



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD





Gobierno de
México

 **IMSS BIENESTAR**
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

DIRECTORIO

Dr. Alejandro Ernesto Svarch Pérez
Director General

Dr. José Alejandro Avalos Bracho
Titular de la Unidad de Atención a la Salud

Dr. Gabriel Gutiérrez Morales
**Encargado del Despacho de los Asuntos Inherentes de la Coordinación de
Unidades de Primer Nivel**

Dr. Said Vázquez Valle
**Encargado del Despacho de los Asuntos Inherentes a la Coordinación de
Unidades de Segundo Nivel**

Dr. Eduardo Antonio Rodríguez Becerril
**Encargado del Despacho de los Asuntos Inherentes a la Coordinación de
Hospitales de Alta Especialidad y Programas Especiales**

Dra. Miriam Adriana Peña Eslava
Titular de la Coordinación de Enfermería

Dr. Arturo González Ledesma
Titular de la Coordinación de Supervisión



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

**Dr. José Misael Hernández Carrillo
Titular de la Coordinación de Epidemiología**

**Dr. Luis Ernesto Caballero Torres
Titular de la Coordinación de Educación e Investigación**

**Dra. Yerania Emireé Enríquez López
Encargada del Despacho de los Asuntos Inherentes de la Coordinación de
Programas Preventivos**

**Dra. Nazarea Herrera Maldonado
Encargada del Despacho de los Asuntos Inherentes de la Coordinación de
Normatividad y Planeación Médica**

**Nemer Alexander Naime S Henkel
Encargado del Despacho de los Asuntos Inherentes de la Coordinación de
Acción Comunitaria**



Gobierno de
México

 **IMSS BIENESTAR**
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

Coordinación Editorial

Dr. José Misael Hernández Carrillo

Titular de la Coordinación de Epidemiología

Dr. Jan Jacobo Gutiérrez Sereno

Titular de la División de Prevención y Protección Específica

Dr. Fermín Camacho Fitz

Jefe de Área de Prevención de Enfermedades

Dr. Gerardo Magallanes Díaz

Jefe de Departamento de Prevención Secundaria

Lic. E.O.C. Lucia Berenice Vargas Islas

Supervisora del Departamento de Prevención Secundaria

Dra. Julieta Jiménez García

Supervisora del Departamento de Prevención Secundaria

Revisión Normativa

Dra. Nazarea Herrera Maldonado

**Encargada del Despacho de los Asuntos Inherentes de la Coordinación de
Normatividad y Planeación Médica**

Mtro. Mauro Jesús Villegas Sánchez

Titular de la División de Normatividad Médica

Colaboración

Dr. Eduardo Ramírez Butanda

**Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
Clínica de Obesidad y Trastornos de la Conducta Alimentaria**



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

Contenido

Introducción	8
Objetivos	9
¿Qué es la obesidad?	9
Clasificación de la obesidad	10
• Obesidad preclínica	10
• Obesidad clínica	10
Comorbilidades asociadas a obesidad.....	10
1. Alteraciones metabólicas	12
1.1 Resistencia a la insulina	12
1.2 Diabetes Tipo 2 (DT2).....	12
1.3 Hipertensión	13
1.4 Dislipidemias	14
1.5 Riesgo cardiovascular	14
1.6 Litiasis biliar (Colesterolitiasis).....	15
1.7 Esteatosis Hepática Metabólica (MASLD).....	16
1.8 Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP).....	17
1.9 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)	19
1.10 Asma	19
1.11 Gota	21
1.12 Infertilidad	22
1.13 Neoplasias.....	23
2. Alteraciones físico-mecánicas.....	25



2.1 Síndrome de Hipoventilación en Obesidad (SHO o Síndrome de Pickwick)	25
2.2 Síndrome de Apnea Hipopnea Obstructiva del Sueño (SAHOS)	25
2.3 Insuficiencia Cardíaca	26
2.4 Insuficiencia Venosa	28
2.5 Hernias de la pared abdominal	29
2.6 Sarcopenia y Disminución de la Densidad Mineral Ósea (Osteoporosis)	29
2.7 Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE)	31
2.8 Alteraciones de columna lumbar (lumbalgia)	33
2.9 Alteraciones biomecánicas articulares: Osteoartritis (OA)	34
2.10 Incontinencia urinaria	36
2.11 Fascitis plantar	37
3. Alteraciones Psico-sociales	38
3.1 Depresión/ansiedad	38
3.2 Alteración de la imagen corporal/autoestima	41
3.3 Hambre emocional	41
3.4 Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR): Bulimia nerviosa, Trastorno de atracones (TCA)	42
3.5 Adicciones	44
3.6 Estigma y discriminación	46
3.7. Estatus socioeconómico	47
Recomendaciones para prevenir comorbilidades en personas que viven con obesidad	48
Nutrición y conductas alimentarias.	48



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

Actividad Física y sedentarismo	49
Aspectos psicológicos y sociales.....	51
Conclusiones.....	52
Anexos.....	54
Referencias.....	84



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

Introducción

La obesidad se define como una enfermedad crónica compleja que se caracteriza por una acumulación excesiva o anormal de grasa que progresó hacia múltiples comorbilidades. Su desarrollo implica un aumento y disfunción del tejido adiposo, lo que genera un estado de inflamación crónica de bajo grado. Esta inflamación, a su vez, altera la homeostasis energética y provoca desequilibrios endocrinos, aumentando el riesgo de complicaciones médicas de tipo mecánicas, metabólicas y mentales. Esto constituye una condición de salud pública de creciente preocupación a nivel mundial, conocida como "*La pandemia del siglo XXI*"^{1,2}. En México, la prevalencia de sobrepeso en personas de 20 años y más es de 37.3%, mientras que la de obesidad alcanza el 38.9%, de acuerdo con la ENSANUT 2023³. Esta situación se agrava por su asociación con **múltiples comorbilidades**, entendidas como la presencia de una o más enfermedades o trastornos adicionales que coexisten con una enfermedad primaria –en este caso, la obesidad–, y que pueden agravar su evolución y complicar su tratamiento.

Estas comorbilidades afectan significativamente la calidad de vida de las personas y aumentar la carga sobre los sistemas de salud.

Entre las comorbilidades más frecuentes asociadas con la obesidad y el aumento de la adiposidad central abdominal se encuentran la diabetes mellitus, la hipertensión, las enfermedades cardiovasculares, la apnea del sueño, y algunos tipos de cáncer, entre otras^{4,5}.

Por tanto, es fundamental implementar estrategias para la detección oportuna de estas condiciones, así como llevar a cabo intervenciones tempranas que contribuyan a mitigar sus posibles complicaciones. En este contexto, sobra especial relevancia la **"Guía de detección oportuna de las comorbilidades en personas que viven con obesidad"** en los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR, la cual representa una herramienta clave para promover una atención centrada en la persona, mejorar la calidad de vida y optimizar los recursos del sistema de salud.



Objetivos

1. Fortalecer la capacidad del personal de salud para identificar de manera oportuna las comorbilidades asociadas a la obesidad, favoreciendo su detección temprana para un ingreso oportuno a tratamiento.
2. Contribuir a mejorar la calidad de atención en salud mediante la detección y diagnóstico oportuno de la obesidad y sus comorbilidades, con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas que viven con esta enfermedad.

¿Qué es la obesidad?

La obesidad es una enfermedad crónica de etiología compleja que progres a múltiples comorbilidades. Se caracteriza por el aumento y disfunción del tejido adiposo, lo cual incrementa el riesgo de desarrollar diversas complicaciones en la salud. Su causa principal radica en un estado de inflamación crónica de bajo grado, que perpetúa la enfermedad y contribuye a la aparición de múltiples alteraciones fisiopatológicas⁶.

Dado que se trata de una enfermedad cuya disfunción principal es en el tejido adiposo, la Asociación Europea para el Estudio de la Obesidad (EASO, por sus siglas en inglés) ha propuesto referirse a ella como **Enfermedad Crónica Basada en Adiposidad** (Adiposity-Based Chronic Disease, ABCD, por sus siglas en inglés). Esta definición considera tres dimensiones clave para su diagnóstico: la etiología, grado de disfunción de la adiposidad y el riesgo que representa para la salud⁷.

Por ello, para una adecuada valoración de las personas que viven con obesidad, es esencial considerar tanto su etiología como su clasificación, con el objetivo de evaluar la evolución de la enfermedad.



Clasificación de la obesidad

- **Obesidad preclínica**

Se caracteriza por una acumulación excesiva y/o anormal de tejido adiposo, pero con preservación de la función de los órganos y tejidos. Representa un estado de alto riesgo para desarrollar obesidad clínica y comorbilidades asociadas⁸.

- **Obesidad clínica**

Es una enfermedad crónica y sistémica, caracterizada por alteraciones funcionales en órganos y tejidos, causadas por la adiposidad excesiva y/o anormal. Se manifiesta clínicamente mediante signos, síntomas y limitaciones en las actividades diarias. A diferencia de la obesidad preclínica, en esta etapa ya existe daño funcional evidente⁸.

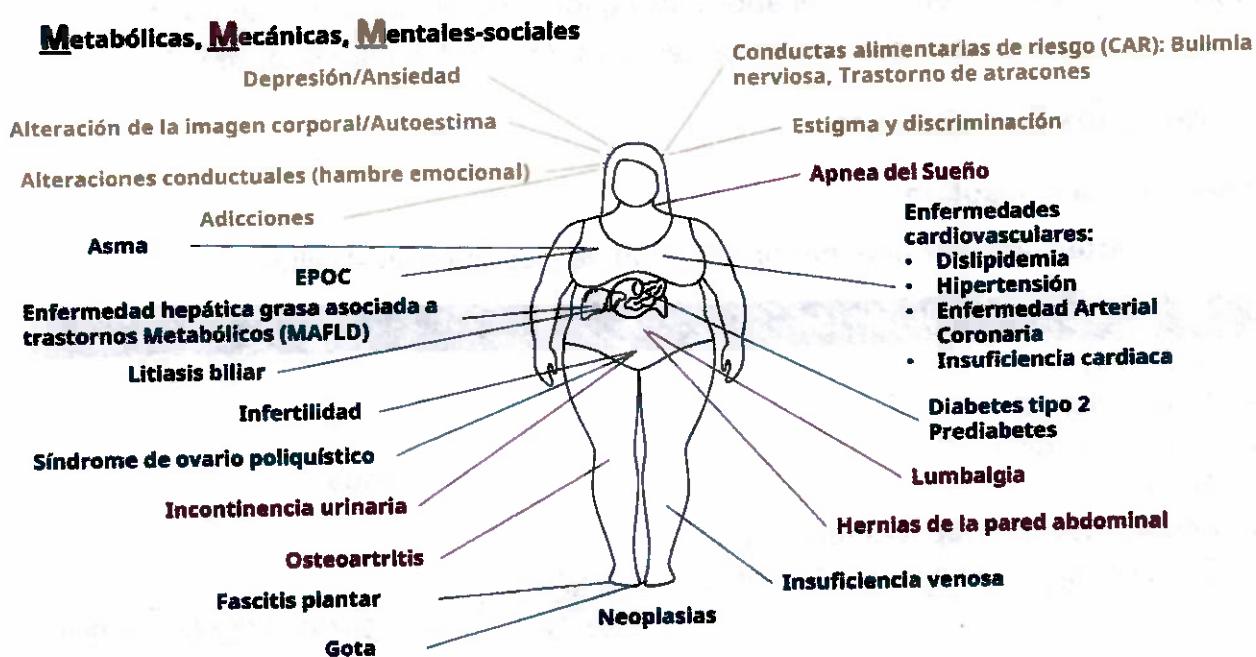
Comorbilidades asociadas a obesidad

Para su estudio, las comorbilidades asociadas a la obesidad se clasifican en:⁹⁻¹²

- **Alteraciones metabólicas:** diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares, neoplasias, litiasis biliar, enfermedad por hígado graso asociada a disfunción metabólica (MAFLD por sus siglas en inglés), síndrome de ovario poliquístico (SOP), infertilidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), gota.
- **Alteraciones físico-mecánicas:** hipoventilación, síndrome de apnea-hipopnea del sueño (SAOS), miocardiopatía, insuficiencia cardíaca, osteoartrosis, enfermedad por reflujo gastroesofágico.
- **Alteraciones psico-sociales:** depresión, ansiedad, alteraciones conductuales, conductas alimentarias de riesgo (CAR), mayor riesgo de adicciones, discriminación social.



