

			<p><u>Factores Externos</u></p> <p>Explora el tipo de transporte que utilizaron para asistir al INP, cuánto tiempo les tomó llegar al INP y cuánto tiempo esperaron antes de pasar a la consulta. Esta información se recopiló en cada cita.</p>	
5	Orientación Alimentaria y de Actividad Física	Cita basal (T0)	<p>Se realizó la orientación alimentaria dando recomendaciones generales, destacando qué alimentos pueden consumir, cuáles no se aconsejan (nunca se habla de alimentos prohibidos), explicándoles el sistema mexicano de equivalentes con el objetivo de que aprendan a intercambiar alimentos dentro los mismos grupos y que logren una alimentación correcta de acuerdo con la NOM-043-SSA2-2012. En cuanto a la actividad física, se recomendó seguir el programa FITT (Frecuencia diaria, Intensidad moderada sin fatiga excesiva o molestia física, Tiempo en 3 fases que se describen en el anexo, Tipo de actividad adecuada al estado clínico del paciente), destacando la importancia del calentamiento previo y</p>	<p>APCP</p> <p>AGLC</p>

			el estiramiento posterior a la actividad física.	
6	Modificación del estilo de vida	Cita basal (T0)	<p>Posterior a la orientación y aplicando la teoría cognitivo-conductual y la entrevista motivacional centrada en el paciente, se pide al adolescente que elija pequeños cambios que deberá realizar en periodos de una semana esforzándose para cumplirlos a lo largo del tratamiento de 8 semanas para lograr la adquisición y mantenimiento de hábitos saludables. El adolescente eligió uno o varias de las 12 acciones que se mencionan a continuación: comer más frutas, comer más verduras, menos tiempo pantalla, comer menos alimentos desaconsejados, sacar la TV de la habitación en la que duerme, jugar o hacer caminatas al aire libre más seguido, beber menos refresco o bebidas azucaradas, cambiar la leche entera por light, beber más agua, hacer un desayuno completo, comer si ver la TV, practicar algún deporte.</p> <p>Es muy importante que en este paso se incite el auto-cuidado y la auto-</p>	<p>APCP</p> <p>AGLC</p>

			<p>eficacia de tal manera que el adolescente se sienta capaz de lograr objetivos semanales que se vean reflejados en su peso y perímetro de cintura. Antes de concluir la consulta, se hizo un resumen junto con el paciente de los compromisos que adquirió.</p>	
7	<p>Cuestionario de empatía con el Profesional de la Salud y Cuestionario EDAK (Escala de Depresión para Adolescentes Kutcher)</p>	Cita basal (T0)	<p>Se pidió al adolescente y a su acompañante adulto que llenaran el cuestionario de opción múltiple de empatía explicándoles que era anónimo y dándoles privacidad para que lo completaran.</p> <p>También se pide al adolescente que complete el cuestionario EDAK con el Profesional de Salud presente explicándole que es importante conocer su estado anímico y dándole a conocer si el resultado indica que posiblemente está o no deprimido.</p>	<p>APCP AGLC</p>
8	<p>Programación de la cita subsecuente</p>	Cita basal (T0)	<p>Para finalizar, se programó junto con el acompañante adulto la cita subsecuente de la próxima semana dando la opción de ser entre martes y viernes de 07:00 a 09:00 am en la Clínica y se anotó la fecha y horario</p>	<p>APCP AGLC</p>

			en el carnet del INP.	
9	Evaluación antropométrica y apego a cambios elegidos la semana previa	Citas semanales subsecuentes (T1 a T3)	<p>Para las citas subsecuentes, de la 1ª a la 3ª, se pesó a los adolescentes y se midió el perímetro de cintura dándoles a conocer los resultados.</p> <p>Retomando la entrevista motivacional como parte de la teoría cognitivo conductual, se revisó junto con el adolescente si logró apegarse al cambio elegido y la frecuencia semanal; en base a la experiencia obtenida se le pregunto qué acciones quería continuar y se motivó para que cada vez las lograra con mayor frecuencia, si mencionaba obstáculos se le preguntaba cómo creía que podía vencerlos de tal manera que siempre fuera el adolescente quien proponía las soluciones viables y a su alcance.</p> <p>Al finalizar la conversación, se hacía un resumen junto con el adolescente de los compromisos adquiridos y sus estrategias o acciones propuestas para alcanzar sus objetivos.</p>	APCP AGLC
10	Cuestionario de empatía con el	Citas semanales	Igual a la fila 7	APCP AGLC

	Profesional de la Salud y Cuestionario EDAK (Escala de Depresión para Adolescentes Kutcher)	subsecuentes (T1 a T3)		
11	Programación de la cita subsecuente	Citas semanales subsecuentes (T1 a T3)	Igual a la fila 8	APCP AGLC
12	Evaluación médica, antropométrica y apego a cambios elegidos la semana previa	Cita semanal subsecuente (T4)	Dado que en este momento era la mitad del tratamiento, se realizaba nuevamente una evaluación médica con exploración física, revisión de evaluación bioquímica y en caso necesario, adecuación terapéutica o referencia a otra área para atención pertinente (dermatología, gastroenterología, ginecología, endocrinología, neurología, entre otras). Adicional a lo anterior, se aplica lo descrito en la fila 9.	GELN APCP AGLC
13	Cuestionario de empatía con el Profesional de la Salud y Cuestionario EDAK (Escala de	Cita semanal subsecuente (T4)	Igual a fila 7.	APCP AGLC

	Depresión para Adolescentes Kutcher)			
14	Programación de la cita subsecuente	Cita semanal subsecuente (T4)	Igual a fila 8.	APCP AGLC
15	Evaluación antropométrica y apego a cambios elegidos la semana previa	Citas semanales subsecuentes (T5 a T7)	Igual a fila 9.	APCP AGLC
16	Cuestionario de empatía con el Profesional de la Salud y Cuestionario EDAK (Escala de Depresión para Adolescentes Kutcher)	Citas semanales subsecuentes (T5 a T7)	Igual a fila 7.	APCP AGLC
17	Programación de la cita subsecuente	Citas semanales subsecuentes (T5 a T7)	Igual a fila 8.	APCP AGLC
18	Evaluación antropométrica, apego a cambios elegidos la semana	Última Cita semanal (T8)	Se pesó a los adolescentes y se midió el perímetro de cintura dándoles a conocer los resultados. Retomando la entrevista motivacional	APCP

	previa		<p>como parte de la teoría cognitivo conductual, se revisó junto con el adolescente si logró apegarse al cambio elegido y la frecuencia semanal.</p> <p>Dado que esta era la última cita como parte del protocolo, se hacía un resumen de los resultados logrados y se pidió al adolescente que expresara todas las dudas para poder aclararlas pidiendo que él hiciera un resumen de las acciones, compromisos y estrategias para mantener hábitos saludables y seguir trabajando en aquellos hábitos que no se lograron modificar a lo largo del tratamiento.</p>	
19	Cuestionario de empatía con el Profesional de la Salud y Cuestionario EDAK (Escala de Depresión para Adolescentes Kutcher)	Última Cita semanal (T8)	Igual a fila 7.	APCP
20	Cierre y Programación de la cita subsecuente en	Última Cita semanal (T8)	Se agradeció a los adolescentes y acompañantes adultos el haber participado en el estudio y se	APCP

	la Clínica		<p>compartieron los logros en cuanto a peso y perímetro de cintura motivándolos a seguir adelante y fomentar el autocuidado y la autoeficacia.</p> <p>Se explicó a ambos que esta era la última consulta como parte del protocolo y que a partir de este momento se agendarían citas en la clínica cada dos a tres meses aproximadamente de acuerdo a disponibilidad.</p>	
--	------------	--	---	--

RESULTADOS

Cabe mencionar como primera consideración que, en las fechas establecidas para el reclutamiento, se logró una *n* de 19 adolescentes que cumplieron con los criterios de elegibilidad lo cual es considerado como una limitación importante del estudio.

A continuación se describen los resultados.

Información Sociodemográfica y Antropométrica

De los 19 adolescentes, 10 fueron mujeres y 9 hombres; no hubo ningún representante del grupo de edad de 18 a 19 años; el nivel socioeconómico más frecuente fue el más bajo (D+/D/E).

En la consulta basal, 15 adolescentes fueron diagnosticados con obesidad y 4 con sobrepeso de acuerdo con los criterios de IMC de OMS; de los adolescentes con obesidad, 11 tuvieron un perímetro de cintura igual o mayor al percentil 90 comparado con la población de referencia según Fernández et al.⁵⁵

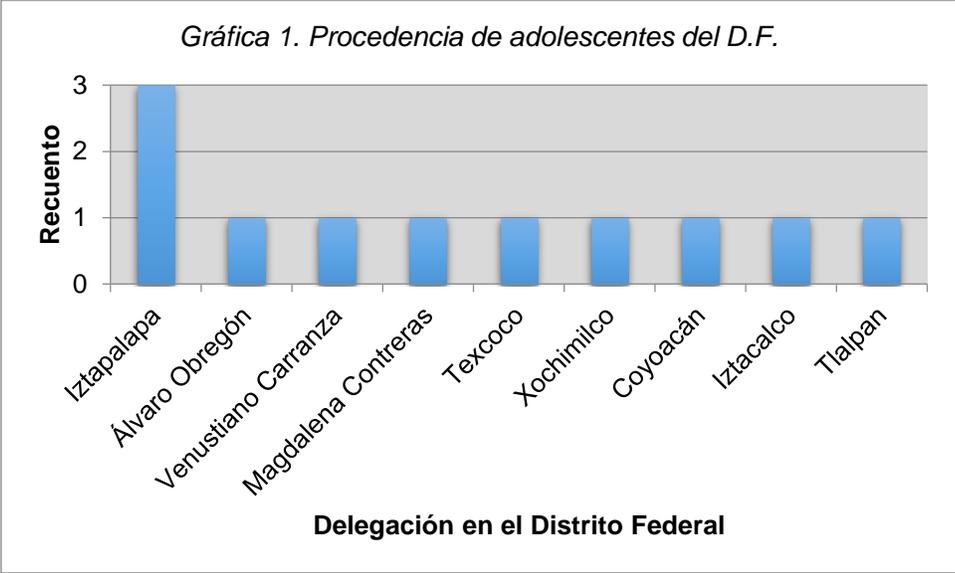
En el cuadro 4 se describen las características sociodemográficas así como las interpretaciones antropométricas basales.

Cuadro 4. Características sociodemográficas e interpretaciones antropométricas basales.