Figura 1. Complicaciones metabólicas, mecánicas, mentales y sociales de la obesidad.



Fuente: Adaptada de Sharma. *Obes Rev* 2010; 11:808-809; Guh et al. *BMC Public Health* 2009; 9:88; Lupino et al. *Arch Gen Psychiatry* 2010; 67:220-229; Simon et al. *Arch Gen Psychiatry* 2006; 60: 824-830; Church et al. *Gastroenterology* 2006; 130:2030; Li et al. *Prev Med* 2010; 51:18-23; Hosler. *Prev Chronic Dis* 2009; 6: A48.

Esta guía de detección de comorbilidades en personas que viven con obesidad está estructurada según el marco de clasificación mencionado en la figura 1. Es importante destacar que las comorbilidades raramente se presentan de forma aislada, por lo que es esencial realizar una anamnesis personalizada para abordar adecuadamente cada caso, utilizando el *Sistema de Estadificación de la Obesidad de Edmonton*¹⁰ para la evaluación personalizada.

Cada patología por detectar incluye una breve definición y, cuando corresponde, se describe un método de tamizaje. A continuación, se presentan los criterios diagnósticos y el *Gold Estándar* para lograr un diagnóstico preciso. Asimismo, se



sugiere consultar la **Guía de Detección de Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles** para complementar el abordaje y garantizar un enfoque integral en la evaluación de las personas usuarias de los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR.

1. Alteraciones metabólicas

1.1 Resistencia a la insulina

Condición caracterizada por una menor actividad de insulina a nivel celular¹³.

Detección	Periodicidad
<ul style="list-style-type: none">• Acantosis• Acrocordones• Queratosis pilar• Alopecia• Anomalías reproductivas (en mujeres)• Glucosa capilar en ayuno $\geq 100\text{mg/dl}$- 125mg/dl^*	Anual

*Criterio para detectar "glucosa alterada en ayuno"

Criterios diagnósticos ^{13,14}
Glucosa central en ayuno $\geq 100\text{mg/dl}$ - 125mg/dl^*
Insulina en ayuno $\geq 10 \text{ mcUI/ml}$
HOMA-IR: >2
Fórmula: $[(\text{glucemia (mg/dl)} \times \text{insulina (mcUI/ml)}) / 405]$
Índice QUICKI: 0.30-0.45
Fórmula: $1 / [\log (\text{glucosa en ayuno}) + \log (\text{insulina en ayuno})]$
HOMA-IR: Homeostasis Model Assessment; QUICKI Quantitative Insulin Sensitivity Check Index

1.2 Diabetes Tipo 2 (DT2)

Enfermedad metabólica crónica caracterizada por secreción anormal de insulina y grados variables de resistencia periférica a la insulina, que conducen a la aparición de la hiperglucemia¹⁵.



**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

Detección	Periodicidad
<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de factores de riesgo (Anexo 1) • Medición de glucosa capilar 	Anual

Criterios diagnósticos ^{16,17}
Hemoglobina glucosilada (HbA1c) $\geq 6.5\%$
Glucemia plasmática en ayunas (GPA) $\geq 126 \text{ mg/dl}$
Glucemia postprandial (GP) de 2 h $\geq 200 \text{ mg/dl}$ durante la prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG)
Glucemia postprandial de 1 h $\geq 209 \text{ mg/dl}$ en una toma de 75mg de glucosa
Glucosa plasmática aleatoria $\geq 200 \text{ mg/dl}$ en persona con síntomas clásicos de hiperglucemia (poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso sin motivo aparente) o crisis hiperglucémica

1.3 Hipertensión

Enfermedad crónica en la que se encuentra una elevación sostenida de la tensión arterial sistólica o la tensión arterial diastólica en reposo¹⁸.

Detección	Periodicidad
<ul style="list-style-type: none"> • Cuestionario de factores de riesgo (Anexo 1) • Monitoreo de la presión arterial 	Anual

Criterios diagnósticos ¹⁹					
Presión Arterial (PA)	PA en consulta (mmHg)	PA en domicilio (mmHg)	MAPA diurno (mmHg)	MAPA 24h (mmHg)	MAPA nocturno (mmHg)
PA normal o NO elevada	<120/70	<120/70	<120/70	<115/65	<110/60
PA elevada	120/70 - <140/90	120/70 - <135/85	120/70 - <135/85	115/65 - <130/80	110/60 - <120/70
Hipertensión	$\geq 140/90$	$\geq 135/85$	$\geq 135/85$	$\geq 130/80$	$\geq 120/70$



1.4 Dislipidemias

Desórdenes del metabolismo de las lipoproteínas y lípidos cuya modificación en las concentraciones en sangre incrementa el riesgo cardiovascular y están asociadas al desarrollo del proceso de aterosclerosis²⁰.

Detección	Periodicidad
<ul style="list-style-type: none"> Cuestionario de factores de riesgo (Anexo 1) Medición de perfil de lípidos capilar 	Anual

Criterios diagnósticos ^{21,22}	
Lípidos	Niveles (mg/dl)
Colesterol total (hipercolesterolemia)	≥200
C-LDL	≥100
C-HDL (hipoalfalipoproteinemia)	Mujeres: ≤50 Hombres: ≤40
Triglicéridos (hipertrigliceridemia)	≥150

1.5 Riesgo cardiovascular

Se refiere a la probabilidad de sufrir un evento cardiovascular en un plazo determinado, generalmente 5 años o más, frecuentemente 10 años²³.

Detección	Periodicidad
Calculadora electrónica en línea HEARTS https://www.paho.org/es/hearts-americas/calculadora-riesgo-cardiovascular	Anual
Variables Género, edad, tabaquismo, presión sistólica, colesterol total, peso, altura e Índice de Masa Corporal (IMC)	
Puntaje de riesgo cardiovascular Globorisk-LAC ²⁴ https://www.globorisk.org/calc/labform	Anual
Variables Presión arterial sistólica, colesterol total, diabetes, tabaquismo e Índice de Masa Corporal (IMC)	



Estratificación de riesgo ²⁵		
Color	Riesgo	Valor
Verde	Bajo	<10%
Amarillo	Moderado	10-19.9%
Naranja	Alto	20-29.9%
Rojo	Muy alto	30-39.9%
Marrón	Extremadamente alto	≥40%

1.6 Litiasis biliar (Colelitiasis)

Presencia de uno o varios cálculos en la vesícula biliar los cuales tienden a ser asintomáticos (en un 80% de los casos), cuando presenta síntomas se asocia a complicación (colecititis)²⁶.

Detección por medio de factores de riesgo	Periodicidad
Obesidad	
Edad avanzada (a partir de los 40 años el 20% y en mayores de 70 años el 30%)	Al momento de ingreso
Más frecuente en el sexo femenino	a tratamiento y a criterio clínico
Multiparidad (más de 4 embarazos)	
Antecedentes familiares	
Dislipidemias	

Criterios diagnósticos y de complicación ²⁷	
<ul style="list-style-type: none"> Ecografía (ultrasonido): Vesícula biliar con imágenes radiopacas que proyectan sombra acústica posterior. 	
Diagnóstico de complicación (colecititis): 1. Un signo local de inflamación + un signo sistémico de inflamación	Signos locales de inflamación: <ul style="list-style-type: none"> Dolor en cuadrante superior derecho del abdomen que irradia hacia la espalda o el brazo, se asocia al consumo de coleistoquinéticos



<p>2. Ecografía confirmatoria de diagnóstico de colecistitis</p>	<ul style="list-style-type: none">Signo de Murphy positivo: Dolor a la palpación profunda del cuadrante superior derecho del abdomen con la inspiración profunda <p>Signos sistémicos de inflamación:</p> <ul style="list-style-type: none">FiebreLaboratorio: Leucocitosis, PCR elevada <p>Ecografía:</p> <ul style="list-style-type: none">Signo de Murphy ecográfico (dolor a la colocación del transductor en cuadrante superior derecho)Pared vesicular $\geq 4\text{mm}$Trilaminación de la pared vesicular (imagen en "doble riel")Colecciones líquidas pericolicísticasAumento del diámetro vesicular $>8\text{cm}$
--	---

1.7 Esteatosis Hepática Metabólica (MASLD)

Trastorno metabólico que se caracteriza por el acúmulo de grasa en más del 5% del parénquima hepático sin daño hepatocelular aparente en personas sin consumo significativo de alcohol ni otras causas de esteatosis secundaria. Su espectro clínico y patológico puede evolucionar de esteatosis simple a esteatohepatitis, a cirrosis y a carcinoma hepatocelular [CHC]²⁸.

Detección	Periodicidad
Pruebas de función hepática ²⁹ : <ul style="list-style-type: none">ALT elevada no más de 2 o 3 veces del valor límite superior (valores normales no excluyen diagnóstico)	Anual



- Relación AST/ALT <1
- Fosfatasa alcalina y Glutamiltransferasa elevadas 1.5 - 3 veces del valor del límite superior

Criterios diagnósticos ³⁰	
Biopsia hepática <i>Gold Standard</i>	Inflamación y degeneración balonoide de los hepatocitos y puede existir fibrosis Nota: Se realiza en caso de que el diagnóstico de MASLD NO pueda descartarse mediante otros métodos no invasivos
Ultrasonido abdominal (Técnica no invasiva más utilizada)	Cuando existe esteatosis, la ecogenicidad (brillantez) del hígado aumenta y es mayor a la del riñón, la nitidez de la pared de la vesícula biliar, de los vasos intrahepáticos y del diafragma disminuyen. Grado 0: ausencia de esteatosis. Grado 1: esteatosis leve. Grado 2: esteatosis moderada. Grado 3: esteatosis grave.

1.8 Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP)

Trastorno endocrino metabólico caracterizado por: hiperandrogenismo clínico o bioquímico, oligo-ovulación y presencia de ovarios de morfología poliquística. Se deben cumplir por lo menos 2 de los siguientes criterios³¹:

Criterios diagnósticos ³²⁻³⁵			
Sociedad de Exceso de Andrógenos (AES, por sus siglas en inglés)	Debe presentar ambos criterios		
	Hirsutismo y/o hiperandrogenenemia		
	Oligoovulación y/u ovarios poliquísticos en ecografía		
	Es necesario excluir otras etiologías de exceso de andrógenos e infertilidad anovulatoria		
Institutos Nacionales de Salud (NIH, por sus siglas en inglés)	Exceso de andrógenos:	Signos clínicos	Signos bioquímicos
		Hirsutismo	Hiperinsulinemia



Rotterdam (requeridos 2 de 3)	Un signo clínico y/o hiperandrogenismo bioquímico	Acné grave Alopecia Voz grave Atrofia mamaria	Índice de andrógenos libres >4.94 ng/dL Testosterona total >54.7ng/dL
	Disfunción ovárica	Oligo o anovulación: ciclos menstruales mayores a 35 días	
	Exclusión	Excluir otras causas (hiperplasia adrenal congénita, hiperprolactinemia y neoplasias secretoras de andrógenos)	
	Periodos irregulares	Definidos como: <ul style="list-style-type: none">• Normal en los primeros años post menarca como parte de la transición puberal• >1 a <3 años post menarca: <21 o >45 días• >3 años post menarca hasta la perimenopausia <21 a >35 días o <8 ciclos en un año• >1 año post menarca >90 días en cualquier ciclo Amenorrea primaria para los 15 años o >3 años post telarca	
Hiperandrogenismo clínico		Se debe enfocar en hirsutismo, no en acné leve a moderado ya que es común en la adolescencia. Cuando no se presentan hiperandrogenismo clínico, es apropiado realizar	



**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

		pruebas de hiperandrogenemia bioquímica
	Criterios ecográficos de SOP	>12 folículos antrales de diámetro de 2-9 mm y/o volumen ovárico ≥ 10 cc

1.9 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)

Es una patología crónica, que se caracteriza de manera típica por existencia de obstrucción crónica progresiva y poco reversible al flujo aéreo asociada a respuesta inflamatoria anormal del tejido pulmonar debida a la exposición de partículas nocivas y gases³⁶. La sospecha se establece en toda persona a partir de los 40 años que presente tos y expectoración crónica, disnea progresiva y/o historia de exposición a los factores riesgo [particularmente, tabaco]³⁷.

Detección	Periodicidad
<ul style="list-style-type: none"> Cuestionario CAPTURE de CENAPRECRE (Anexo 2) 	Anual

Criterios diagnósticos ³⁸		
Espirometría	Clasificación de la gravedad de la limitación del flujo aéreo de la EPOC, basada en el FEV ₁ post broncodilatador (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease [GOLD])	
En personas con un valor de Fev ₁ /FVC <0.70:		
GOLD 1	Leve	FEV ₁ \geq 80% del valor predicho
GOLD 2	Moderada	50% \leq FEV ₁ < 80% del valor predicho
GOLD 3	Grave	30% \leq FEV ₁ < 50% del valor predicho
GOLD 4	Muy grave	FEV ₁ < 30% del valor predicho

1.10 Asma

Enfermedad inflamatoria crónica de la vía aérea, caracterizada por inflamación, hiperactividad bronquial que lleva a episodios recurrentes de sibilancias y broncoespasmos, se manifiesta por tos, disnea, opresión torácica, sibilancias,



asociado a limitación variable del flujo aéreo que a menudo es reversible espontáneamente o con tratamiento³⁹.

Detección	Periodicidad
<ul style="list-style-type: none">Cuestionario para personas menores de 18 años con sospecha de asma de CENAPRECRE (Anexo 3)Cuestionario para personas mayores de 18 años con sospecha de asma de CENAPRECE (Anexo 4)	Anual
Criterios diagnósticos^{39,40}	
1. Antecedentes de síntomas respiratorios variables	
Los síntomas típicos son sibilancias, falta de aire, opresión en el pecho y tos	
<ul style="list-style-type: none">En general, las personas con asma manifiestan más de uno de estos síntomasLos síntomas aparecen de forma variable a lo largo del tiempo y varían en intensidadLos síntomas suelen aparecer o emporar por la noche o al despertarLos síntomas suelen ser desencadenados por ejercicio, risa, alergenos o aire fríoLos síntomas suelen aparecer o empeorar con las infecciones virales	
2. Evidencia de una limitación variable del flujo de aire espiratorio	
<ul style="list-style-type: none">Al menos una vez durante el proceso de diagnóstico (espirometría), cuando el FEV₁ es bajo, se documenta que el cociente FEV₁/FVC está por debajo del límite inferior de lo normal El cociente FEV₁/FVC normalmente es >0.75-0.80 en personas adultas y de 0.85 en niñas y niñosSe documenta que la variación de la función pulmonar es mayor que en las personas sanas. El exceso de variabilidad se registra:<ul style="list-style-type: none">FEV₁ aumenta en >200 ml y >10% del valor inicial (en niños, aumenta >12% del valor teórico) después de inhalar un broncodilatador. Denominado como reversibilidad con broncodilatadorLa variabilidad* diurna media diaria del PEF <10% en personas adultas (La valoración en población pediátrica dependerá de la talla y sexo)	



- El FEV₁ aumenta en más de un 12% y en 200 ml con respecto al valor de referencia (en niñas y niños, >12% del valor teórico) después de 4 semanas de tratamiento antiinflamatorio (al margen de infecciones respiratorias)

El criterio para el diagnóstico de la respuesta broncodilatadora (BDR) según las guías ERS/ATS 2022 se basa en un cambio significativo en la función pulmonar tras la administración de un broncodilatador. Específicamente, un diagnóstico positivo de BDR se determina por un incremento de más del 10% en el FEV₁ o FVC en comparación con el valor predicho utilizando la siguiente fórmula:

- $BDR = [(Valor \ post\text{-broncodilatador} - Valor \ pre\text{-broncodilatador}) / Valor \ predicho] * 100$
- Un aumento mayor al 10% en cualquiera de estos valores es considerado clínicamente significativo

*Calculada a partir de lecturas obtenidas dos veces al día

1.11 Gota

Hiperuricemia: Trastorno en el metabolismo de las purinas, caracterizado por episodios recurrentes de artritis aguda y/o depósitos hísticos de urato monosódico monohidratado (tofos) con predilección en los tejidos articulares y periarticulares.

Gota: Enfermedad producida por el depósito de cristales de urato monosódico (UMS) en zonas articulares, peri-articulares y subcutáneas. Es un proceso crónico por definición, aunque sus manifestaciones clínicas pueden no estar presentes o aparecer únicamente de forma intermitente durante las diferentes fases. La manifestación clínica típica son los episodios recurrentes de artritis aguda (episodio de inflamación aguda), que aparecen separados por períodos inter-críticos de duración variable⁴¹.

El depósito de cristales de UMS está condicionado por la existencia de hiperuricemia mantenida. Para el diagnóstico se debe cumplir con 1 criterio mayor o 6 criterios menores⁴¹:

Detección	Periodicidad
<ul style="list-style-type: none">• Cuestionario diagnóstico de gota para atención primaria (Anexo 5)	Hiperuricemia + dolor característico de gota



Criterios diagnósticos	
Criterios mayores	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cristales de UMS monohidratado en el líquido sinovial durante un episodio de artritis aguda 2. Cristales de UMS monohidratado subcutáneo (tofos)
Criterios menores	<ol style="list-style-type: none"> 1. Artritis máxima en 24 h 2. Dos o más episodios de artritis aguda 3. Episodio de monoartritis aguda 4. Enrojecimiento articular 5. Dolor o inflamación de la primera metatarsofalángica 6. Monoartritis de la primera articulación metatarsofalángica 7. Monoartritis del tarso 8. Sospecha de tofo 9. Hiperuricemia (>7 mg/dl en hombres o >6 mg/dl en mujeres) 10. Inflamación radiológica asimétrica de una articulación 11. Quistes radiológicos subcondrales sin erosiones 12. Líquido sinovial estéril durante el episodio de artritis aguda
Gold Estándar	Identificación de cristales UMS en líquido sinovial o de aspirado de un tofo

1.12 Infertilidad

La infertilidad se define como la incapacidad de completar un embarazo después de 12 meses de relaciones sexuales sin medidas anticonceptivas⁴².

Criterios diagnósticos ⁴²	
Estudio del moco cervical	<ul style="list-style-type: none"> • Volumen: >0.1 ml • Deber ser claro, de aspecto fluido y acuoso • Filancia o elasticidad debe ser de 8-10 cm • Celularidad <5 X campo de gran aumento • Arborización cristalizar con tallos terciarios y cuaternarios
Curva de temperatura basal (CTB)	El desplazamiento térmico que produce la progesterona, al activar los centros térmicos, causa elevación de la temperatura corporal >0.5 °C. Al revisar la curva de temperatura basal de tres ciclos menstruales consecutivos se tiene una muestra



	simple de la ovulación, y de las alteraciones de este. Puede ser monofásica (sin ovulación) o bifásica (con ovulación)
Histerosalpingografía	Examen radiológico del tracto genital femenino que incluye cérvix, cuerpo uterino, trompas y estado general de la pelvis. Debe realizarse al octavo día del ciclo. Constituye un excelente medio diagnóstico para investigar las alteraciones de la trompa y su permeabilidad
Biopsia endometrial	La biopsia de endometrio, obtenida por aspiración, es un método de gran valor y exactitud para conocer la existencia de ovulación y el funcionamiento del cuerpo lúteo. Se recomienda entre los días 22 y 24 del ciclo, donde la maduración final del endometrio puede ser confirmada fácilmente
Test postcoital	<ol style="list-style-type: none">1. Muestra exocervical:<ul style="list-style-type: none">• Buena: 25 espermatozoides de categoría A o B• Intermedia: 5-10 espermatozoides de categoría A o B• Pobre: <5 espermatozoides de categoría B o menor2. Muestra edocervical:<ul style="list-style-type: none">• Buena: >10 espermatozoides de categoría A o B• Intermedia: 5-10 espermatozoides de categoría A o B• Pobre: <5 espermatozoides de categoría B o menor3. Categorías<ol style="list-style-type: none">A. Motilidad lineal progresiva y rápidaB. Motilidad lineal lenta o no linealC. Motilidad no progresivaD. Inmóviles
Espermiograma o espermatobioscopía	<ul style="list-style-type: none">• Volumen: >2 ml• Concentración: >20 millones/ml• Movilidad: >50%• Morfología: >30% normales• Células blancas: <1 millón/ml

1.13 Neoplasias

La Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC) y la World Cancer Research Fund (WCRF, por sus siglas en inglés) sugieren que existe evidencia

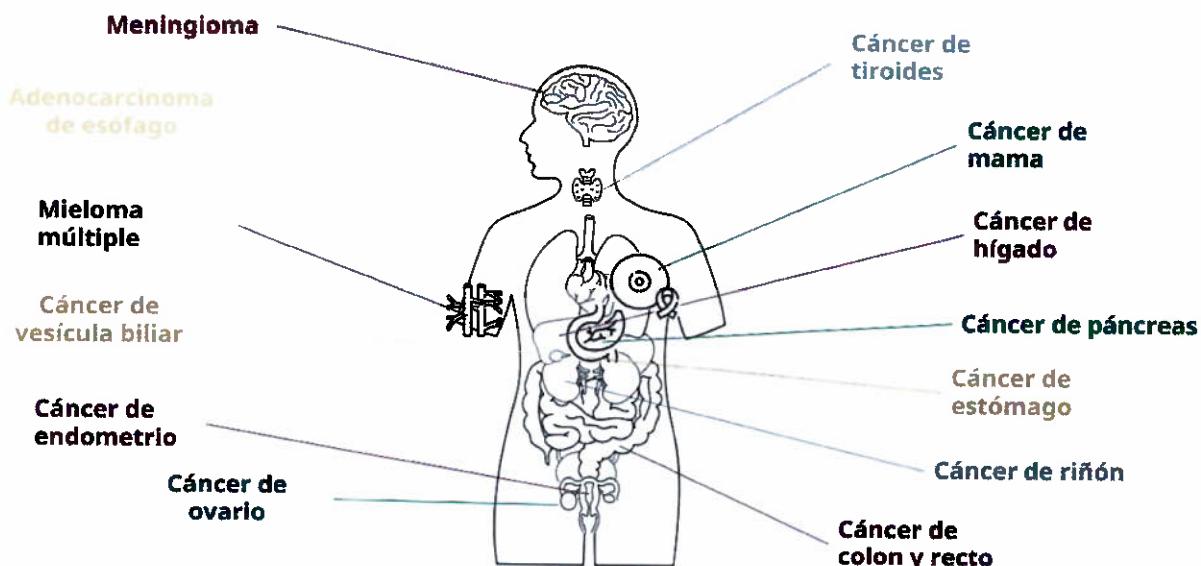


convinciente de la relación entre obesidad y diversas neoplasias⁴³. La inflamación crónica de bajo grado ocasionada por la obesidad, que se presenta como consecuencia del incremento del tejido adiposo, es un factor determinante que conlleva a una serie de pasos caracterizados por la producción de citoquinas, quimioquinas, diversas interleucinas y factores de crecimiento que resultan en la adquisición de mutaciones oncogénicas y crecimiento tumoral^{44,45}.

Las personas con obesidad no solo poseen mayor posibilidad de desarrollar cáncer, sino que también tienen un peor pronóstico ya que presentan mayor riesgo de enfermedad metastásica y menor tiempo de remisión⁴⁴.

Entre las neoplasias asociadas se encuentran: meningioma, adenocarcinoma de esófago, mieloma múltiple, riñón, endometrio, ovario, tiroides, mama, hígado, vesícula biliar, estómago, páncreas, colon y recto⁴³⁻⁴⁵.

Figura 2. Neoplasias asociadas con obesidad y sobrepeso.





Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

Fuente: Adaptada de U.S. Department of Health and Human Services. National Institutes of Health. National Cancer Institute, U.S., 2022. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/cancer/causas-prevencion/riesgo/obesidad/hoja-informativa-obesidad>.