Descripción de la población de estudio		N	%
SEXO	Mujer	10	52.6%
	Hombre	9	47.4%
EDAD	10-14 años	12	63.2%
	15-17 años	7	36.8%
NIVEL SOCIOECONÓMICO	AB/C+	5	26.3%
	C/C-	5	26.3%
	D+/D/E	9	47.4%
IMC PARA SEXO/EDAD	Sobrepeso	4	21.1%
	Obesidad	15	78.9%
PERÍMETRO CINTURA*	<P90	8	42.1%
	≥P90 (OB central)	11	57.9%

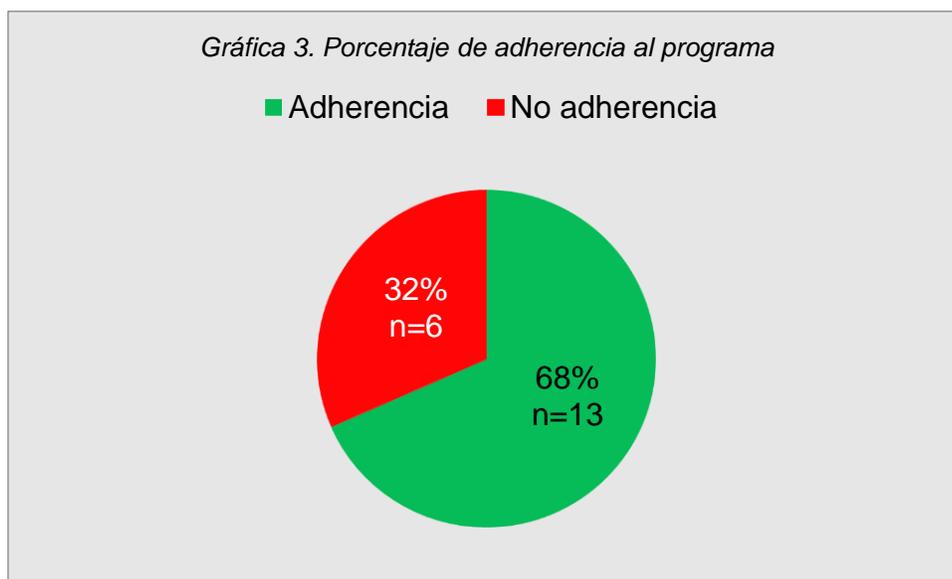
**Se compararon las mediciones obtenidas con la población de referencia de acuerdo con los criterios de IDF 2007, con punto de corte para evaluar riesgo de \geq al percentil 90.⁵⁶*

Referente a la procedencia, 11 adolescentes acudieron de 9 distintas delegaciones del Distrito Federal mientras que 8 desde 5 distintas delegaciones del Estado de México como se muestra en la gráfica 1 y 2 correspondientemente.



Adherencia al programa

Como mencionado en las variables, el apego o adherencia al programa se definió, de manera arbitraria, como haber atendido de manera presencial o telefónica al menos a 4 de 8 citas sin tomar en cuenta la basal. Se observó una adherencia al programa de la población estudiada del 68% (n=13).

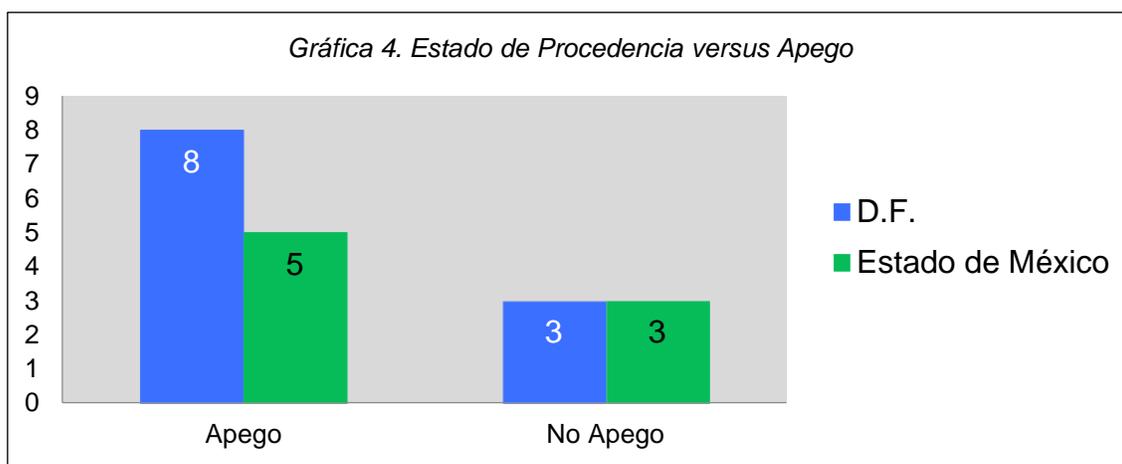


En el cuadro 5 se muestran los cruces de apego versus no apego con la información sociodemográfica.

Cuadro 5. Información demográfica y socioeconómica versus adherencia

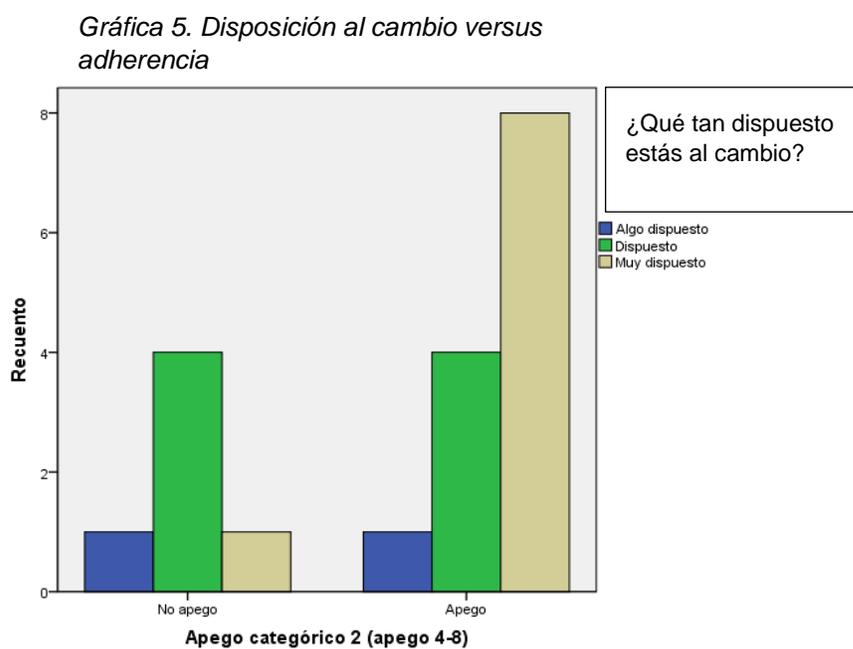
		No adherencia		Adherencia	
		n	%	n	%
SEXO	Mujer	4	40.0%	6	60.0%
	Hombre	2	22.2%	7	77.8%
EDAD	10-14 años	2	16.7%	10	83.3%
	15-17 años	4	57.1%	3	42.9%
NIVEL SOCIOECONÓMICO	AB/C+	0	.0%	5	100.0%
	C/C-	3	60.0%	2	40.0%
	D+/D/E	3	33.3%	6	66.7%

Asimismo, la gráfica 4 muestra el apego por estado de procedencia (D.F. o Estado de México); aquellos que no se apegaron del D.F. venían de las delegaciones de Iztapalapa, Magdalena Contreras y Tlalpan, mientras que los no apegados del Estado de México venían de Cuautitlán Izcalli y 2 de Ecatepec.



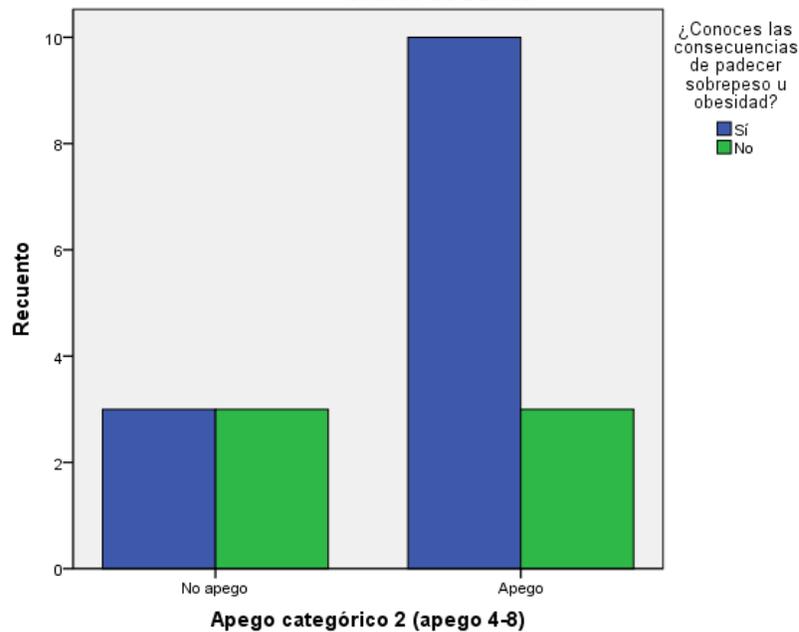
Factores Psicosociales y Adherencia

De los 19 adolescentes, 18 reconocieron padecer sobrepeso u obesidad y todos ellos declararon disposición al cambio para dejar de padecerlo; 9 declararon estar muy dispuestos a hacer cambios, de los cuales 8 sí lograron adherencia, 8 declararon estar dispuestos y sólo la mitad logró adherencia, y 2 declararon estar algo dispuestos y sólo la mitad logró adherencia como se muestra en la gráfica 5.



Del total de la población de estudio (n=19), 13 declararon conocer las consecuencias médicas derivadas de la obesidad de los cuales, 10 lograron apegarse como se muestra en la gráfica 6.

Gráfica 6. Conocimiento de las consecuencias de la obesidad versus adherencia



Las consecuencias médicas de padecer obesidad o sobrepeso mencionadas por los adolescentes con más frecuencia son:

1. Diabetes (n=12)
2. Bullying (n=9)
3. Enfermedades cardiovasculares (n=8)

Las razones más frecuentes, en orden de prioridad, para perder el exceso de peso son:

1. Quiero estar saludable
2. Quiero sentirme mejor
3. Quiero verme bien

La mayoría (n=16) están conscientes de que para lograr mejorar su peso deberían combinar dos acciones: comer menos y hacer ejercicio. El resto (n=3), respondieron

que lo podrán lograr sólo con una de las acciones mencionadas. No se observó diferencia entre estas respuestas y el apego.

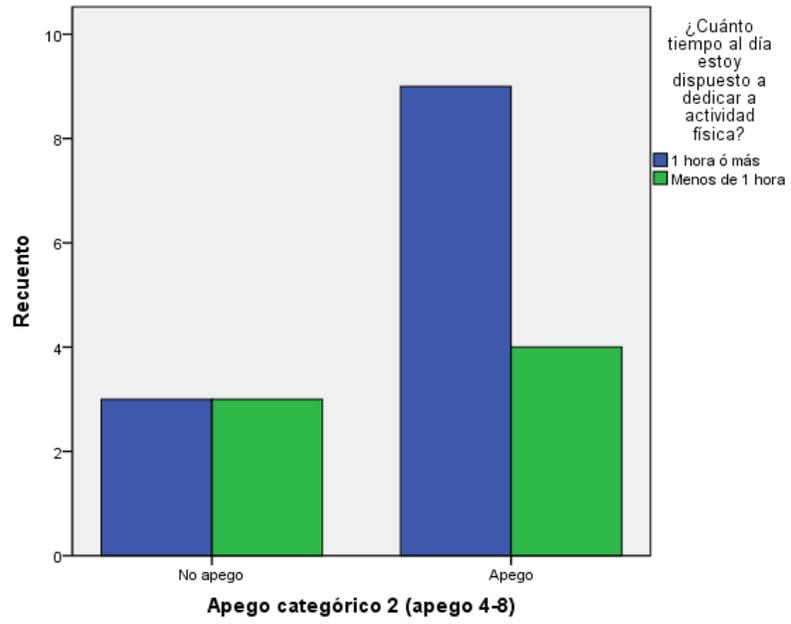
En cuanto al cumplimiento de su objetivo (bajar de peso), 9 declaran requerir el apoyo específico de su mamá y los dos principales obstáculos que declaran para lograrlo son su indisciplina y la falta de tiempo.