2. Alteraciones físico-mecánicas

2.1 Síndrome de Hipoventilación en Obesidad (SHO o Síndrome de Pickwick)

Enfermedad respiratoria de las personas que viven con obesidad que causa niveles bajos de oxígeno y aumento del dióxido de carbono (CO_2) en sangre, estando la persona despierta⁴⁶.

Detección por síntomas	Periodicidad
<ul style="list-style-type: none">Sensación de falta de aireAletargamiento o soñolencia durante el día (en especial si también tiene apnea del sueño)MareoFatiga o cansancio extremoCefalea matutina	Anual

Criterios diagnósticos ⁴⁶
IMC >30 kg/m ²
Presencia de hipercapnia PaCO_2^* >45 mmHg diurna
Hipoxemia PaCO_2 <75 mmHg diurna
Alteración del patrón respiratorio relacionado al sueño
Ausencia de cualquier otra causa de hipoventilación

* PaCO_2 , presión parcial de dióxido de carbono en sangre arterial

2.2 Síndrome de Apnea Hipopnea Obstructiva del Sueño (SAHOS)

Episodios recurrentes de limitación del paso del aire durante el sueño, secundarios a alteraciones de tipo anatómico y funcional⁴⁷.

Detección	Periodicidad
	25



- Cuestionario de Berlín (Anexo 6)
- Escala STOP-BANG (Anexo 7)
- Medición de la circunferencia del cuello ajustada

Anual

Criterios diagnósticos con polisomnografía⁴⁸

Anormal: Índice apnea/hipopnea (IAH) ≥ 5 por hora de sueño acompañado de los siguientes factores: excesiva somnolencia durante el día, sueño no reparador, cansancio excesivo y/o deterioro de la calidad de vida relacionada con el sueño, no justificables por otras causas

Alteración leve: IAH de 5 a 14 por hora de sueño

Alteración moderada: IAH 15 y 29 por hora de sueño

Alteración severa: IAH ≥ 30 por hora de sueño

2.3 Insuficiencia Cardíaca

Síndrome de disfunción ventricular que compromete la contractilidad cardíaca, el rendimiento ventricular y los requerimientos de oxígeno⁴⁹.

Detección	Periodicidad
<ul style="list-style-type: none"> • Disnea paroxística nocturna • Fatiga • Edema maleolar • Péptidos natriuréticos: valores de ≥ 125 pg/ml de NT-pro BNP (450pg/ml en >75 años) y ≥ 35 pg/ml para BNP • Electrocardiograma: búsqueda de cardiopatía subyacente como Hipertrofia Ventricular Izquierda, bloqueos, arritmias, isquemia, entre otros • Radiografía de tórax: signos de redistribución vascular (dilatación venosa en campos pulmonares superiores), edema intersticial y 	Anual



**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

edema alveolar, cardiomegalia y dilatación del ventrículo izquierdo
(Una radiografía de tórax normal no excluye el diagnóstico)

Criterios diagnósticos⁵¹

Diagnóstico: 2 criterios mayores o 1 criterio mayor + 2 menores

Criterios mayores:

- Disnea paroxística nocturna
- Edema agudo de pulmón
- Ingurgitación yugular
- Estertores
- Cardiomegalia
- Tercer tono
- Aumento de presión venosa
- Reflujo hepatoyugular
- Pérdida de peso <4.5kg en 5 días en respuesta al tratamiento

Criterios menores*:

- Edema en miembros inferiores
- Tos nocturna
- Disnea de esfuerzo
- Hepatomegalia
- Derrame pleural
- Taquicardia >120 latidos/ minuto.

*Los criterios menores solo son aceptables si no pueden ser atribuidos a otras condiciones médicas (como ascitis, cirrosis, síndrome nefrótico, hipertensión pulmonar, enfermedad pulmonar crónica)

Criterio diagnóstico por ecocardiografía⁴⁹

IC con fracción de eyección disminuida	IC con fracción de eyección intermedia	IC con fracción de eyección preservada
Fracción de eyección ≤40%	Fracción de eyección 41-49%	Fracción de eyección ≥50%
Dilatación del ventrículo izquierdo		
Dilatación de la aurícula izquierda		



2.4 Insuficiencia Venosa

Condición patológica que se caracteriza por el compromiso del retorno venoso debido a anormalidades de la pared venosa y valvular, lo cual lleva a una hipertensión, pudiendo o no presentar reflujo⁵².

Detección	Periodicidad
<p>Examen físico en la superficie de la piel en búsqueda de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Telangiectasias y venas reticulares• Irregularidades o abultamientos• Hiperpigmentación• Atrofia blanca• Lipodermatoesclerosis• Úlceras	Anual

Criterios diagnósticos
<ul style="list-style-type: none">• Presencia de síntoma en extremidades inferiores: Pesantez, prurito, cansancio, espasmos musculares nocturnos• Manifestaciones clínicas cutáneas desde telangiectasias hasta datos más avanzados como fibrosis y úlceras• Prueba de Brodie-Trendelenburg y Perthes positiva*• Ecodoppler con patrones de insuficiencia venosa superficial, profunda y/o de comunicantes, presencia o no de patrones de reflujo safeno o no safeno⁵³

*La Prueba de Brodie-Trendelenburg y Perthes se con la persona decúbito supino con la pierna flexionada a nivel de la cadera y elevada por arriba del nivel de corazón, aplicar un torniquete que oprima a nivel de la vena safena (sin obstruir el flujo de la femoral), con la persona de pie, observar el grado de llenado. **Negativo:** con el torniquete las venas se llenan en 30 segundos y al retirarlo, se aumenta el llenado. **Positivo:** las venas se mantienen colapsadas 30 segundos con el torniquete puesto y al retirarlo se llenan rápidamente desde arriba.



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

2.5 Hernias de la pared abdominal

Protrusión de un órgano intraabdominal (con mayor frecuencia el intestino, el epiplón u otra víscera como la vejiga) fuera de la cavidad abdominal, ya sea por un orificio natural o una zona debilitada de la pared⁵⁴.

Detección	Periodicidad
<p>Examen físico en búsqueda de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Protrusiones en presencia de aumento de la presión intraabdominal (maniobra de Valsalva)• Presencia de defectos en la pared abdominal durante la palpación⁵⁵	Anual

Criterios diagnósticos ⁵⁴
<ul style="list-style-type: none">• Presencia de protrusión a la exploración en bipedestación o con maniobra de Valsalva⁵⁶• Ultrasonido de tejidos blandos con presencia de saco herniario que atraviesa un defecto en la pared abdominal o en su caso la dilatación del anillo inguinal⁵⁷

2.6 Sarcopenia y Disminución de la Densidad Mineral Ósea (Osteoporosis)

Sarcopenia: Condición caracterizada por la pérdida excesiva de masa magra y fuerza; se asocia con discapacidad física, mortalidad y pérdida significativa de la calidad de vida⁵⁸.

Detección	Periodicidad
<ul style="list-style-type: none">• Cuestionario SARC-F (Anexo 8) En caso de un resultado con alta probabilidad de sarcopenia realizar:• Escala SARCO-GS (Anexo 9)	Cada 6 meses

Criterios diagnósticos ⁵⁹		
Fuerza muscular:	Hombres:	Mujeres:



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

• Dinamometría de mano	<27 kg o >15 segundos	<16 kg o >15 segundos
Masa magra: • ALM*	<20 kg o <7 kg/m ²	<15 kg o <5.5 Kg/m ²
Desempeño físico: • SPPB* • Prueba cronometrada levántate y anda • Caminata de 400 metros	≤8 puntos = desempeño físico bajo o ≥20 segundos o ≥6 minutos	
*ALM: masa magra apendicular; SPPB: Batería corta de desempeño físico		

Clasificación

- **Sarcopenia probable:** Fuerza de presión baja
- **Sarcopenia confirmada:** Fuerza de presión baja + masa magra baja
- **Sarcopenia severa:** Fuerza de presión baja + masa muscular baja + función física reducida

Osteoporosis: Enfermedad ósea metabólica progresiva que disminuye la densidad mineral ósea (masa ósea por unidad de volumen), con deterioro de la estructura del hueso⁶⁰.

Detección	Periodicidad
• Cuestionario FRAX (Anexo 10)	• Individualizar para cada persona

Criterios diagnósticos⁶¹

Densitometría ósea:

- **Osteopenia:** entre -1 y -2,5 DE
- **Osteoporosis:** valores inferiores a -2,5 DE⁶¹



**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

2.7 Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico (ERGE)

Resulta de la incompetencia o disfunción del tono del esfínter esofágico inferior o presencia de relajaciones transitorias no relacionadas con la deglución, que permiten el retorno del contenido gástrico hacia el esófago⁶².

Detección	Periodicidad
<ul style="list-style-type: none"> Cuestionario sobre la enfermedad por reflujo gastroesofágico (GerdQ) (Anexo 11) 	Anual

Síntomas de ERGE	
Típicos	Atípicos
<ul style="list-style-type: none"> Pirosis/acidez (diurna o nocturna) Regurgitación (diurna o nocturna) Exceso de saliva ácida 	<ul style="list-style-type: none"> Náuseas, eructos* Digestión lenta, saciedad precoz* Dolor epigástrico* Distensión* Vómitos Dolor de pecho (precordial) Síntomas respiratorios (tos, sibilancias, rinosinusitis crónica) Síntomas otorrinolaringológicos (ronquera, dolor faríngeo, sensación de nudo en la garganta) Despertar temprano Despertar nocturno, pesadillas

*Se puede considerar que están asociados con ERGE si los síntomas mejoran en respuesta al tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP)

Criterios diagnósticos ⁶²	
Prueba diagnóstica	Indicación
La presencia de síntomas de pirosis/acidez y/o regurgitación 2 o más veces por semana sugiere ERGE	



Tratamiento empírico con Inhibidores de la Bomba de Protones ("Prueba con INBP")	<ul style="list-style-type: none">• Síntomas clásicos, sin rasgos de alarma• Dispepsia no estudiada
Endoscopia	<ul style="list-style-type: none">• Síntomas de alarma, detección de personas con alto riesgo, dolor torácico• Diferencia entre Esofagitis Erosiva (EE) y Enfermedad por Reflujo No Erosiva (ERNE)• Diagnóstica otras causas o síntomas gastrointestinales altos
Biopsia esofágica	<ul style="list-style-type: none">• Descartar otras causas aparte de ERGE que expliquen los síntomas• Sospecha de Enfermedad de Barrett (SEME*)
Biopsia gástrica	<ul style="list-style-type: none">• Estado desconocido de H. pylori en personas sometidos a esófago gastroduodenoscopía por síntomas gastrointestinales altos
Manometría esofágica	<ul style="list-style-type: none">• Trastornos de motilidad con endoscopia negativa que no responden a la terapia con IBP
Monitoreo de pH o impedancia	<ul style="list-style-type: none">• Síntomas atípicos• Síntomas de reflujo gastroesofágico resistente a IBP
Deglución de bario	<ul style="list-style-type: none">• Evaluación de disfagia• Caracterización anatómica del esófago y estómago (incluida la presencia de hernia hiatal o paraesofágicas)

EE, esofagitis erosiva; EGD, esófago gastroduodenoscopía; SEME, sospecha endoscópica de metaplasia esofágica; ERGE, enfermedad por reflujo gastroesofágico; GI, gastrointestinal; IBP, inhibidores de la bomba de protones



2.8 Alteraciones de columna lumbar (lumbalgia)

Condición clínica que se manifiesta por dolor o malestar localizado en la región lumbar. Este síntoma tiene etiología variada y no representa la manifestación específica de cierto factor causal⁶³.

Criterios diagnósticos ⁶³	
Radiografías simples	<ul style="list-style-type: none">• Escoliosis• Lordosis patológica• Espondilolistesis con y sin espondilosis• Cuerpos vertebrales anormales por: Alteraciones morfológicas o cambios en la densidad ósea• Espacios intervertebrales: reducidos de amplitud o ensanchados• Láminas, pedículos, procesos transversos y espinosos• Facetas articulares• Pars interarticulares• Agujeros intervertebrales• Tejidos blandos paravertebrales
Mielografía	<ul style="list-style-type: none">• Deformidad del saco dural• Amputación de una o varias vainas radiculares con desaparición de la zona "axilar"• Reducción en la amplitud de la columna del medio de contraste inyectado en el espacio subaracnoidal• Bloqueo completo al paso del contraste subaracnoidal
Tomografía computarizada	Detección de alteraciones en la densidad de las estructuras que conforman la columna vertebral, diferenciando estructuras normales óseas, discos intervertebrales, ligamentos, grasa, líquido y músculos, entre otros tejidos
Resonancia magnética	Detección de alteraciones morfológicas y en la intensidad de la señal de la región lumbo sacra, en particular en la óptima evaluación de aspectos relacionados con la integridad y



condiciones de la estructura tisular de los segmentos vertebrales, discos intervertebrales y tejidos blancos paravertebrales, incluyendo grasa, ligamentos y músculos

2.9 Alteraciones biomecánicas articulares: Osteoartritis (OA)

Grupo heterogéneo de condiciones que conducen a síntomas y signos articulares, los cuales se asocian con defectos en la integridad del cartílago articular, además de cambios relacionados con el hueso subcondral y con los márgenes articulares, siendo las articulaciones diartrodiales las que presentan mayor afección como: rodillas, cadera y manos^{64,65}.

Criterios de clasificación osteoartritis de rodilla ^{64,65}		
Clínico	Clínico - Radiológico	Clínico - Laboratorio
Dolor en la rodilla +		
Al menos 3 de los siguientes:	Radiografía con osteofitos y al menos 1 de los siguientes:	Al menos 5 de los siguientes:
<ul style="list-style-type: none">• Edad >50 años• Rigidez matinal de <30 min• Crepitaciones óseas• Sensibilidad ósea• Engrosamiento óseo de la rodilla• Sin aumento de temperatura local al palpar	<ul style="list-style-type: none">• Edad >50 años• Rigidez <30 min• Crepitación	<ul style="list-style-type: none">• Edad >50 años• Rigidez <30 min• Crepitación• Ensanchamiento óseo• Sin aumento de temperatura local• VSG <40 mm/h• FR <1:40• Signos de osteoartritis en líquido sinovial

VSG: velocidad de sedimentación glomerular, FR: factor reumatoide





**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

Criterios de clasificación osteoartritis de cadera <small>SL65</small>	
Clínico	Clínico, Radiológico y Laboratorio
	Dolor de cadera +
1.	Al menos 2 de los siguientes:
<ul style="list-style-type: none"> • Rotación interna <15° • VSG <45 mm/H 	<ul style="list-style-type: none"> • VSG <20 mm/h • Osteofitos en la radiografía • Estrechamiento del espacio articular en la radiografía
2.	
<ul style="list-style-type: none"> • Rotación interna <15° • Rigidez matutina <60 min • Edad >50 años • Dolor a rotación interna 	
VSG: velocidad de sedimentación glomerular	

Criterios de clasificación osteoartritis de mano	
Clínico	
	Dolor en mano o rigidez +
Al menos 3 o 4 de los siguientes:	
<ul style="list-style-type: none"> • Reacción hipertrófica secundaria del tejido óseo articular de 2 o más de las 10 articulaciones interfalángicas indicadas • Reacción hipertrófica secundaria del tejido óseo articular de 2 o más interfalángicas distales • Menos de 3 articulaciones metacarpofalángicas con datos de inflamación • Deformidad en al menos 1 de las 10 articulaciones seleccionadas indicadas 	
Las 10 articulaciones indicadas son:	
2 ^a a 5 ^a interfalángicas distales	
2 ^a a 5 ^a interfalángicas proximales	
Interfalángica única del pulgar y trapecio-metacarpiana de ambas manos	



2.10 Incontinencia urinaria

Condición caracterizada por la pérdida involuntaria de orina, causada por esfuerzo, por urgencia o ambas⁶⁶.

Detección	Periodicidad
• Cuestionario ICQ-SF (Anexo 12)	Anual

Criterios diagnósticos ^{67,68}		
Con base en la sintomatología		De esfuerzo: pérdida de orina al toser, reír o estornudar, inclinarse, durante el ejercicio físico, levantar objetos pesados y las relaciones sexuales
De urgencia: Necesidad repentina e intensa de orinar seguida de una pérdida involuntaria de orina		
Mixta: combinación de síntomas de incontinencia de esfuerzo y de urgencia		
Maniobra de Valsalva	Pérdida de orina en posición ginecológica y con vejiga llena	
	Uroflurometría	<ul style="list-style-type: none">• Tiempo de micción >20 s• Volumen miccional V: <150 ml (hay que considerar que, a mayor peso, mayor capacidad vesical)• Flujo máximo Qmax: Obstrucción leve <15ml/s Obstrucción moderada<10 ml/s Obstrucción grave < 5 ml/s• Residuo postmiccional RPM >150ml
Estudio urodinámico	Cistomanometría en fase de continencia	<ul style="list-style-type: none">• Sensación: aumentada con menos de 100 ml• Capacidad vesical: <500 ml• Acomodación vesical: con cambios (aumento) en la presión del detrusor



		<ul style="list-style-type: none"> Actividad del detrusor: cualquier contracción del detrusor antes de la fase de vaciado Función uretral: Incompetente: escape de orina en ausencia de contracción del detrusor Incontinencia de esfuerzo: escape involuntario de orina durante el aumento de la presión abdominal y en ausencia de contracción del detrusor
	Estudio de flujo de presión	<ul style="list-style-type: none"> De la actividad del detrusor: Índice de contractilidad débil <100 De la actividad de la uretra: índice de obstrucción del tracto de salida >40

2.11 Fascitis plantar

Consiste en dolor en la zona de inserción de la fascia plantar y del calcáneo que puede asociarse a obesidad, artritis y espondilopatías⁶⁹

Detección	Periodicidad
<ul style="list-style-type: none"> Dolor en la planta del pie y concretamente en la parte inferior del talón 	Anual

Criterios diagnósticos ⁶⁹	
Exploración física	<ul style="list-style-type: none"> Dolor cuando se palpa en la región inferior del talón, la región anteromedial del calcáneo y/o a lo largo de la fascia plantar. Se incrementa a la dorsiflexión forzada del pie y de los dedos, con la extensión de la rodilla al tensar la aponeurosis plantar y al caminar sobre las puntas de los dedos



**Ecografía y resonancia
magnética**

- Cambios en la morfología de la fascia plantar (engrosamiento)

3. Alteraciones Psico-sociales

3.1 Depresión/ansiedad

Depresión: Trastorno mental frecuente cuya sintomatología incluye: anhedonia, tristeza, pérdida de interés, sentimiento de culpa, pobre autoestima, trastornos del sueño y alimentación, cansancio, fatiga y problemas cognitivos [falta de atención y memoria principalmente]⁷⁰.

Ansiedad: (Del latín *anxietas*, “angustia, aflicción”) es la más común y universal de las emociones, es una sensación o un estado emocional normal ante determinadas situaciones y que constituye una respuesta habitual a diferentes situaciones cotidianas estresantes. Tan solo cuando sobrepasa cierta intensidad o supera la capacidad adaptativa de la persona, es cuando la ansiedad se convierte en patológica y provoca malestar significativo con síntomas que afectan tanto el plano físico, como psicológico y conductual⁷¹.

Detección	Periodicidad
<ul style="list-style-type: none"> • Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD, por sus siglas en inglés) (Anexo 13) • Autoinforme de trastornos relacionados con la ansiedad en niños (SCAReD) (Anexo 14) 	Anual

Criterios diagnósticos de episodio depresivo⁷²

	Leve	Moderado	Grave	Distimia
Síntomas principales: 1. Humor depresivo 2. Pérdida de interés y disfrute	2 síntomas	2 síntomas	Los 3 síntomas	Estado de ánimo deprimido continuo o recurrente



(apatía y anhedonia)				
3. Fatigabilidad (cansancio)				
Otros síntomas:				
<ul style="list-style-type: none">• Disminución de la atención y concentración• Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad• Ideas de culpa y de ser inútil (incluso en episodios leves)• Perspectiva sombría del futuro• Pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones• Trastornos del sueño• Pérdida del apetito	Al menos 2 síntomas	3 o 4 síntomas	Al menos 4 síntomas	Al menos 2 síntomas
Intensidad de los síntomas	Ninguno en grado intenso	Varios en grado intenso (no esencial si son muchos)	Intensidad grave	Menor que leve



Interferencia: dificultad para llevar a cabo su vida social y laboral	Alguna dificultad	Bastante dificultad	Dificultad extrema	Alguna dificultad
Duración	Al menos dos semanas		>2 años	

Criterios diagnósticos de ansiedad

Presencia de 6 de 22 criterios del HAD, al menos en un periodo de 6 meses

1. Ansiedad y preocupaciones excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolonga más de 6 meses
2. Dificultad para controlar la preocupación

3. La ansiedad o preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses).

Nota: en niñas y niños solo se requiere uno de los siguientes síntomas:

- Inquietud o impaciencia
- Fatigabilidad fácil
- Dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

4. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento

5. La perturbación no se explica mejor por otro trastorno mental (como el trastorno de pánico, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno de estrés postraumático, entre otros)

6. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una substancia (drogas o fármacos) o a una enfermedad médica (hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo



3.2 Alteración de la imagen corporal/autoestima

Imagen corporal: Es una representación mental del cuerpo en función de la conciencia de cada persona, es decir, la autoimagen es aquello que la persona piensa de sí mismo y cómo se percibe físicamente. Está conformada por elementos perceptivos, subjetivos, y conductuales; se puede modificar de acuerdo con la edad y se ve influida por los estándares socioculturales⁷⁴.

La imagen formada en la mente no necesariamente representa al cuerpo fidedignamente. Cuando una imagen corporal no coincide con el cuerpo de la persona es que podemos hablar de distorsión o alteración de la imagen corporal⁷⁴.

Autoestima: La palabra se compone de auto, que es un prefijo del griego autos; que significa “uno mismo”, “por sí mismo” y estima, que significa, “consideración”, “aprecio”, “valorar”, “considerar”⁷⁵.

Tener autoestima significa tener un concepto positivo de uno mismo, un sentimiento de que es digno, agradable y competente. La autoestima puede verse como una función o componente de la personalidad. En este caso la autoestima se considera como parte de uno mismo o sistema del self, normalmente vinculada a la motivación y/o autorregulación⁷⁵.

Detección	Periodicidad
Imagen corporal: Standard Figural Stimuli (SFS) (Anexo 15)	
Autoestima: Escala de Autoestima Rosenberg (EAR) (Anexo 16)	Anual

3.3 Hambre emocional

Es un mecanismo psicológico que se expresa en una conducta. Es decir, es el impulso para comer desmedidamente alimentos que, en la mayoría de las veces responden a los antojos de la persona, para consolarse, colmar un vacío, compensar el aburrimiento o atenuar tristeza, estrés, desolación y en ocasiones por sentimiento de



abandono, gratificación o incluso por autodesprecio. La persona busca un falso bienestar con alimentos, y como consecuencia suele provocar culpabilidad o descontento ya que la comida no logra el beneficio buscado⁷⁶.

Detección	Periodicidad
• Cuestionario Comedor Emocional Garaulet (CCE) (Anexo 17)	Anual

3.4 Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR): Bulimia nerviosa, Trastorno de atracones (TCA)

Bulimia nerviosa: Trastorno que consiste en atracones y en métodos compensatorios inapropiados (vómito provocado, el abuso de fármacos laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo) para evitar la ganancia de peso; además, la autoevaluación de las personas con bulimia nerviosa se encuentra excesivamente influida por la silueta y el peso corporal⁷⁷.

Trastorno de atracones: Trastorno que se caracteriza, como su nombre lo indica, por un estilo de alimentación fundamentado por el comportamiento compulsivo a través de atracones, donde la característica principal es la pérdida de control sobre lo que se come. Este trastorno se define por ser un trastorno del comportamiento alimentario caracterizado por la presencia regular de atracones, al menos una vez a la semana durante tres meses, vividos con descontrol y malestar, los cuales no se intenta compensar con otras conductas, como vómitos, ejercicio físico, laxantes o ayuno⁷⁸.