De acuerdo con la interpretación del cuestionario EDAK (escala de depresión para adolescentes Kutcher) aplicado en cada consulta a los adolescentes a lo largo del estudio, ninguno mostró posibilidad de estar deprimido ya que el puntaje para determinar un estado “posiblemente deprimido” es \geq a 6 y el máximo puntaje encontrado fue de 5, correspondiente a una adolescente que no se apegó.

En cuanto a actividad física, 2 declararon hacer más de 30 minutos diarios de algún tipo de actividad física, 9 entre 10 y 30 minutos diarios y 8 declararon no realizar ningún tipo de actividad física.

Referente a la intención y disposición para hacer actividad física a partir de la charla con el Profesional de la Salud, 12 declararon pretender realizar 60 minutos o más diarios y 7 menos de 60 minutos, lo cual se relacionó con apego y se muestra en la gráfica 7.

Gráfica 7. Tiempo declarado de actividad física por día versus apego.



Factores de Empatía con el Profesional de la Salud (PdS) y Adherencia

Para el análisis, dividimos empatía en 2 grupos de la siguiente manera:

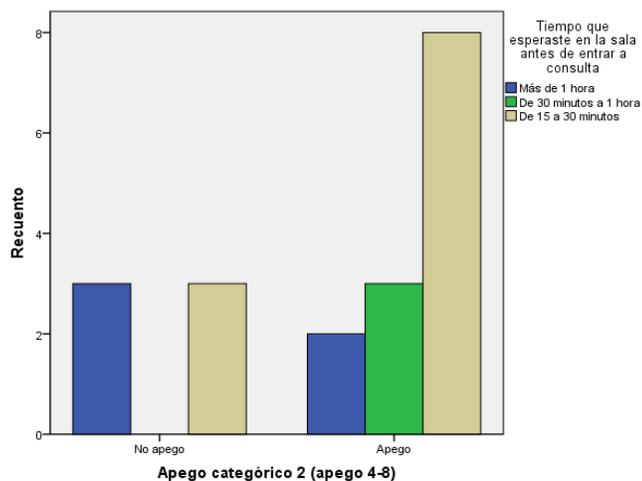
1. Empatía del adolescente con el PdS
2. Empatía del adulto responsable acompañante con el PdS

Se realizaron los cruces entre adherencia y los 2 grupos, y en ninguno se encuentra una $p < 0.05$.

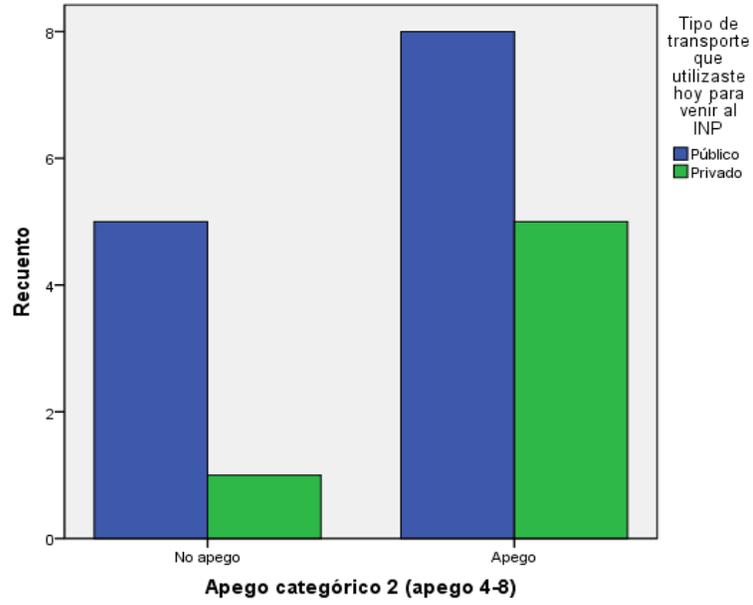
Factores Externos y Adherencia

A continuación se muestran los cruces de adherencia con los tres factores externos propuestos: tiempo que tardan en llegar al Instituto desde su hogar, tiempo de espera en la sala y tipo de transporte.

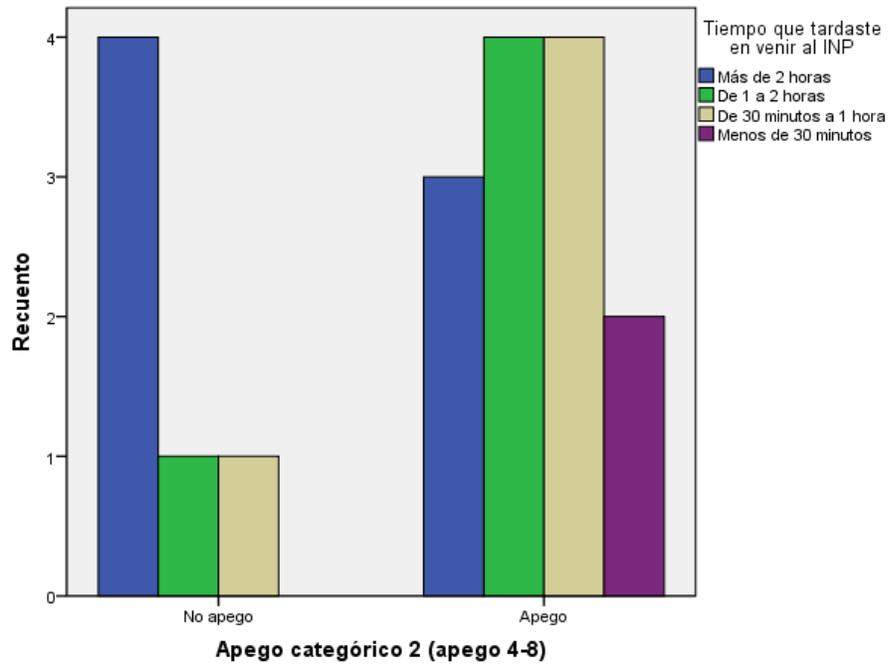
Gráfica 8. Tiempo de espera en la sala versus adherencia



Gráfica 9. Tipo de transporte versus adherencia



Gráfica 10. Tiempo para llegar al INP versus adherencia



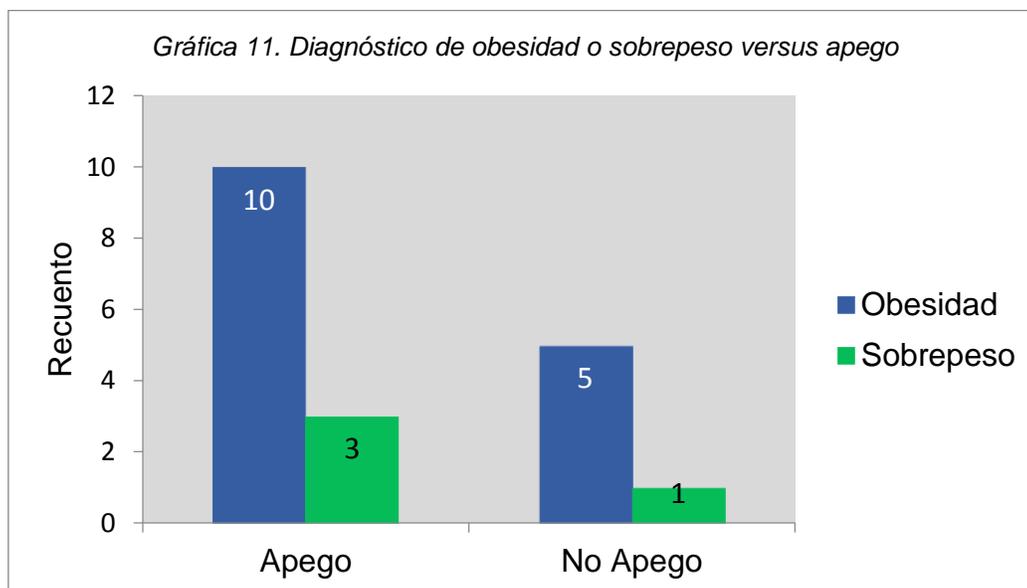
Factores Antropométricos y Adherencia

A continuación se muestran las medianas de peso corporal y perímetro de cintura basales y terminales (última consulta) cruzadas con apego.

Cuadro 6. Medianas de peso y perímetro de cintura versus apego

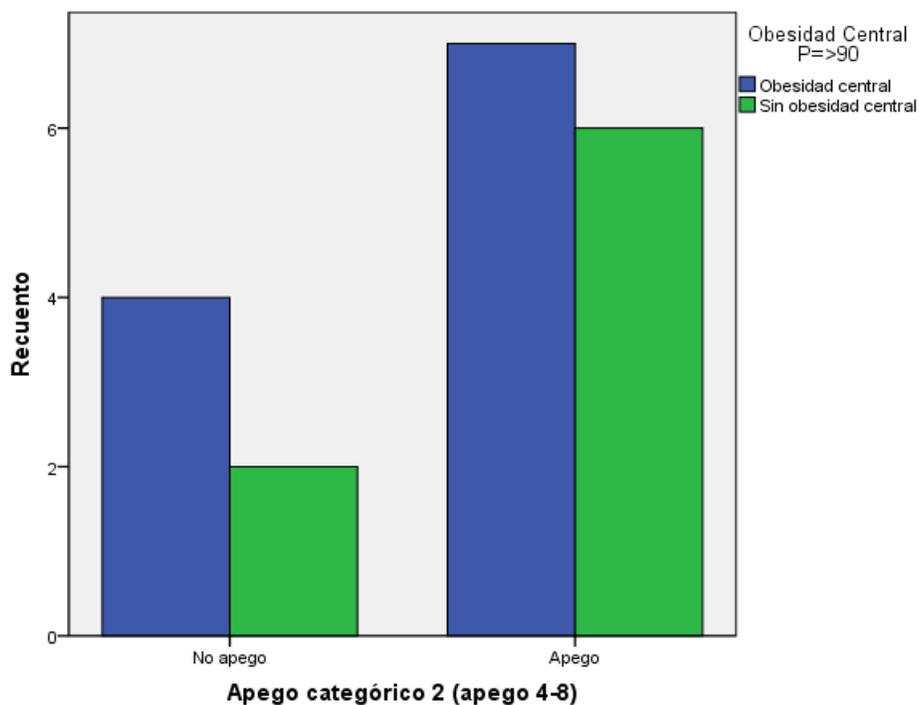
	Medianas			
	Peso Corporal (kg)		Perímetro Cintura (cm)	
	Basal	Terminal	Basal	Terminal
	Apego	62.2	62	83.2
No Apego	81.8	82	94.3	92.6

Del total de adolescentes con obesidad, 10 se apegaron y 5 no; aquellos con sobrepeso, 3 lograron apego y 1 no.



Del total de adolescentes con perímetro de cintura \geq al percentil 90 (n=11), 7 se apegaron y 4 no; aquellos por debajo del percentil 90 (n=8), 6 se apegaron y 2 no.

Gráfica 12. Perímetro de cintura versus adherencia



DISCUSIÓN

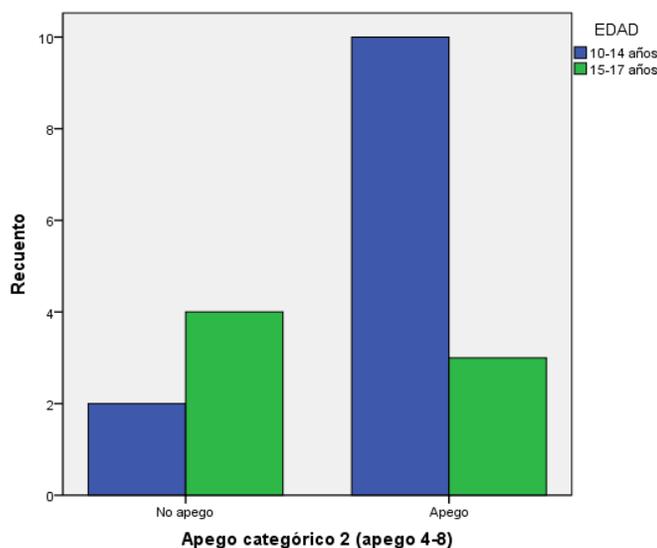
Factores Psicosociales y Sociodemográficos

Sexo, Edad y NSE.