Detección	Periodicidad
• Cuestionario de Conductas Alimentarias de Riesgo (CAR) (Anexo 18)	Anual

Criterios diagnósticos bulimia nerviosa

1. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:





- Ingestión, en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un periodo similar en circunstancias parecidas
 - Sensación de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio
2. Comportamientos compensatorios inapropiados recurrentes para evitar el aumento de peso, como el vómito autoprovocado, el uso incorrecto de laxantes, diuréticos u otros medicamentos, el ayuno o el ejercicio excesivo
3. Los atracones y los comportamientos compensatorios inapropiados se producen, de promedio, al menos 1 vez a la semana durante 3 meses
4. La autoevaluación se ve indebidamente influida por la constitución y el peso corporal
5. La alteración no se produce exclusivamente durante los episodios de anorexia nervosa

Especificar la gravedad actual:

La gravedad mínima se basa en la frecuencia de comportamientos compensatorios inapropiados. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional

- **Leve:** un promedio de 1-3 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana
- **Moderado:** un promedio de 4-7 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana
- **Grave:** un promedio de 8-13 episodios de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana
- **Extremo:** un promedio de 14 episodios o más de comportamientos compensatorios inapropiados a la semana

Criterios diagnósticos trastorno de atracones

1. Episodios recurrentes de atracones. Un episodio de atracón se caracteriza por los dos hechos siguientes:
- Ingestión, en un periodo determinado, de una cantidad de alimentos que es claramente superior a la que la mayoría de las personas ingerirían un periodo similar en circunstancias parecidas



<ul style="list-style-type: none">● Sensación de pérdida de falta de control sobre lo que se ingiere durante el episodio
2. Los episodios de atracones se asocian a tres (o más) de los hechos siguientes: <ul style="list-style-type: none">● Comer mucho más rápidamente de lo normal● Comer hasta sentirse desagradablemente lleno● Comer grandes cantidades de alimentos cuando no se sientes hambre físicamente● Comer solo debido a la vergüenza que se siente por la cantidad que se ingiere● Sentirse luego a disgusto con uno mismo, deprimido o muy avergonzado
3. Malestar intenso respecto a los atracones
4. Los atracones se producen, de promedio, al menos 1 vez a la semana durante 3 meses
5. El atracón no se asocia a la presencia recurrente de un comportamiento compensatorio inapropiado, como en bulimia nerviosa, y no se produce exclusivamente en el curso de bulimia o anorexia nervosas
Especificar la gravedad actual: La gravedad mínima se basa en la frecuencia de los episodios de atracones. La gravedad puede aumentar para reflejar otros síntomas y el grado de discapacidad funcional <ul style="list-style-type: none">● Leve: 1-3 atracones a la semana● Moderado: 4-7 atracones a la semana● Grave: 8-13 atracones a la semana● Extremo: 14 o más atracones a la semana

3.5 Adicciones

Una adicción es una enfermedad física y psicoemocional; es una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación (codependencia)⁷⁹.

Aunque el estudio entre la asociación del consumo de alcohol y la obesidad no es nuevo; existen muchos esfuerzos por explicar dicha asociación. Se puede partir del hecho que, 1 gr de alcohol proporciona 7.1 kcal. El aumento de la ingesta de energía





a través del consumo de alcohol puede ciertamente promover un balance de energía positivo y en última instancia, el aumento de peso⁸⁰.

Trastornos por Consumo de Alcohol (TCA): Es un trastorno adictivo que se caracteriza por la pérdida de control sobre el consumo de esta sustancia, y la persistencia en su consumo a pesar de las repercusiones negativa que genera a la persona que lo padece. Es considerado un trastorno complejo de etiología multifactorial, donde se produce una interacción de factores biológicos, psicológicos y ambientales-sociales⁸¹.

Detección	Periodicidad
• Test AUDIT (Anexo 19)	Anual

Criterios diagnósticos⁸¹

Patrón problemático de consumo de alcohol que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por 2 de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consume alcohol con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de alcohol
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir alcohol, consumirlo o recuperarse de sus efectos
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir alcohol
5. Consumo recurrente de alcohol que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, escuela u hogar
6. Consumo continuado del alcohol a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos del alcohol
7. El consumo de alcohol provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio
8. Consumo recurrente de alcohol en situaciones en las que provoca un riesgo físico



9. Se continúa con el consumo de alcohol a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrentes probablemente causado o exacerbado por el alcohol

10. Tolerancia, definida por alguno de los siguientes hechos:

- Una necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
- Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de alcohol

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los siguientes hechos:

- Presencia del síndrome de abstinencia característico del alcohol
- Se consume alcohol para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia

Especificar la gravedad actual:

- **Leve:** presencia de 2-3 síntomas
- **Moderado:** presencia de 4-5 síntomas
- **Grave:** presencia de 6 o más síntomas

3.6 Estigma y discriminación

Estigma: Estigmatizar significa atribuir a alguien una característica que le devalúa o le degrada. Le subyace un proceso cognitivo aprendido, a partir de la propia experiencia e información que transmite el contexto, mediante en que se construyen juicios elementales (o prejuicios) acerca de los otros⁸².

Detección	Periodicidad
• Escala de Internalización del Estigma de Peso (Anexo 20)	Anual

Variables:

- Edad, sexo, estado civil y etnia
- Situación laboral, nivel de estudios e ingresos anuales
- Peso, altura, IMC y realización previa de cirugía bariátrica
- Comorbilidades asociadas: diabetes, dislipidemia, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares
- Autopercepción del peso





Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

Discriminación: Discriminar denota la dimensión conductual de la estigmatización, y supone dar un trato diferencial a alguien por el hecho de asumir que posee algunas características que le ubica en una cierta "categoría de persona"⁸².

Discriminación en obesidad: formas explícitas de prejuicios relacionados con el peso y trato injusto (conductas sesgadas) hacia las personas que viven con un mayor peso corporal.⁸⁴

(Véase: *Guía para Prevenir el Estigma y la Discriminación en Personas que Viven con Sobrepeso y Obesidad del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar disponible en: Guía para Prevenir el Estigma y Discriminación en Personas que Viven con Sobrepeso u Obesidad)*)

3.7. Estatus socioeconómico

Incluye uno o varios indicadores que reflejan directa o indirectamente las condiciones materiales de vida y el lugar dentro de la jerarquía social. La medición del SES en algunos casos se basa en un índice multidimensional conformado por el nivel educativo, situación laboral e ingreso neto de los hogares⁸⁵.

Estudios coinciden en que las modificaciones en los hábitos de consumo de alimentos y de gasto energético, se basan en fenómenos que exceden la conducta individual e involucran fenómenos sociales, como la urbanización, la incorporación creciente de la mujer en el mercado laboral y cambios en precios relativos entre alimentos saludables y no saludables⁸⁶.

La literatura sugiere que en los países industrializados la prevalencia de obesidad es más significativa en los grupos de bajos ingresos, mientras que en los países en desarrollo los grupos de más altos ingresos tienen mayores probabilidades de desarrollar obesidad⁸⁶.



Recomendaciones para prevenir comorbilidades en personas que viven con obesidad.

Los objetivos principales en el tratamiento de la obesidad son prevenir complicaciones o tratar las complicaciones, en el caso que estén presentes, así como mejorar la calidad de vida. La pérdida de peso corporal por se no se considera una prioridad. La modificación del estilo de vida, por medio de educación de la persona mejorará la eficacia terapéutica y la motivación para el cambio a largo plazo. Permitiendo aumentar y mantener las habilidades y destrezas que ayudarán a convivir con la enfermedad⁸⁷.

Nutrición y conductas alimentarias.

Recomendaciones generales de nutrición y conductas alimentarias

1. Alimentación saludable:

- Disminuir densidad energética: cuidar el número y tamaño de las porciones de los alimentos que se consumen
- Comer alimentos de todos los grupos todos los días
- Aumentar el consumo de verduras frescas en todas nuestras comidas
- Consumir 2 frutas al día, de preferencia frescas, de temporada y con cáscara
- Preferir el consumo de cereales integrales o granos enteros (tortilla de maíz, avena, amaranto, pan integral, pasta integral)
- Disminuir el consumo de carne de res y carnes procesadas (2 veces por semana)
- Fomentar el consumo de frijoles, lentejas, garbanzos y habas
- Aumentar el consumo de agua natural (8 vasos al día)
- Disminuir el consumo de grasas, principalmente saturadas y trans
- Disminuir el consumo de bebidas azucaradas
- Disminuir el consumo de azúcar y sal
- Evitar el consumo de alimentos ultraprocesados

2. Evitar snacks de alimentos y saltarse comidas



- 3. Comer en respuesta a tus sensaciones de hambre y dejar de comer al sentir saciedad; evitar comer si no presentas hambre y evitar terminar la comida si presentas la sensación de estar lleno**
- 4. Comer despacio: la sensación de saciedad aparece alrededor de 20 minutos después de comenzar a comer**
- 5. Alimentación consciente:**
 - Tomarse un momento para relajarse, escuchar su música favorita y anticipar la comida
 - Sentarse a comer a la mesa, evitando realizar otras actividades (televisión, teléfono, tableta, etc.)
 - Ser consciente de cómo la sensación de hambre disminuye progresivamente en el transcurso del consumo de alimentos
 - Comer despacio y disfrutar, prestar atención a aromas, sabores, texturas y temperatura de los alimentos
 - Dejar de comer al sentir saciedad y el placer de comer disminuya
- 6. Realizar registro alimentos, para tomar conciencia del comportamiento con la comida e identificar factores desencadenantes de ingesta de alimentos cuando no se tiene hambre**

Actividad Física y sedentarismo

La modificación del comportamiento sedentario no requiere cambios inmediatos, sino la suma de pequeños pasos que, de forma constante, generan un impacto positivo en la salud. Por lo que, existen estrategias clave para interrumpir los períodos de inactividad, integrar movimiento en la vida diaria y adaptar la actividad física a cada persona. Para quienes viven con obesidad y sus comorbilidades, estas estrategias son esenciales para mejorar la calidad de vida y reducir el riesgo de morbi-mortalidad^{90,91}.

1. Evitar el sedentarismo

Se recomienda disminuir al máximo el tiempo total frente a pantallas, especialmente en actividades de ocio (televisión, celular, videojuegos). Una estrategia práctica es interrumpir el tiempo sentado al menos cada 2 horas,



poniéndose de pie y caminando por al menos 5 a 10 minutos. Estas pausas ayudan a mejorar la circulación, reducir la rigidez muscular y favorecer el control glucémico⁹².

Asimismo, se aconseja fomentar actividades cotidianas más activas, como:

- Usar las escaleras en lugar del elevador.
- Caminar trayectos cortos en lugar de utilizar el automóvil.
- Optar por la bicicleta como medio de transporte.
- Realizar tareas domésticas que impliquen movimiento (limpieza, jardinería, ordenar espacios)^{92,93}.

2. Romper el sedentarismo

Para las personas que viven con obesidad y sus comorbilidades es fundamental integrar pausas de movimiento a lo largo de la jornada, considerando su capacidad física y posibles limitaciones articulares o musculares. Algunas estrategias útiles son⁹⁴:

- **Snacks de ejercicio:** breves episodios de actividad física de 1 a 5 minutos, realizados cada 1 a 4 horas. Ejemplos: subir y bajar escaleras, marchar en el lugar, saltar la cuerda o realizar sentadillas asistidas. Estos "microentrenamientos" mejoran la condición cardiorrespiratoria y favorece la disminución de niveles de insulina, glucosa y lípidos⁹⁵.
- **Pausas activas:** consisten en estiramientos, ejercicios de movilidad articular y respiración profunda durante el trabajo o estudio. Además de aliviar la tensión muscular y mejorar la postura, favorecen la oxigenación cerebral y reducen el estrés⁹⁶.
- **Incrementar la actividad física:** se recomienda aumentar de manera progresiva la frecuencia e intensidad de los movimientos. Esto puede lograrse caminando más rápido, prolongando el tiempo de las pausas activas o incorporando ejercicios sencillos con bandas elásticas o mancuernas ligeras⁹⁷.



3. Prescripción de actividad física

La actividad física debe adaptarse a las necesidades, capacidades físicas, comorbilidades y etapa de cambio conductual. Lo ideal es iniciar con actividades de bajo impacto (como caminata, bicicleta estática, natación o aquagym) que reduzcan el riesgo de lesiones articulares y permitan una mayor adherencia (Figura 3)^{91,97,98}.

Figura 3. Pirámide de la actividad física.



Fuente: Adaptada de Sociedad Española de Cardiología; Fundación Española del Corazón. Septiembre 2022⁹⁹.

Aspectos psicológicos y sociales

Intervención conductual^{82,84,85}

- Automonitordeo
- Establecer objetivos
- Educación (sesiones grupales)
- Estrategias para resolución de problemas
- Control de estímulos
- Reducción de estrés
- Restructuración cognitiva



- Entrevista motivacional
- Movilización de estructuras de apoyo social
- Evaluación psicológica, asesoramiento, y tratamiento si lo requiere
- Adecuada higiene del sueño: modificaciones de los hábitos que rodean la hora de dormir, así como el horario de dormir y despertarse
Las recomendaciones actuales sugieren al menos 7 horas de sueño continuo hasta un máximo de 9 horas
- Evitar el consumo de tabaco
- Limitar el consumo de alcohol

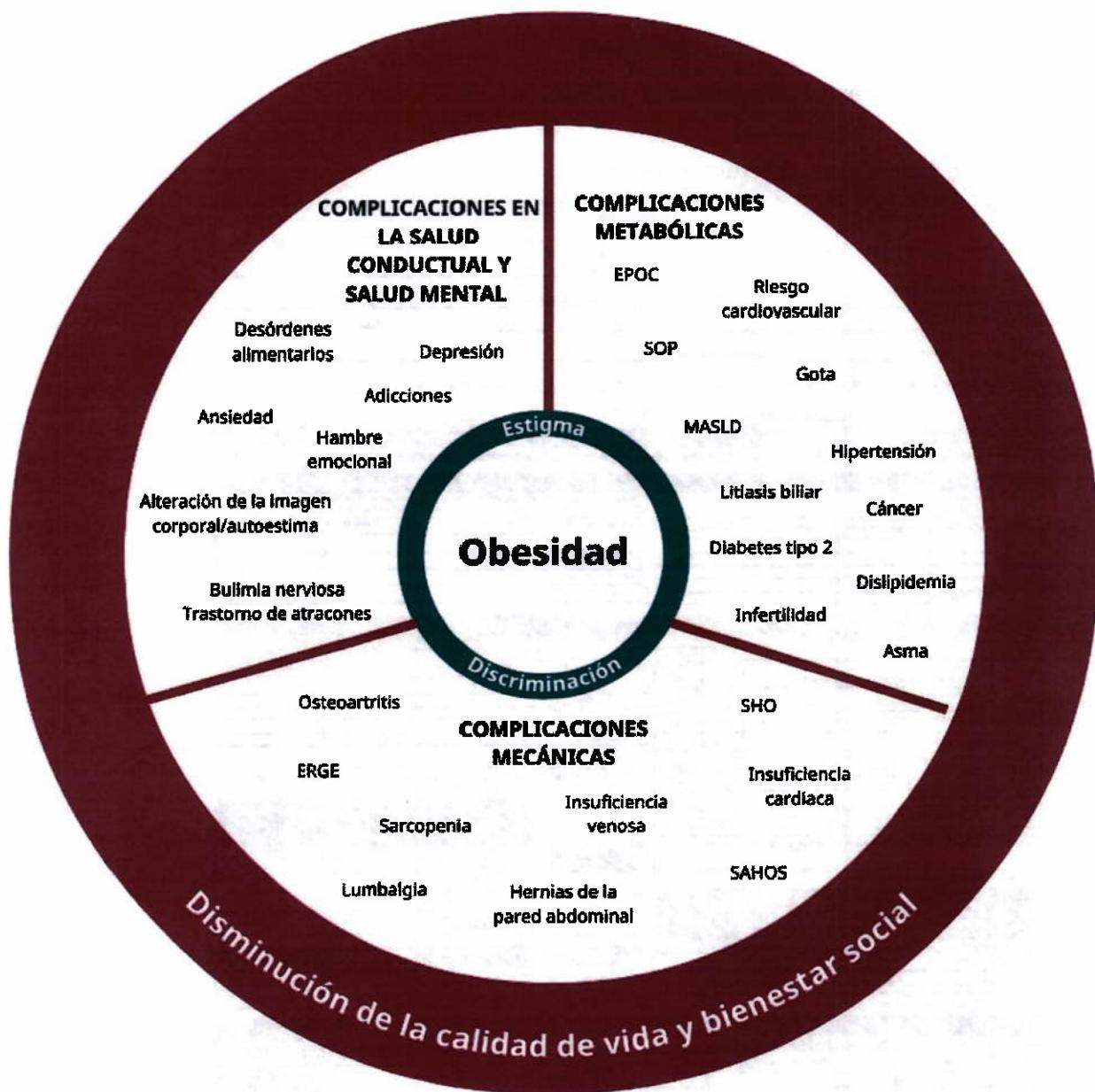
Conclusiones

La obesidad impacta profundamente la salud y el bienestar de quienes la padecen, con efectos que abarcan categorías metabólicas, anatómicas (mecánicas) y psicológicas (mentales-sociales) (Figura 4).

La complejidad de estas interacciones subraya la importancia de una evaluación integral en la detección de comorbilidades asociadas. Además, el estigma y la discriminación que enfrentan las personas con obesidad contribuyen a la disminución de su calidad de vida y bienestar social¹⁰⁰.

Esta Guía resalta la necesidad de abordar la obesidad como enfermedad caracterizada por una disfunción del tejido adiposo y abordar la enfermedad de manera integral para mejorar la calidad de vida y el BIENESTAR de las personas.

Figura 4. Las complicaciones del amplio alcance de la obesidad.



Fuente: Adaptado de Ildiko Lingvay, Ricardo V Cohen, Carel W le Roux, Priya Sumithran, agosto 2024¹⁰⁰.



Gobierno de
México

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD

Anexos

Anexo 1. Cuestionario de Factores de Riesgo



Gobierno de
México

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

IB/UAS/6/F/0007

Cuestionario de Factores de Riesgo

Jurisdicción Sanitaria:	CLUES:	Unidad Médica:	Fecha: / /
Nombre: _____ <small>número, i. y primer apellido. Apellido apellido</small>	CURP: _____	Edad: _____	Sexo: _____
Fecha de nacimiento: / /	Entidad de nacimiento: _____	Domicilio: _____	
Derechobeneficiencia: Sí/No	IMSS ISSSTE Otro, especifique: _____	Número de afiliación: _____	
Atromexicano: _____	Indígena: _____	Migrante: _____	Tel / Cel: _____

La detección integrada de enfermedades cardíaco metabólicas a través del Cuestionario de Factores de Riesgo no constituye un diagnóstico, en caso de identificar un nivel de riesgo alto será necesario realizar confirmación diagnóstica. El Cuestionario no se aplica a personas con diagnóstico conocido de esas enfermedades.

Detección de Riesgo Obesidad			Detección de Riesgo Hipertensión Arterial				
Reportar las medidas antropométricas Cálculo IMC = Peso(kg) / Talla(m) ²			Tomar la medida en ambos brazos y postoperatoria desmediciones más en el brazo con las cifras más altas, separadas 1 minuto entre mediciones. Registrarlas a continuación:				
Anotar: mes/año	Primeras detección	Segunda detección	Tercera detección	Anotar: mes/año	Primeras detección	Segunda detección	Tercera detección
Peso (kg)	/	/	/	/	/	/	/
Talla(m)	/	/	/	/	/	/	/
IMC (kg/m ²)	/	/	/	/	/	/	/
Circunferencia de Cintura (cm)	/	/	/	/	/	/	/

Detección de Riesgo Diabetes Mellitus			Detección de Riesgo Dislipidemia			
Circula la respuesta que se ajusta a la condición de la persona			En caso de obtener cifras en riesgo elevadas y presentar factores de riesgo, realizar detección con periodicidad anual o trianual de acuerdo a criterio del profesional de salud.			
Preguntas:						
1. Si su IMC se ubica en: Normal: 0 Sobrepeso: 6 Obesidad: 10	5	14 0	Anotar: mes/año	Primeras detección	Segunda detección	
2. Circunferencia de cintura: Mujer: > 80cm Hombre: > 90cm	10 0	10 0	Colesterol total (mg/dl)	/	/	
3. ¿Realiza ejercicios de 160 min (2.5h) de actividad física a la semana?	6 0	6 0	Triglicéridos (mg/dl)	/	/	
4. Tiene 45 años o edad o más	10 0	10 0	C - HDL (mg/dl)	/	/	
5. ¿Algun(a) de sus hermanas(s) vive o vivió con diabetes?	1 0	1 0	C - LDL (mg/dl)	/	/	
6. ¿Su padre o madre vive o vivió con diabetes?	1 0	1 0	C - VLDL (mg/dl)	/	/	
7. En caso de ser mujer: ¿(mejor respuesta) con más de 4 kg de peso al nacer o con peso > 2.5 kg al nacer, o antecedentes de diabetes gestacional?	4 0	4 0	Cálculo C-HDL: (siempre que los niveles de triglicéridos se encuentren menores de 400 mg/dl) C-LDL= Colesterol total - [C-HDL + triglicéridos/5]; si los triglicéridos son superiores a 400 mg/dl se realizará cálculo C-HDL= Colesterol total - C-VLDL			
Anotar: mes/año	Primeras detección	Segunda detección	Tercera detección			
Asalto puntaje obtenido	/	/	/			
< 10 puntos: riesgo bajo	2-10 puntos: riesgo alto					
Independientemente del puntaje: El presente historial, polifármaco, polihipo y pérdida de peso; determinar glucosa en sangre y ayuno						
Betas condición:	Ayuno	Casual	Ayuno	Casual	Ayuno	Casual
Ansiedad (mg/dl)						

Si el resultado de la determinación fue: Glucosa en ayuno >100 mg/dl o Glucosa casual >140 mg/dl, referir al médico para que practique otra prueba para confirmar o descartar el diagnóstico de diabetes mellitus.

Seguimiento de la detección integrada			
De acuerdo con la cifra anterior, ¿La detección fue positiva?	Mejorado / / Mes/Año	Confirmación diagnóstica* / / Mes/Año	Ingreso / / Mes/Año
Diabetes	SI No SI No SI No	/ / /	/ / /
Hipertensión arterial	SI No SI No SI No	/ / /	/ / /
Dislipidemia	SI No SI No SI No	/ / /	/ / /
Obesidad	SI No SI No SI No	No aplica	/ /

*Para el caso de: confirmación diagnóstica e ingreso a tratamiento, considerar que para realizar el reparto de información la persona tiene que regresar en el tiempo establecido por el área médica con los datos necesarios.

Si se realizó confirmación diagnóstica de uno o más padecimientos, no será necesario aplicar nuevamente el cuestionario en el futuro. Durante el seguimiento médico, se deberá llevar a cabo la búsqueda intencionada de comorbilidades y/o complicaciones. Consultar los Lineamientos para la detección integrada de enfermedades cardiometaabólicas en el primer nivel de atención para obtener información adicional.