No se encontró una tendencia entre sexo y apego aunque DiMatteo et al reportaron en sus revisiones que las mujeres en edad pediátrica tendían a generar mejor adherencia que los hombres de la misma edad.^{27,29}

La edad sí parece influir en la adherencia, ya que el grupo de 10 a 14 años mostró mayor apego versus el de 15 a 17 años.

Gráfica 13. Edad versus adherencia



Este hallazgo es consistente con lo descrito por DiMatteo ya que encontró mayores tasas de adherencia en poblaciones pediátricas de menor edad versus adolescentes tardíos (individuos de 17 a 19 años)²⁹, probablemente por la influencia positiva que aún ejercen los padres en este grupo y que, conforme crecen hacia la adolescencia tardía se vuelven más independientes en la toma de decisiones, las cuales ya no

están influenciadas por los padres sino por sus compañeros.⁵⁷ Lo anterior refuerza la importancia de fomentar en el adolescente, desde etapas tempranas, el desarrollo de conductas positivas que favorezcan su salud física y emocional.

De igual manera, Garo-Cruces et al reportaron menor adherencia a la dieta recomendada en adolescentes tardíos sin haber diferencia entre sexos o variables antropométricas.⁵⁸

De estos hechos se desprende la idea de algunos autores (Fonseca et al, Gussinyer et al) de diseñar intervenciones para adolescentes obesos en las cuales se involucra a sus compañeros, ya que proponen que los comportamientos y hábitos saludables en la adolescencia se asocian con mecanismos de contagio entre pares del mismo grupo etario.^{59,60}

Referente al NSE, como previamente descrito en la literatura, éste juega un papel importante en la adherencia a programas y tratamientos en pacientes con enfermedades crónicas.⁶¹⁻⁶⁴

En este estudio, observamos una tendencia positiva de adherencia en NSE alto ya que 100% de los pacientes de este grupo (n=5) se apegaron al programa, logrando un promedio de pérdida de centímetros en perímetro de cintura de 4.66 cm al finalizar el programa (mín 0.8, máx 12, mediana 2); en ningún otro grupo de NSE se observó apego al 100%.

Actividad física.

Parece haber una tendencia a adherirse de aquellos que declaran tener la intención de hacer una hora o más de actividad física al día, esto probablemente relacionado con la motivación del adolescente para cambiar y activarse. Sin embargo, en ninguno

de los cruces de apego con actividad física basal declarada o con la intención de realizar actividad física, encontramos un valor de $p < 0.05$.

Motivación y Disposición al cambio.

De los 9 adolescentes que declararon estar muy dispuestos a cambiar y a tomar acciones inmediatamente, es decir, saliendo de la consulta, 8 lograron adherirse al programa. Lo anterior se interpreta en el modelo transteórico de etapas de cambio como estar en etapa de acción lo cual es un factor psicológico crítico que coadyuva al paciente a lograr adherencia a tratamientos y programas médicos que requieren cambios en el estilo de vida como lo han descrito Prochaska et al.⁶⁵⁻⁶⁷

La motivación, definida por Millner y Rollnick, como la probabilidad de que un individuo inicie y continúe adhiriéndose a una determinada estrategia de cambio y por lo tanto a un tratamiento, es un factor crítico para el éxito terapéutico. Dado que el cambio está ligado a la voluntad y deseo de cambio del propio individuo, es sumamente relevante identificar desde la primera entrevista, cómo motivar al adolescente.

De acuerdo con la literatura revisada, una de las herramientas que ha probado ser eficiente para lograr cambios y fomentar la motivación, es la aplicación de la entrevista motivacional, a través de la cual el profesional de la salud debe desarrollar empatía con el adolescente, hacerle ver las discrepancias entre su situación actual y sus objetivos o deseos, reconocer y reflejar las barreras para buscar soluciones, y apoyar la autoeficacia.⁶⁸

Depresión y Ansiedad.

En la población estudiada no se detectaron pacientes con posible depresión aunque está bien descrito que, por diversas causas, los adolescentes obesos tienen mayor riesgo de presentar signos de depresión.⁶⁹

De los 19 adolescentes, 15 reportaron sentir nerviosismo, inquietud, tensión, ansiedad o pánico, a veces o casi todo el tiempo; sin embargo, esto no se relacionó con una mayor o menor adherencia.

Conocimiento sobre las Consecuencias de Obesidad.

Como detallado por Martin et al, encontramos una tendencia indicativa de que los adolescentes (n=13) que declaran conocer las consecuencias médicas de padecer obesidad tendieron a apegarse más al programa (n=10). Esta observación es importante en el sentido de que es crítico informar al adolescente desde el inicio del tratamiento y en fase preventiva, cuáles son las comorbilidades o consecuencias de la obesidad para su salud.

Factores de Empatía con el Profesional de la Salud

De acuerdo con lo reportado por los adolescentes y el acompañante adulto en el cuestionario auto-aplicable de empatía, desde la consulta basal se encontró que 80% de los adolescentes y 89% de los adultos acompañantes sintieron empatía con los Profesionales de la Salud involucrados, lo cual se mantuvo relativamente estable a lo largo del estudio sin haber diferencias entre los apegados y los no apegados. Cabe mencionar que sólo la respuesta “Mucho” fue interpretada como “Empatía” y aun así, no encontramos diferencias.

	Mucho (4)	Algo (3)	Poco (2)	Nada (1)
1) Me sentí escuchado por el Profesional de la Salud	Empatía	No Empatía	No Empatía	No Empatía
2) Me sentí comprendido por el Profesional de la Salud	Empatía	No Empatía	No Empatía	No Empatía
3) Me sentí motivado por el Profesional de la Salud	Empatía	No Empatía	No Empatía	No Empatía
4) La madre o acompañante se sintió comprendido y apoyado por el Profesional de la Salud	Empatía	No Empatía	No Empatía	No Empatía

En este punto creemos que hubo un sesgo de cortesía, es decir la persona encuestada trató de complacer al entrevistador. Este sesgo ya se ha reconocido en estudios en países Latinoamericanos⁷⁰ por lo que recomendamos que la empatía se mida con otro cuestionario o metodología que logre eliminarlo en la medida de lo posible ya que en otros estudios sí se ha encontrado como un factor que influye en la adherencia.^{27,31,71}

Factores Externos

Encontramos coincidencias con Nogueira et al, en cuanto al tiempo de espera en la sala, ya que parece afectar la adherencia.²⁸

En cuanto al tipo de transporte utilizado y al tiempo que tardaron en llegar al INP, no se observan diferencias importantes entre los apegados y los no apegados.

Para los tres factores, se requiere un tamaño de muestra mayor para poder probar si hay o no diferencias significativas.

Factores Antropométricos

De acuerdo con las medianas de peso corporal y perímetro de cintura basales, se observa que los adolescentes que sí se adhirieron al programa presentaban valores menores en dichas variables.

Parece ser que uno de los predictores de no adherencia o abandono al tratamiento es el perímetro de cintura basal, a mayor perímetro hay una tendencia a no regresar a la clínica; lo anterior coincide con los resultados de Sousa et al quienes reportan que en el caso de adolescentes, a mayor percentil de perímetro de cintura hay un mayor riesgo de no adherencia.⁷² Estos hallazgos son preocupantes y requieren más estudio puntual ya que precisamente los adolescentes con perímetro de cintura \geq al

percentil 90, presentan mayor riesgo para desarrollar enfermedades metabólicas y cardiovasculares.⁷³⁻⁷⁵

Se encontró una diferencia importante ($p=0.004$, IC 95% Prueba U Mann-Whitney) en la reducción del perímetro de cintura entre los que se apegaron y los que no, por lo que se rechaza la hipótesis nula ya que las medianas, en este caso, sí son distintas. Esta observación coincide con Davin y Taylor en el sentido de que la adherencia influye positivamente en los resultados logrados en cuanto a reducción de perímetro de cintura.⁷⁶

Debido al tamaño de la muestra y al comportamiento de la misma, no se pudo probar que los resultados antropométricos positivos logrados en las primeras semanas hayan sido un factor predictor de adherencia como se ha reportado en otros estudios con adolescentes obesos.²⁷

Limitaciones

La población de estudio ($n=19$) sólo permitió observar tendencias, se requiere un mayor número de adolescentes para poder probar estadísticamente su significancia y así identificar los factores que favorecen la adherencia al programa.

Dada la baja tasa de reclutamiento en el tiempo disponible, la lejanía del hogar de los adolescentes al INP y la frecuencia semanal que complicaba la asistencia, se tomó la decisión de hacer dos modalidades de atención: presencial (las 8 sesiones de seguimiento en el INP) y presencial más telefónico (6 sesiones telefónicas y 2 presenciales); el 73.7% ($n=14$) declaró preferir la primera y el 26.3% ($n=5$) la segunda. De los 5 que decidieron tener consultas telefónicas, 3 sí lograron apegarse al programa. El problema en sí no es el apego sino que se desconoce la precisión y

exactitud del peso corporal y perímetro de cintura reportados. Sin embargo, dado que el tiempo de transporte de los hogares al Instituto puede ser de más de dos horas, sí creemos que la consulta telefónica puede ser una herramienta que ayude a motivar al adolescente cuando éste no pueda asistir presencial, sólo recomendamos que en éstos casos se tomen medidas antropométricas en la consulta basal, a la mitad del tratamiento (T4) y en la última consulta (T8).

CONCLUSIONES

La intervención de nueve semanas planteada en el estudio piloto mostró ser efectiva en la reducción del perímetro de cintura en los adolescentes que lograron apegarse al programa; lo anterior también probó que la adherencia es un factor crítico para lograr resultados.

Los factores individuales y de contexto que mostraron tendencia a influir en la adherencia al programa en este estudio piloto, son: el NSE, la edad del adolescente, el peso y perímetro de cintura basales, el conocimiento sobre las consecuencias de la obesidad en la salud y finalmente, la motivación y disposición al cambio del adolescente.

Es importante diseñar un programa para tratamiento de adolescentes obesos que considere las características bio-psico-sociales del grupo en sí pero que sea suficientemente flexible para poderlo adaptar al individuo.

Se requiere desarrollar y validar instrumentos específicos para adolescentes que logren medir de manera válida y confiable las cuatro dimensiones de factores que, hasta ahora, se han identificado como favorecedores de la adherencia a programas para tratamiento de obesidad.

Referente a la revisión del proceso y metodología del estudio piloto, se hacen las recomendaciones pertinentes en la siguiente sección.

RECOMENDACIONES

A continuación se enumeran las recomendaciones en cuanto a modificaciones en el proceso y metodología para planear el ensayo clínico:

- El tamaño de la muestra deberá ser de al menos 150 adolescentes tomando en cuenta que la literatura reporta una tasa de deserción de 50% en adolescentes con tratamiento de obesidad³² y que nosotros encontramos un 32% de abandono. De esa manera se puede asumir que al menos 75 adolescentes se adherirán al programa.
- Para el presente estudio, se lograron reclutar dos adolescentes por semana trabajando cuatro días a la semana de 07:00 a 09:00 am, así que se recomienda ampliar la atención a cinco días a la semana y ampliar el horario en la medida de lo posible. Otra opción es planear un estudio multicéntrico de tal manera que se reduzca el tiempo de reclutamiento.
- Se recomienda que al menos tres Pediatras, tres Nutriólogos, un Psicólogo y un Estadístico formen parte del equipo de investigación desde el inicio con el objetivo de que todos enriquezcan el trabajo y que estén alineados desde el inicio.
- Las personas que estén involucradas en la toma de medidas antropométricas como parte de la investigación deberán estandarizarse en antropometría.
- Se sugiere que las fechas del estudio, tanto reclutamiento como seguimiento, no coincidan con vacaciones escolares ya que en el estudio piloto detectamos una mayor deserción al iniciar el periodo vacacional.

- Dadas las distancias, se recomienda incluir la modalidad de consulta telefónica para fines de aplicar la entrevista motivacional sin solicitar indicadores antropométricos y sólo tomándolos en la clínica cuando el paciente asista a la consulta basal, en la 4ª consulta de seguimiento y en la consulta de cierre en la 8ª semana.
- Posterior a las nueve semanas de seguimiento semanal, se recomienda dar seguimiento mensual durante diez meses para completar un año y continuar el seguimiento hasta completar cinco años con el objetivo de poder evaluar la permanencia de hábitos saludables a lo largo del tiempo.
- Se sugiere explorar otros instrumentos para medir la empatía con el Profesional de la Salud para disminuir el sesgo de cortesía.
- Se sugiere reducir el cuestionario utilizado dejando sólo aquellos reactivos que mostraron tendencias o que han mostrado relevancia en los estudios citados y mencionados en la discusión, de esa manera se acortará el tiempo de la primera entrevista que fue de aproximadamente una hora. Una vez aplicados los cambios, se sugiere validar el instrumento previo al inicio del estudio con el objetivo de que los datos arrojados sean válidos y confiables.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Wang YC y col. Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK. *Lancet* 2011; 378: 815–25
- ² Daniels SR. Complications of Obesity in children and adolescents. *International Journal of Obesity* 2009; 33: S60 - S65.
- ³ Romero JJ. *Obesidad, políticas al vapor, problema de peso ¿qué hacer?* 2012. ISBN 978-607-00-6072-4.
- ⁴ Kershenobich D, Chertorivski S. Políticas de salud para la prevención de las enfermedades crónicas no transmisibles en México. CIDE México, 2013.
- ⁵ Islas Ortega L, Peguero García M. Obesidad Infantil. *Boletín de Práctica Médica Efectiva*. INSP. 2006:1-6.
- ⁶ Schmidt MI, Saad MJA, Duncan BB. Subclinical inflammation and obesity, diabetes and related disorders. *Drug Discovery Today: Disease Mechanisms* 2005;2(3):307-312.
- ⁷ Cole TJ, Rolland-Cachera MF. Measurement and definition. En *Child and Adolescent Obesity Causes and Consequences, Prevention and Management*, Ed Burniat W, Cole T, Lissau I, Poskitt E, Cambridge University Press 2002, pp. 3-4.
- ⁸ Rasouli N, Kern P. Adipocytokines and the Metabolic Complications of Obesity. *J ClinEndocrinol Metab* 2008; 93: S64–S73.
- ⁹ Rhee KE, Phelan S, McCaffery J. Early Determinants of Obesity: Genetic, Epigenetic, and In Utero Influences. *International Journal of Pediatrics* 2012: 1-9.
- ¹⁰ Perea-Martínez A, López-Portillo L, Bárcena-Sobrino E, Greeawalt-Rodríguez S, Caballero-Robles TR, Carbajal-Rodríguez L, Rodríguez-Herrera R, Zarco-Román J,

Barrios-Fuentes R. Propuestas para la atención continua de niños y adolescentes obesos. *Acta Pediatr Mex* 2009;30(1):54-68.

¹¹ Perea-Martínez A, López-Navarrete GE, Padrón-Martínez M, Lara-Campos AG, Santamaría-Arza C, Ynga-Durand MA, Peniche-Calderón J, Espinosa-Garamendi E, Ballesteros del Olmo JC. Evaluación, diagnóstico, tratamiento y oportunidades de prevención de la obesidad. *Acta Pediatr Mex* 2014;35:316-37.

¹² Health promotion glossary. Geneva, WHO 1998.

¹³ Ginsburg KR. How a strength-based approach affects behavioral change. En Ginsburg K, Kinsman S. *Guiding Adolescents to use healthy strategies to manage stress*. American Academy of Pediatrics, USA, 2014: 3-4.

¹⁴ Martin J, Chater A, Lorencatto F. Effective behavior change techniques in the prevention and management of childhood obesity. *International Journal of Obesity* 2013; 37: 1287-94.

¹⁵ Oude LH, Baur L, Jansen H, Shrewbury VA, O'Malley C, Stolk RP et al. Interventions for treating obesity in children. *Cochrane Database Sys Rev* 2009; CD001872.

¹⁶ Kitzmann KM et al. Lifestyle interventions for youth who are overweight : a meta-analytic review. *Health Psychol* 2010; 29: 91-101.

¹⁷ Ginsburg KR. Gaining a sense of control – One step at a time. En Ginsburg K, Kinsman S. *Guiding Adolescents tu use healthy strategies to manage stress*. American Academy of Pediatrics, USA, 2014: 105-109.

-
- ¹⁸ Shaibi GQ, Konopken Y, Hoppin E, Keller CS, Ortega R, Castro FG. Effects of a culturally grounded community based diabetes prevention program for obese Latino adolescents. *Diabetes Educ* 2012; 38: 504–512.
- ¹⁹ Maggio ABR, Saunders Gasser C, Gal-Duding C, Beghetti M, Martin X, Farpour NJ, Chamay-Weber C. BMI changes in children and adolescents attending a specialized childhood obesity center: a cohort study. *BMC Pediatrics* 2013, 13:216.
- ²⁰ Foster GD, Makris AP, Bailer BA. Behavioral treatment of obesity. *Am J Clin Nutr* 2005; 82(1): 230S-235S.
- ²¹ Doyle M, Siegel R, Supe K. Stages of Change and Transitioning for Adolescent Patients with Obesity and Hypertension. *Advances in Chronic Kidney Disease* 2006;13(4): 386-93.
- ²² Singh N. Motivational Interviewing. En Ginsburg K, Kinsman S. Guiding Adolescents to use healthy strategies to manage stress. American Academy of Pediatrics, USA, 2014: 87-96.
- ²³ Franca S, Sahade V, Nunes M, et al. Adherence to nutritional therapy in obese adolescents: A review. *Nutr Hosp* 2013;28(4):988-998.
- ²⁴ Luga AO, Mcguire MJ. Adherence and health costs. *Risk Management and Healthcare Policy* 2014;7:35-44.
- ²⁵ Taddeo D, Egedy M, Frappier JY. Adherence to treatment in adolescents. *Paediatr Child Health*. 2013(1):19-23.
- ²⁶ Vieira MA, Atihe RD, Soares RC, Damiani D, Setian N. Adesao inicial ao tratamento de adolescentes obesos em programas de reducao de peso. *Pediatria. Sao Paulo*. 2004;26(4):240-6.

-
- ²⁷ DiMatteo MR, Giordani PJ, Lepper HS, Croghan TW. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis. *Med Care* 2002;40(9):794-811.
- ²⁸ Elfhag K, Rossner S. Who succeeds in maintaining weight loss? A conceptual review of factors associated with weight loss maintenance and weight regain. *Obesity Reviews* 2005;6(1):67-85
- ²⁹ DiMatteo MR. Variations in Patients' Adherence to Medical Recommendations: A Quantitative review of 50 years of research. *Med Care* 2004;42(3):200-209.
- ³⁰ Lask B. Motivating children and adolescents to improve adherence. *J Pediatr* 2003;143:430-3.
- ³¹ Colombo O, Ferretti VV, Ferraris C, Trentani C, Vinai P, Villani S, Tagliabue A. Is drop-out from obesity treatment a predictable and preventable event? *Nutrition Journal* 2014; 13:1-13.
- ³² Helgeson VS, Reynolds KA, Escobar O, Siminerio L, Becker D. The role of friendship in the lives of male and female adolescents: Does diabetes make a difference? *J Adolesc Health* 2007;40:36-43.
- ³³ Neumark-Sztainer D, Wall MM, Story M, Perry CL. Correlates of unhealthy weight-control behaviors among adolescents: Implications for prevention programs. *Health Psychol* 2003;22:88 –98.
- ³⁴ Hanson MD, Chen E. Socioeconomic status and health behaviors in adolescents. *J Behav Med* 2007;30(3):263-85.
- ³⁵ Rapoff MA. Assessing and enhancing adherence to medical regimens for juvenile rheumatoid arthritis. *Pediatr Ann* 2002;31:373-9

-
- ³⁶ Johnson SB, Kelly M, Henretta JC, Cunningham WR, Tomer A, Silverstein JH. A longitudinal analysis of adherence and health status in childhood diabetes. *J Pediatr Psychol* 1992;17:537-53.
- ³⁷ Gudzone KA, Beach MC, Roter DL, Cooper LA. Physicians build less rapport with obese patients. *Obesity* 2013; 21(10):2146-52.
- ³⁸ De Silva Debra. Evidence Scan: Measuring patient experience. The Health Foundation. 2013.
- ³⁹ Bakic Miric NM, Bakic NM. Successful Doctor-Patient Communication and Rapport Building as the Key Skills of Medical Practice. *Facta Universitatis, Series: Medicine and Biology* 2008;15(2): 74-79.
- ⁴⁰ Stevenson C, Doherty G, Barnett J, Muldoon OT, Trewa K. Adolescents views of food eating: identifying barriers to healthy eating. *Journal of adolescence* 2007; 30: 417-34.
- ⁴¹ Rodrigues EM, Boog MCF. Problematização como estratégia de educação nutricional com adolescentes obesos. *Cad Saúde Pública* 2006; 22 (5): 923-31.
- ⁴² Brennan L, Walkley J, Wilks R, Fraser SF, Greenway K. Physiological and behavioural outcomes of a randomised controlled trial of a cognitive behavioural lifestyle intervention for overweight and obese adolescents. *Obesity Research & Clinical Practice* 2011; (7): 23- 41.
- ⁴³ Resnicow K, Davis R, Rollnick S. Motivational Interviewing for Pediatric Obesity: Conceptual Issues and Evidence Review. *J Am Diet Assoc* 2006; 2024-33.

-
- ⁴⁴ Bean MK, Powell P, Quinoy A, Ingersoll K, Wickham EP, Mazzeo SE. Motivational interviewing targeting diet and physical activity among adolescents obesity treatment: results from the MI Values randomized controlled trial. *Pediatr Obes* 2014.
- ⁴⁵ Moroshko I, Brennan L, O'Brien P. Predictors of dropout in weight loss interventions: a systematic review of the literature. *Obesity Reviews* 2011;12:912-34.
- ⁴⁶ Nogueira TFD, Zambon MP. Reasons for non-adherence to obesity treatment in children and adolescents. *Rev Paul Pediatr* 2013;31(3): 338-43.
- ⁴⁷ Sousa P, Gaspar P, Fonseca H, Gaspar F. Lifestyle and treatment among overweight adolescents. *Journal of Health Psychology* 2014: 1-11.
- ⁴⁸ Chapter 2: Assessment of Obesity, Identifying Children and Families at Risk for Obesity P 24. En *Pediatric Obesity, Prevention, Intervention and Treatment, Strategies for Primary Care*. American Academy of Pediatrics, 2007.
- ⁴⁹ Leslie WS, Hankey CR, Lean MEJ. Weight gain as an adverse effect of some commonly prescribed drugs: a systematic review. *Q J Med* 2007; 100:395–404.
- ⁵⁰ Babbie E. *Fundamentos de la investigación social*. 3ª edición. México: Thomson editores; 2000. p. 232-256.
- ⁵¹ García-García JA, Reding-Bernal A, López-Alvarenga JC. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. *Inv Ed Med* 2013;2(8):217-224.
- ⁵² Benassini M. *Introducción a investigación de mercados, enfoque para América Latina*. Editorial Pearson, 2ª edición, 2009: pp 179.
- ⁵³ Índice de Niveles Socioeconómicos AMAI. Disponible en: <http://nse.amai.org/nseamai2/>

-
- ⁵⁴ LeBlanc JC, Almudevar A, Brooks SJ, Kutcher S. Screening for adolescent depression: comparison of the Kutcher Adolescent Depression Scale with the Beck depression inventory. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2002;12(2):113-26.
- ⁵⁵ Fernandez JR, Redden D, Pietrobelli A, et al. Waist circumference percentiles in nationally representative samples of African-American, European American and Mexican-American children and adolescents. *J Pediatr* 2004;145:439-44.
- ⁵⁶ Zimmet P et al. The metabolic syndrome in children and adolescents - an IDF Consensus Report. *Pediatric Diabetes* 2007;8:299-306.
- ⁵⁷ Spano S. Stages of Adolescent Development. Act for Youth Upstate Center of Excellence. Research Facts and Findings. Cornell University, University of Rochester and New York State Center for School Safety. 2004.
- ⁵⁸ Grao-Cruces A, Nuviala A, Fernández-Martínez A, Porcel-Gálvez AM, Moral-García JE, Martínez-López JE. Adherencia a la dieta mediterránea en adolescentes rurales y urbanos del sur de España, satisfacción con la vida, antropometría y actividades físicas y sedentarias. *Nutr Hosp* 2013;28(3):1129-1135.
- ⁵⁹ Fonseca H, Labisa-Palmeira A, Martins SC, Falcato L, Quaresma A. Managing paediatric obesity: a multidisciplinary intervention including peers in the therapeutic process. *BMC Pediatrics* 2014;89:2-8.
- ⁶⁰ Gussinyer S, García-Reyna NI, Carrascosa A. *Adolescentes en Movimiento, Manual Práctico*. Ed. EDIGOL España, Barcelona, 2013, ISBN: 978-84-92922-79-6.
- ⁶¹ DiMatteo MR. Variations in Patients' Adherence to Medical Recommendations: A Quantitative review of 50 years of research. *Med Care* 2004;42(3):200-209.

-
- ⁶² Sonia M, Ikram D, Radhouane F, Ali BK. Treatment compliance in asthma: a Tunisian transversal study. *Tunis Med* 2005;83(8);448-52.
- ⁶³ Nagy VT, Wolfe GR. Cognitive predictors of compliance in chronic disease patients. *Med Care* 1984;22(10):912-21.
- ⁶⁴ Buchanan ND, Block R, Wilder Smith A, Tai E. Psychosocial Barriers and Facilitators to Clinical Trial Enrollment and Adherence for Adolescents with Cancer. *Pediatrics* 2014;133:S123-S130.
- ⁶⁵ Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. *Progress In Behavior Modification*,1992,28:183-218. 132.
- ⁶⁶ Prochaska JO,DiClemente CC,Norcross JC. In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*,1992,47:1102- 1114. 133.
- ⁶⁷ Prochaska JO,Redding C,Evers K. The Transtheoretical Model.In:Glanz K LF, Rimer BK,eds.*Health behavior and health education: theory, research and practice*. San Francisco,Jossey-Bass,1997.
- ⁶⁸ Stanger C, Ryan SR, Delhey LM, Thrailkill K, Li Z, Budney A. A Multicomponent Motivational Intervention to Improve Adherence Among Adolescents With Poorly Controlled Type 1 Diabetes: A Pilot Study. *Journal of Pediatric Psychology* 2013; 38(6): 629–637.
- ⁶⁹ Nemiary D, Shim R, Mattox G, Holden K. The Relationship Between Obesity and Depression Among Adolescents. *Psychiatr Ann* 2012; 42(8): 305–308.
- ⁷⁰ Hernández B, Velasco-Mondragón HE. Encuestas Transversales. *Salud Pública de México* 2000;40(5):447-455.

-
- ⁷¹ Scott, H. 2011. Empathy in healthcare settings. Doctoral thesis, Goldsmiths, University of London. [Thesis]: Goldsmiths Research Online. Available at: <http://research.gold.ac.uk/6704/>
- ⁷² Sousa P, Gaspar P, Fonseca H, Gaspar F. Lifestyle and treatment adherence among overweight adolescents. *J Health Psychol* 2014;May:1-11.
- ⁷³ Lee S, Bacha F, Gungor N, Arslanian SA. Waist circumference is an independent predictor of insulin resistance in black and white youths. *J Pediatr* 2006; 148: 188–194.
- ⁷⁴ Hirschler V, Aranda C, Calcagno L, Maccalini G, Jadzinsky M. Can waist circumference identify children with the metabolic syndrome? *Arch Pediatr Adolesc Med* 2005; 159: 740–744.
- ⁷⁵ Bacha F, Saad R, Gungor N, Arslanian SA. Are obesity-related metabolic risk factors modulated by the degree of insulin resistance in adolescents? *Diabetes Care* 2006; 29: 1599–1604.
- ⁷⁶ Davin S, Taylor N. Comprehensive review of obesity and psychological considerations for treatment. *Psychology, Health & Medicine* 2009;14(6):716-725.

ANEXO A
CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: FACTORES DE ADHERENCIA A UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE SOBREPESO Y OBESIDAD PARA ADOLESCENTES: ESTUDIO PILOTO

Se le invita a usted (a su hijo) a participar en un estudio de investigación. Es necesario que usted (su hijo) decida si participará o no en el estudio. Lea cuidadosamente este formato y pregunte al médico del estudio cualquier duda al respecto.

El objetivo del estudio es identificar los factores que favorecen el apego de los adolescentes a un programa de tratamiento del sobrepeso y obesidad que promueve la adquisición de hábitos de vida saludables. Al lograr conocer estos factores se podrán diseñar programas adecuados para los adolescentes que padecen sobrepeso u obesidad para lograr un mejor seguimiento de las recomendaciones médicas y nutricias y así mejorar su salud en términos de pérdida de peso corporal y de masa grasa.

El estudio se realizará en el Instituto Nacional de Pediatría en la Clínica de Obesidad y del Adolescente. Este consiste de una sesión de introducción con duración aproximada de 60 minutos en la cual se realizará una evaluación médica general, explicación del programa, firma de carta de consentimiento y asentimiento, registro de peso corporal, estatura y perímetro de cintura, orientación alimentaria; y 8 sesiones semanales con duración aproximada de 20 minutos en las cuales se harán preguntas al adolescente sobre las metas establecidas en cuanto a su alimentación y actividad física. Se estima incluir a 36 adolescentes que acudan por 1ª vez a la Clínica de Obesidad de Adolescentes con diagnóstico de sobrepeso u obesidad de acuerdo con los criterios de la Organización Mundial de la Salud. No deberán participar aquellos adolescentes que presenten síndromes congénitos, que estén recibiendo tratamientos farmacológicos que inducen el apetito, que sean referidos por psiquiatría con problemas cognitivo-conductuales y/o que presenten padecimientos músculo esqueléticos primarios, no derivados de la obesidad, limitantes de actividad física.

Durante el tratamiento de 9 semanas en total, se le pedirá a usted (a su hijo) que asistan de manera semanal a la Clínica y que su hijo elija pequeños cambios relacionados con su alimentación o actividad física los cuales pretenden lograr que su hijo pueda adquirir hábitos saludables que favorezcan su salud.

Para el presente estudio, no se requerirán estudios de laboratorio, ni toma de muestras biológicas, ni estudios de imágenes u otros procedimientos, sólo se pedirá su asistencia a la Clínica y el apego a cambios que elija su hijo en referencia a su alimentación y actividad física.

No se reconocen efectos indeseables a partir de recibir orientación alimentaria y recomendaciones de estilo de vida saludable. Si se logra apego a las recomendaciones y asistencia semanal al programa, el beneficio puede ser la pérdida de peso corporal y/o la reducción del perímetro de cintura.

¿Qué debo hacer en caso de que tenga (tenga mi hijo) alguna molestia?

Llamar a la Dra. Gloria López Navarrete para evaluación médica en su teléfono: (55) 10 84 55 18.

¿A quién debo llamar en caso de tener preguntas?

Dra. Gloria López N. / Tel. (55) 10 84 55 18. LN. EOC. Ana Paola Campos P. / Tel. (55) 49 39 39 71.

Su participación es voluntaria y en cualquier momento puede decidir no participar más sin perder ninguno de los derechos que actualmente tiene como paciente del Instituto y de la atención de sus médicos.

Los datos personales recopilados sólo serán conocidos por los Investigadores o el personal de la salud que el Investigador considere necesario para la atención del participante, para el resto los datos son confidenciales. En toda publicación que se genere a raíz de la presente investigación no se incluirán datos personales. Si así lo desea, el Investigador podrá compartir con usted (su hijo) la información de los resultados del mismo.

He leído y entiendo el presente consentimiento. Mis preguntas han sido contestadas y acepto participar (que mi hijo participe) en este estudio. Al firmar a continuación, acepto que:

- He leído este formato de consentimiento.
- He tenido la oportunidad de formular preguntas y éstas han sido contestadas.
- Comprendo el tratamiento al que será sujeto mi hijo(a) y acepto que participe en el estudio.
- Entiendo que la participación de mi hijo(a) es voluntaria y sin condicionamiento.
- Doy permiso para que se use y comparta la información referente a mi hijo (a), de manera confidencial (sin usar su nombre) y sólo para los fines del estudio descrito y sus análisis subsecuentes.
- Puedo elegir que mi hijo(a) no participe en el estudio o que lo abandone en cualquier momento, comunicándolo al Médico del estudio.
- Podría ser que mi hijo(a) tenga que abandonar el estudio sin mi consentimiento en caso de requerir otro tratamiento.

Nombre del niño/adolescente _____ Fecha _____

Nombre y firma de Madre, Padre o Tutor _____ Fecha _____

Nombre y firma de persona que conduce revisión del consentimiento _____ Fecha _____

Nombre y firma de Testigo _____ Fecha _____

Dirección _____

Relación que tiene con el voluntario _____

Nombre y firma de Testigo _____ Fecha _____

Dirección _____

Relación que tiene con el voluntario _____

Recibí copia de este consentimiento _____

Nombre y Firma

Fecha

ANEXO B
ASENTIMIENTO

Para adolescentes ≥ 12 años de edad

TITULO: FACTORES DE ADHERENCIA A UN PROGRAMA DE TRATAMIENTO DE SOBREPESO Y OBESIDAD PARA ADOLESCENTES: ESTUDIO PILOTO

Se te invita a participar en un estudio de investigación, es necesario que decidas si participarás o no.

El objetivo del estudio es identificar los factores que favorecen el apego de los adolescentes a un programa de tratamiento del sobrepeso y obesidad que promueve la adquisición de hábitos de vida saludables. Al lograr conocer estos factores se podrán diseñar programas adecuados para los adolescentes que padecen sobrepeso u obesidad para lograr un mejor seguimiento de las recomendaciones médicas y nutricias y así mejorar su salud en términos de pérdida de peso corporal y de masa grasa.

El estudio se realizará en el Instituto Nacional de Pediatría en la Clínica de Obesidad y del Adolescente. Este consiste de una sesión de introducción con duración aproximada de 60 minutos y 8 sesiones semanales con duración aproximada de 20 minutos. Se estima incluir a 36 adolescentes que acudan por 1ª vez a la Clínica de Obesidad de Adolescentes con diagnóstico de sobrepeso u obesidad de acuerdo con los criterios de la Organización Mundial de la Salud. No deberán participar aquellos adolescentes que presenten síndromes congénitos, que estén recibiendo tratamientos farmacológicos que inducen el apetito, que sean referidos por psiquiatría con problemas cognitivo-conductuales y/o que presenten padecimientos músculo esqueléticos primarios, no derivados de la obesidad, limitantes de actividad física.

Durante el tratamiento de 9 semanas en total, se te pedirá que asistas de manera semanal a la Clínica y que elijas pequeños cambios relacionados con tu alimentación o actividad física los cuales pretenden lograr que su hijo pueda adquirir hábitos saludables que favorezcan su salud.

No se reconocen efectos indeseables a partir de recibir orientación alimentaria y recomendaciones de estilo de vida saludable. Si se logra apego a las recomendaciones y asistencia semanal al programa, el beneficio puede ser la pérdida de peso corporal y/o la reducción del perímetro de cintura.

¿Qué debo hacer en caso de que tenga alguna molestia?

Comunicarlo a tu padre, madre o tutor inmediatamente y llamar a la Dra. Gloria López Navarrete para evaluación médica en su teléfono: (55) 10 84 55 18.

Tu participación es voluntaria y en cualquier momento puedes decidir no participar.

Tus datos personales serán guardados de manera confidencial y sólo serán conocidos por los Investigadores o el personal de la salud que el Investigador considere necesario.

He leído y entiendo el presente asentimiento.

Nombre del adolescente _____ Fecha _____

Nombre y firma de persona que conduce revisión del asentimiento _____ Fecha _____

Recibí copia de este asentimiento _____

Nombre

Fecha

DATOS GENERALES

LEER **CARTA DE CONSENTIMIENTO**. Si acepta, firmar carta y continuar. Si no acepta, se refiere a consulta regular COA.

NO. DE EXPEDIENTE: _____
 COLONIA: _____ DELEGACION: _____
 CP: _____ TELEFONO: _____

SEXO:	EDAD:	N.S.E:
MUJERES 1	10 – 141	AB/C+ 1
HOMBRES 2	15 – 172	C 2
	18 – 193	D+ / D / E 3

FECHA: ____ / ____ / ____ HORA: _____ A _____

MÉDICO TX: _____

MEDICAMENTOS PRESCRITOS: _____

¿QUÉ ÁREA REFIERE? _____

INVESTIGADOR: _____

Buenos días/ tardes, le agradeceríamos nos contestara unas preguntas; su opinión es confidencial y además en este estudio no hay respuestas correctas o incorrectas, sólo estamos interesados en su sincera opinión.

FILTROS / CRITERIOS DE SELECCIÓN

A. Me podría decir ¿cuál es su edad (años y meses)? : _____ :

B. IMC : _____ :
Debe ser +1 DE arriba del puntaje Z para edad/sexo

C. Revisar en expediente clínico o con médico tratante si los siguientes padecimientos han sido diagnosticados:

Padecimiento	Diagnosticado (si cualquiera de los criterios está presente finalizar la encuesta y referir a consulta de la COA)	No diagnosticado
C1. Síndromes congénitos o desórdenes endócrinos relacionados con la obesidad	1	2
C2. Con tratamientos farmacológicos que induzcan apetito	1	2
C3. Referidos por psiquiatría con problemas cognitivo-conductuales que no sean capaces de tomar decisiones o cumplir recomendaciones	1	2
C4. Padecimientos músculo esqueléticos primarios (no derivados de la obesidad) limitantes de la actividad física	1	2

EVALUACIÓN PSICO-SOCIAL COA

1. Especifique el motivo de consulta y asistencia al Instituto Nacional de Pediatría (INP).

1	Obesidad
2	Sobrepeso
3	Otro (especifique):

2. ¿Considero que mi estado de salud es?:

1	Saludable
2	Enfermo
3	Lo ignoro

3. ¿Qué significa para ti el sobrepeso?

1	Una enfermedad
2	Exceso de peso
3	Lo ignoro
4	Otro (especificar):

4. ¿Qué significa para ti la obesidad?

1	Una enfermedad
2	Exceso de peso
3	Lo ignoro
4	Otro (especificar):

5. ¿Te reconoces con sobrepeso?

1	Sí
2	No

6. ¿Te reconoces con obesidad?

1	Sí
2	No

SI EN P5 o P6 FUE AFIRMATIVO, PASAR A P7, DE LO CONTRARIO PASAR A P8.

7. De la siguiente lista, ¿cuál consideras que es (son) la(s) causa(s) del Sobrepeso u Obesidad? *(puede ser una o varias):*

1	Comer en exceso
2	No hacer ejercicio
3	Enfermedad diagnosticada
4	Uso de medicamentos
5	Otro (especificar):

8. ¿Conoces las consecuencias de padecer sobrepeso u obesidad?

1	Sí Continuar
2	NO Pase a pregunta 10.

9. De la siguiente lista, ¿Cuál consideras que es (son) la(s) consecuencia(s) del Sobrepeso u Obesidad? *(puede ser una o varias)*

1	Diabetes
2	Enfermedades cardiovasculares
3	Algunos tipos de cáncer
4	Depresión
5	Bullying
6	Enfermedades de las articulaciones
7	Otra (especificar):

10. ¿Tienes interés en dejar de padecer obesidad?

1	Sí	Muestran disposición al cambio.
2	No	No hay disposición al cambio o incluso no se reconoce la enfermedad. Pasar a pregunta 17.

11. Elegir la(s) razón(es) por la(s) cual(es) quieres dejar de padecer obesidad. *(Si es más de una razón, priorizar)*

		Si es más de una razón debe priorizarse (1 la que más importa)
1	Por salud (quiero estar saludable)	
2	Por imagen (quiero verme bien)	
3	Para sentirme mejor (quiero sentirme mejor)	
4	Para que ya no me molesten o hagan bullying	
5	No sé	
6	Otra (especificar):	

11ª. De las razones elegidas en la pregunta 11, ¿qué tan importantes son para ti en una escala donde 5 es Muy importante y 1 Nada importante?

		Muy importante	Importante	Algo importante	Poco importante	Nada importante
1	Por salud (quiero estar saludable)	5	4	3	2	1
2	Por imagen (quiero verme bien)	5	4	3	2	1
3	Para sentirme mejor (quiero sentirme mejor)	5	4	3	2	1
4	Para que ya no me molesten o hagan bullying	5	4	3	2	1
5	Otra (traer respuesta de la pregunta anterior):	5	4	3	2	1

12. ¿Cuál es tu principal motivación para cambiar? *Si es más de una razón, priorizar.*

		Si es más de una razón debe priorizarse (1 la que más importa)
1	Personal	
2	Familiar	
3	Amistades	
4	Escuela	
5	Novio(a)	
6	Médico-Nutriólogo	
7	Otra (especificar):	

13. ¿Qué crees que debes hacer para mejorar tu peso? *Puede elegirse una o más.*

Marque las respuestas	
1	Comer menos
2	Hacer ejercicio
3	Tomar medicamentos
4	Lo ignoro
5	Otra (especificar):

14. ¿Qué tan dispuesto estás para aplicarlo ahora?

Muy dispuesto	Dispuesto	Algo dispuesto	Poco dispuesto	Nada dispuesto (TERMINAR ENTREVISTA)
5	4	3	2	1

15. Además de tu decisión, ¿qué otro apoyo consideras que te puede ser útil? *Puede elegirse una o más.*

1	Familiar (quién es específico):
2	Médico-Nutricio
3	Psicológico
4	Ninguno
5	Otro (especificar):

16. ¿Cuánto tiempo de tu día estás dispuesto a dedicar a la actividad física?

1	Más de una hora
2	Una hora
3	30 a 45 minutos
4	Menos de 30 minutos
5	No me interesa tener actividad física (especificar razón):

17. ¿Cómo puedes aprender a mejorar tus hábitos? *Si es más de una razón, priorizar.*

		Si es más de una razón debe priorizarse (1 la que más importa)
1	Por mí mismo (auto-cuidado)	
2	Con ayuda familiar	
3	Con ayuda profesional	
4	Con ayuda de amigos(as)	
5	Otro (especificar):	

18. ¿Cuál es algún posible obstáculo para cumplir tus objetivos? *Si es más de una razón, priorizar.*

		Si es más de una razón debe priorizarse (1 la que más importa)
1	Mi indisciplina	
2	Mi familia	
3	Mis amigos(as)	
4	No tengo tiempo	
5	No tengo espacio en donde realizar actividad física	
6	Otro (especificar):	

19. ¿Quién(es) pueden ayudar a lograr tus objetivos? *Si es más de una razón, priorizar.*

		Si es más de una razón debe priorizarse (1 la que más importa)
1	Mi familia	
2	Mi médico-nutriólogo	
3	Mis amigos(as)	
4	Otro (especificar):	

20. ¿Cuándo crees que lograrás tu objetivo relacionado con el sobrepeso u obesidad? *Una sola respuesta.*

1	Al lograr mi peso ideal
2	Al cambiar mis hábitos de manera permanente
3	Ambos (opción 1 y 2)
4	Lo ignoro

MEDICIONES ANTROPOMÉTRICAS BASALES

21. Peso Corporal al inicio (kg) : _____ :

22. Estatura (m) : _____ :

23. IMC (kg/m²) : _____ :

24. Perímetro de cintura (cm) : _____ :

HÁBITOS SALUDABLES

25. ¿Cuántas porciones de frutas comes al día?

26. ¿Cuántas porciones de verduras comes al día?

27. ¿Cuántas veces por semana comes o cenas a la mesa con tu familia?

28. ¿Cuántas veces por semana desayunas?

29. ¿Cuantas veces por semana comes comida rápida o en restaurantes?

30. ¿Cuántas horas por día pasas viendo la televisión, videos, o jugando juegos en la computadora?

	SI	NO
31. ¿Tienes televisión en la habitación donde duermes?	1	2
32. ¿Tienes computadora en la habitación donde duermes?	1	2

33. ¿Cuánto tiempo al día pasas haciendo algún tipo de actividad física moderada?

--

34. Cuantas porciones de 240 ml (*mostrar vaso de 240 ml*) bebes de lo siguiente al día?

Bebida	No. de porciones de 240 ml
1 Jugo 100%	
2 Agua de sabor endulzada o Bebidas de fruta o Hidratantes	
3 Refresco regular (no dieta)	
4 Leche entera	
5 Leche reducida en grasa o descremada	
6 Agua sola sin endulzar	

Orientación Alimentaria

DAR OA de acuerdo con las recomendaciones de la COA del INP.

Cambio elegido

35. Basada en lo platicado, ¿qué quisieras cambiar ahora?

Acción	SI	NO	35a. ¿Qué acción piensas realizar para cumplir con...?
1 Comer más frutas	1	2	
2 Comer más verduras	1	2	
3 Menos tiempo en la televisión/video juegos	1	2	
4 Comer menos alimentos megapesosados	1	2	
5 Sacar la televisión de la habitación	1	2	
6 Jugar o hacer caminatas al aire libre más seguido	1	2	
7 Beber menos refresco o bebidas azucaradas	1	2	
8 Cambiar la leche entera por leche descremada/reducida en grasa o light	1	2	
9 Beber más agua	1	2	
10 Hacer un desayuno completo	1	2	
11 Comer sin ver la televisión	1	2	
12 Practicar algún deporte	1	2	
13 Nada			

Factores Externos

36. ¿Qué tipo de transporte utilizaste hoy para venir al INP a consulta?

1	Público
2	Privado

37. ¿Cuánto tiempo te tomó venir al INP para la consulta?

1	Más de 2 horas
2	1 a 2 horas
3	30 minutos a 1 hora
4	Menos de 30 minutos

38. ¿Cuánto tiempo esperaste en la sala antes de entrar a la consulta?

1	Más de 1 hora
2	De 1 hora a 30 minutos
3	Menos de 30 minutos

Factores Empatía y Cuestionario EDAK

Evaluaciones Semanales

ANTROPOMÉTRICOS

1. Peso Corporal (kg)

No Medición	Resultado (kg)
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	

2. IMC (kg/m^2)

Cálculo	Resultado (kg/m^2)
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	

3. Perímetro de cintura (cm)

No Medición	Resultado (cm)
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	

APEGO AL CAMBIO ELEGIDO

4. ¿Recibiste el apoyo de alguien para cumplir tus objetivos de la semana?

Quién(es) apoyó(aron)	Sí	No
1. Mamá	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2
2. Papá	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2
3. Abuelos	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2
4. Amigos	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2
5. Maestros	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2
6. Otros. Especificar:	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2

5. ¿Te apegaste al cambio elegido la semana pasada?

Circula la acción elegida la semana pasada	Apego		6. ¿Con qué frecuencia?				
	Acción	SI (Continuar)	NO (Pase a la siguiente)	Todos los días	Sólo 5 días	Sólo 3 días	1 a 2 días
1 1 1 1 1 1 1 1	Comer más frutas	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	5 5 5 5 5 5 5 5	4 4 4 4 4 4 4 4	3 3 3 3 3 3 3 3	2 2 2 2 2 2 2 2
2 2 2 2 2 2 2 2	Comer más verduras	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	5 5 5 5 5 5 5 5	4 4 4 4 4 4 4 4	3 3 3 3 3 3 3 3	2 2 2 2 2 2 2 2
3 3 3 3 3 3 3 3	Menos tiempo en la televisión/video juegos	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	5 5 5 5 5 5 5 5	4 4 4 4 4 4 4 4	3 3 3 3 3 3 3 3	2 2 2 2 2 2 2 2
4 4 4 4 4 4 4 4	Comer menos alimentos megapesados	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	5 5 5 5 5 5 5 5	4 4 4 4 4 4 4 4	3 3 3 3 3 3 3 3	2 2 2 2 2 2 2 2
5 5 5 5 5 5 5 5	Sacar la televisión de la habitación	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	5 5 5 5 5 5 5 5	4 4 4 4 4 4 4 4	3 3 3 3 3 3 3 3	2 2 2 2 2 2 2 2
6 6 6 6 6 6 6 6	Jugar o hacer caminatas al aire libre más seguido	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	5 5 5 5 5 5 5 5	4 4 4 4 4 4 4 4	3 3 3 3 3 3 3 3	2 2 2 2 2 2 2 2
7 7 7 7 7 7 7 7	Beber menos refresco, bebidas azucaradas	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	5 5 5 5 5 5 5 5	4 4 4 4 4 4 4 4	3 3 3 3 3 3 3 3	2 2 2 2 2 2 2 2
8 8 8 8 8 8 8 8	Cambiar la leche entera por leche descremada/reducida en grasa o light	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	5 5 5 5 5 5 5 5	4 4 4 4 4 4 4 4	3 3 3 3 3 3 3 3	2 2 2 2 2 2 2 2
9 9 9 9 9 9 9 9	Beber más agua	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	5 5 5 5 5 5 5 5	4 4 4 4 4 4 4 4	3 3 3 3 3 3 3 3	2 2 2 2 2 2 2 2
10 10 10 10 10 10 10 10	Hacer un desayuno completo	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	5 5 5 5 5 5 5 5	4 4 4 4 4 4 4 4	3 3 3 3 3 3 3 3	2 2 2 2 2 2 2 2
11 11 11 11 11 11 11 11	Comer sin ver la televisión	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	5 5 5 5 5 5 5 5	4 4 4 4 4 4 4 4	3 3 3 3 3 3 3 3	2 2 2 2 2 2 2 2
12 12 12 12 12 12 12 12	Practicar algún deporte	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	5 5 5 5 5 5 5 5	4 4 4 4 4 4 4 4	3 3 3 3 3 3 3 3	2 2 2 2 2 2 2 2
13 13 13 13 13 13 13 13	Nada	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	5 5 5 5 5 5 5 5	4 4 4 4 4 4 4 4	3 3 3 3 3 3 3 3	2 2 2 2 2 2 2 2

7. Para esta semana, ¿qué quisieras continuar o cambiar?

Acción	SI	NO	8. ¿Qué acción piensas realizar para cumplir con...?
1 Comer más frutas	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	
2 Comer más verduras	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	
3 Menos tiempo en la televisión/video juegos	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	
4 Comer menos alimentos megapesados	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	
5 Sacar la televisión de la habitación	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	
6 Jugar o hacer caminatas al aire libre más seguido	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	
7 Beber menos refresco, bebidas azucaradas	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	
8 Cambiar la leche entera por leche descremada/reducida en grasa o light	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	
9 Beber más agua	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	
10 Hacer un desayuno completo	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	
11 Comer sin ver la televisión	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	
12 Practicar algún deporte	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	
13 Nada	1 1 1 1 1 1 1 1	2 2 2 2 2 2 2 2	

9. Tipo de transporte utilizado:

Cita	Tipo de transporte	
	Público	Privado
2	1	2
3	1	2
4	1	2
5	1	2
6	1	2
7	1	2
8	1	2
9	1	2

10. Tiempo que tomó venir al INP para la consulta:

Cita	Más de 2 horas	1 a 2 horas	30 minutos a 1 hora	< 30 minutos
2	1	2	3	4
3	1	2	3	4
4	1	2	3	4
5	1	2	3	4
6	1	2	3	4
7	1	2	3	4
8	1	2	3	4
9	1	2	3	4

11. ¿Cuánto tiempo esperaste en la sala antes de entrar a la consulta?

Cita	Minutos
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	

Factores Empatía y Cuestionario EDAK

GRACIAS POR PARTICIPAR

NIVEL SOCIOECONÓMICO

NO. DE EXPEDIENTE: _____

Instrucciones: El presente cuestionario será auto-aplicable (sólo si la persona puede leer, de lo contrario el PdS lo aplicará) a la persona que acompaña al adolescente en la 1ª entrevista.

NSE 1.- ¿Cuál es el total de cuartos, piezas o habitaciones con que cuenta su hogar?, por favor no incluya baños, medios baños, pasillos, patios y zotehuelas.

RESPUESTA	PUNTOS
1	0
2	0
3	0
4	0
5	8
6	8
7 o más	14

NSE 2.- ¿Cuántos baños completos con regadera y W.C. (excusado) hay para uso exclusivo de los integrantes de su hogar?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	16
2	36
3	36
4 o más	52

NSE 3.- ¿En su hogar cuenta con regadera funcionado en alguno de los baños?

RESPUESTA	PUNTOS
No tiene	0
Si tiene	10

NSE 4.- Contando todos los focos que utiliza para iluminar su hogar, incluyendo los de techos, paredes y lámparas de buró o piso, dígame ¿cuántos focos tiene su vivienda?

RESPUESTA	PUNTOS
0-5	0
6-10	15
11-15	27
16-20	32
21 o más	46

NSE 5.- ¿El piso de su hogar es predominantemente de tierra, o de cemento, o de algún otro tipo de acabado?

RESPUESTA	PUNTOS
Tierra	0
Cemento	0
Otro tipo de material o acabado	11

ANEXO D

NSE 6.- ¿Cuántos automóviles propios, excluyendo taxis, tienen en su hogar?

RESPUESTA	PUNTOS
0	0
1	32
2	41
3 o más	58

NSE 7.- En este hogar cuentan con estufa de gas o eléctrica?

RESPUESTA	PUNTOS
No tiene	0
Si tiene	20

NSE 8.- Pensando en la persona que aporta la mayor parte del ingreso en este hogar, ¿cuál fue el último año de estudios que completó? (espere respuesta, y pregunte) ¿Realizó otros estudios? (reclasificar en caso necesario).

RESPUESTA	PUNTOS
No estudio	0
Primaria incompleta	0
Primaria completa	22
Secundaria incompleta	22
Secundaria completa	22
Carrera comercial	38
Carrera técnica	38
Preparatoria incompleta	38
Preparatoria completa	38
Licenciatura incompleta	52
Licenciatura completa	52
Diplomado o Maestría	72
Doctorado	72
No Sabe /no contesto	

Escala de Depresion para Adolescentes Kutcher: EDAK

NO. EXPEDIENTE: _____ FECHA: _____

EN LA ULTIMA SEMANA COMO TE HAS SENTIDO EN PROMEDIO CON RESPECTO A LO SIGUIENTE:

1. Has tenido el animo bajo, te has sentido triste, bajoneado, deprimido o irritable?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casi nunca	A veces	Casi todo el tiempo	Todo el tiempo

2. Has sentido que vales poco, sin esperanza, que desilusionas a las personas o que no eres una buena persona?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casi nunca	A veces	Casi todo el tiempo	Todo el tiempo

3. Te sientes cansado, fatigado, con poco energia, sin motivacion, te cuesta trabajo hacer las cosas, quisieras descansar o echarte mas de lo habitual?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casi nunca	A veces	Casi todo el tiempo	Todo el tiempo

4. Piensas que la vida no es muy divertida, no te sientes bien cuando normalmente debias sentirte bien, no disfrutas de las cosas como lo haces normalmente?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casi nunca	A veces	Casi todo el tiempo	Todo el tiempo

5. Te sientes preocupado, nerivoso, inquieto, tenso, ansioso o entras en panico?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casi nunca	A veces	Casi todo el tiempo	Todo el tiempo

6. Has pensado o planeado suicidarte o danarte a ti mismo?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casi nunca	A veces	Casi todo el tiempo	Todo el tiempo

Empatía Profesional de la Salud (PdS) y Paciente**No. expediente :** _____**Cita no:** **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9**

En los recuadros vacíos, marca con una X la respuesta que más se acerca a cómo te sentiste ante el Profesional de La Salud que te atendió.

	Mucho (4)	Algo (3)	Poco (2)	Nada (1)
1) Me sentí escuchado por el Profesional de la Salud				
2) Me sentí comprendido por el Profesional de la Salud				
3) Me sentí motivado por el Profesional de la Salud				
4) La madre o acompañante se sintió comprendido y apoyado por el Profesional de la Salud				

Empatía Profesional de la Salud (PdS) y Paciente**No. expediente :** _____**Cita no:** **1** **2** **3** **4** **5** **6** **7** **8** **9**

En los recuadros vacíos, marca con una X la respuesta que más se acerca a cómo te sentiste ante el Profesional de La Salud que te atendió.

	Mucho (4)	Algo (3)	Poco (2)	Nada (1)
1) Me sentí escuchado por el Profesional de la Salud				
2) Me sentí comprendido por el Profesional de la Salud				
3) Me sentí motivado por el Profesional de la Salud				
4) La madre o acompañante se sintió comprendido y apoyado por el Profesional de la Salud				