**Gobierno de
México**

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

Anexo 2. Cuestionario CAPTURE

		Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) Unidad de Atención a la Salud
Cuestionario CAPTURE		

			Fecha de Aplicación:
Nombre(s): Apellido Paterno: Apellido Materno:			Número de Expediente:
Sexo:	Estado Civil:	Ocupación:	Fecha Nacimiento: Edad:
Procedencia:	Contacto Familiar:	Nombre del Familiar:	
Establecimiento de Salud:		CLUES:	
Personal de Salud que aplica la herramienta de detección: Nombre(s):	Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Cédula Profesional:

Instrucciones: para cada pregunta, marque con una X dentro de la casilla con la respuesta más adecuada para usted. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Responda cada pregunta:	No	Sí
¿Alguna vez ha vivido o trabajado en un lugar con aire contaminado o sucio, con humo, con humo de cigarrillo o polvo?		
¿Su forma de respirar cambia con la época del año, el clima o la calidad del aire?		
¿Su forma de respirar hace más difícil cargar cosas pesadas, palear tierra o nieve, jugar tenis o nadar?		
¿Comparándose con personas de su edad se cansa fácilmente?		
Por favor responda la siguiente pregunta:	0	1
En los últimos 12 meses, ¿Cuántas veces ha dejado de ir al trabajo, a la escuela u otras actividades debido a gripas (resfriados), bronquitis o neumonías?		2 o más

Interpretación de Resultados		
0-2 = bajo riesgo		
3-6 = alto riesgo (realizar espirometría)		

Referencia: Lineamientos de Enfermedades Respiratorias Crónicas CENAPRECE (página 34) (smnyct.org)



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD

Anexo 3. Cuestionario para Personas Menores de 18 años con Sospecha de Asma

Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar
(IMSS-BIENESTAR)
Unidad de Atención a la Salud

Cuestionario para Personas Menores de 18 años con Sospecha de Asma

				Fecha de Aplicación:
Nombre(s):		Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Número de Expediente:
Sexo:	Estado Civil:	Ocupación:	Fecha Nacimiento:	Edad:
Procedencia:	Contacto Familiar:	Nombre del Familiar:		
Establecimiento de Salud:		CLUES:		
Personal de Salud que aplica la herramienta de detección: Nombre(s):		Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Cédula Profesional:

Si la persona es menor de edad y sospecha que tiene Asma, hágale las siguientes preguntas tal cual como están escritas:

1. ¿Alguna vez su hija o hijo ha tenido silbidos o chiflidos en el pecho en el pasado?	Sí	No
2. ¿Ha tenido su hija o hijo alguna vez Asma?	Sí	No
3. En los últimos 12 meses ¿Ha tenido su hija o hijo tos seca por la noche que no haya sido por resfriado o Infección?	Sí	No

Niña, niño o adolescente que presenta respuesta afirmativa en pregunta 1 (sibilancias) o que no haya presentado sibilancias, pero tenga respuestas afirmativas en las preguntas 2 y 3 es candidato para realizar espirometría forzada.

Referencia: Lineamientos nacionales para el manejo de las enfermedades respiratorias crónicas, en el primer nivel de atención del sector salud; en México (enfermedad pulmonar obstructiva crónica, asma, enfermedad fibrosante de pulmón y cáncer de pulmón) CENAPRECE 2022.



**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

Anexo 4. Cuestionario para Personas Mayores de 18 años con Sospecha de Asma

	Gobierno de México	IMSS BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD	Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) Unidad de Atención a la Salud		
Cuestionario para Personas Mayores de 18 años con Sospecha de Asma					

					Fecha de Aplicación:
Nombre(s):		Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Número de Expediente:	
Sexo:	Estado Civil:	Ocupación:	Fecha Nacimiento:	Edad:	
Procedencia:		Contacto Familiar:	Nombre del Familiar:		
Establecimiento de Salud:			CLUES:		
Personal de Salud que aplica la herramienta de detección: Nombre(s):		Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Cédula Profesional:	

1. ¿Alguna vez en su vida ha tenido silbido de pecho?		Sí	No
2. ¿Cuántas veces le ha silbado el pecho en los últimos 12 meses?		Más de 12	
Ninguna	1 a 3	4 a 12	
3. En los últimos 12 meses ¿Qué tan frecuente se ha despertado por la noche debido al silbido de pecho?		Más de 1 vez a la semana	
Nunca	Menos de 1 vez a la semana		
4. En los últimos 12 meses ¿El silbido de pecho le ha provocado una falta de aire que haya tenido que hacer pausas para hablar?		Sí	No
5. ¿Alguna vez le han dicho que tiene Asma?		Sí	No
6. En los últimos 12 meses ¿Alguna vez le ha silbado el pecho después de hacer ejercicio o alguna actividad física?		Sí	No
7. En los últimos 12 meses ¿Ha tenido tos seca durante la noche no relacionada con gripe?		Sí	No

Persona que presente dos o más respuestas afirmativas es candidato(a) a la realización de espirometría forzada con broncodilatador.

Referencia: Lineamientos nacionales para el manejo de las enfermedades respiratorias crónicas, en el primer nivel de atención del sector salud en México. (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, Asma, Enfermedad Fibrosante de Pulmón y Cáncer de Pulmón) CENAPRECE 2023.



**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

Anexo 5. Cuestionario Diagnóstico de Gota para la Atención Primeria

		Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) Unidad de Atención a la Salud		
Cuestionario Diagnóstico de Gota para la Atención Primaria				

				Fecha de Aplicación:
Nombre(s):		Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Número de Expediente:
Sexo:	Estado Civil:	Ocupación:	Fecha Nacimiento:	Edad:
Procedencia:		Contacto Familiar:	Nombre del Familiar:	
Establecimiento de Salud:		CLUES:		
Personal de Salud que aplica la herramienta de detección: Nombre(s):		Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Cédula Profesional:

Puntuación	
1. Sexo asignado al nacer: Hombre	2
2. Ataque de gota (auto declarado)	2
3. Afectación de primera articulación metatarsofalángica	0.5
4. Inflamación máxima en 1 día	1
5. Eritema sobre la articulación	2.5
6. Comorbilidad: hipertensión o enfermedad cardiovascular	1.5
7. Concentración de urato en plasma >5.88 mg/dl	3.5
Máximo 13 puntos	

≤4 puntos: GOTAS IMPROBABLE

≥8 puntos: GOTAS PROBABLE

*Angina, Infarto de Miocardio, Insuficiencia Cardiaca, Accidente Cerebrovascular,
Ataque Isquémico Transitorio o Enfermedad Vascular Periférica.

Abreviaturas: mg= miligramo; dl= decilitro.

RESULTADO= _____

Referencia: Ruiz, F. P. (n.d.). *GPC para el manejo de la gota GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA PARA EL MANEJO DE LA GOTA*



Gobierno de
México

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

Anexo 6. Cuestionario de Berlín

Gobierno de México		Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) Unidad de Atención a la Salud		
Cuestionario de Berlín				
				Fecha de Aplicación:
Nombre(s):		Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Número de Expediente:
Sexo:	Estado Civil:	Ocupación:	Fecha Nacimiento:	Edad:
Procedencia:		Contacto Familiar:	Nombre del Familiar:	
Establecimiento de Salud:				CLUES:
Personal de Salud que aplica la herramienta de detección: Nombre(s):		Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Cédula Profesional:

Peso: ____ Kg Estatura: ____ m IMC: ____ Kg/m² Circunferencia de cuello: ____ cm

Por favor marque con una "X" la letra que corresponda a la respuesta correcta.

Primera categoría:

1. ¿Su peso ha cambiado en los últimos 5 años?
 - a. Aumentado
 - b. Disminuido
 - c. No ha cambiado.
2. ¿Usted ronca?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. No sabe si usted ronca
3. ¿Su ronquido es?
 - a. Ligeramente más fuerte que respirar
 - b. Tan fuerte como hablar
 - c. Más fuerte que hablar
4. ¿Con qué frecuencia ronca?
 - a. Todas las noches
 - b. 3-4 veces por semana
 - c. 1-2 veces por semana
 - d. 1-2 veces por mes
 - e. nunca o casi nunca
5. ¿Alguna vez su ronquido ha molestado a otras personas?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. No sabe

Segunda categoría:

6. ¿Ha notado alguien que usted deja de respirar cuando duerme?
 - a. Casi todas las noches
 - b. 3-4 veces por semana
 - c. 1-2 veces por semana
 - d. 1-2 veces por mes
 - e. Nunca o casi nunca
7. ¿Se siente cansado o fatigado al levantarse por la mañana después de dormir?
 - a. Casi todos los días
 - b. 3-4 veces por semana
 - c. 1-2 veces por semana
 - d. 1-2 veces por mes
 - e. Nunca o casi nunca
8. ¿Se siente cansado o fatigado durante el día?
 - a. Casi todos los días
 - b. 3-4 veces por semana
 - c. 1-2 veces por semana
 - d. 1-2 veces por mes
 - e. Nunca o casi nunca



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD



Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar
(IMSS-BIENESTAR)
Unidad de Atención a la Salud

Cuestionario de Berlin

Tercera categoría:

9. ¿Alguna vez se ha sentido somnoliento o se ha quedado dormido mientras va de pasajero en un carro o maneja un vehículo?
a. Sí b. No
Si la respuesta es Sí, ¿Con qué frecuencia ocurre esto?
a. Casi todos los días b. 3-4 veces por semana c. 1-2 veces por semana d. 1-2 veces por mes
10. ¿Usted tiene presión alta?
a. Sí b. No c. No sabe

Cada categoría se considera positivas si:

Ha respondido al menos dos preguntas afirmativas en la primera categoría.

Respondió al menos dos preguntas afirmativas en la segunda categoría.

Respondió al menos una pregunta afirmativa en la tercera categoría, o tiene un IMC >30kg/m²

Interpretación de Resultados
Alto riesgo: Si 2 o más categorías son positivas
Bajo riesgo: Si solo 1 categoría es positiva

Referencia: Rosario, E., De, S., Cruz, L., Cuadra López, M., & Acaña, D. M. (n.d.). Comparación del cuestionario de Berlin y de la escala de somnolencia de Epworth en pacientes con sospecha de apnea obstructiva del sueño. 2021.



**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

Anexo 7. Cuestionario STOP-BANG

				Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) Unidad de Atención a la Salud	
Cuestionario STOP-BANG					
			Fecha de Aplicación:		
Nombre(s): _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____			Número de Expediente: _____		
Sexo: _____	Estado Civil: _____	Ocupación: _____	Fecha Nacimiento: _____	Edad: _____	
Procedencia: _____		Contacto Familiar: _____	Nombre del Familiar: _____		
Establecimiento de Salud: _____			CLUES: _____		
Personal de Salud que aplica la herramienta de detección: Nombre(s): _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____			Cédula Profesional: _____		

Marque con una x la respuesta correcta

	Sí	No
1. ¿Ronca fuerte? Tan fuerte que se escucha a través de puertas cerradas o su pareja le codesa por roncar de noche		
2. ¿Se siente con frecuencia cansado, fatigado o somnoliento durante el día? Por ejemplo, se queda dormido mientras conduce o habla con alguien		
3. ¿Alguien lo observó dejar de respirar o ahogarse/ quedarse sin aliento mientras dormía?		
4. ¿Tiene o está recibiendo tratamiento para la presión arterial alta?		
5. ¿Presenta un índice de masa corporal de más de 35 kg/m ² ?		
6. ¿Tiene más de 50 años?		
7. ¿El tamaño de su cuello es grande? (Medido alrededor de la manzana de Adán)		
8. Si es hombre: ¿El cuello de su camisa mide 43 cm o más?		
9. Si es mujer: ¿El cuello de su camisa mide 41 cm o más?		
10. ¿Su sexo asignado al nacer es hombre?		

BAJO RIESGO DE SAHOS: Respondió Sí a 0-2 preguntas

RIESGO INTERMEDIO DE SAHOS: Respondió Sí a 3-4 preguntas

ALTO RIESGO DE SAHOS: Respondió Sí a 5-8 preguntas o

- Si respondió "Sí" a 2 o más de las primeras 4 preguntas y es del sexo hombre
- Si respondió "Sí" a 2 o más de las primeras 4 preguntas y su IMC es de más de 35 kg/m²
- Si respondió "Sí" a 2 o más de las primeras 4 preguntas y la circunferencia de su cuello es 43 cm en hombres y 41 cm en mujeres.

RESULTADO: _____

Referencias: Chung F et al. Anesthesiology 2008; 108:812-21, Chung F et al Br J Anaesth 2012; 108:763-75, Chung F et al J Clin Sleep Med Sept 2014



Gobierno de
México

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD

Anexo 8. Cuestionario SARC-F



Gobierno de
México

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

IB/LIAS/6/F/0037

SARC-F

Objetivo:

Identificar la presencia de probable sarcopenia en la persona mayor.

Instrucciones:

Aplique el cuestionario, marcando la puntuación para cada pregunta. Sume los puntos, anote el puntaje total y marque la interpretación que corresponda.

Datos de la persona

Nombre completo: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Preguntas		Puntaje
<i>Strength</i> (Fuerza)	¿Qué tanta dificultad tiene para llevar o cargar 4.5 kg?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz = 2
<i>Assistance inwalking</i> (Asistencia para caminar)	¿Qué tanta dificultad tiene para cruzar caminando por un cuarto?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha, usando auxiliares o incapaz = 2
<i>Rise from chair</i> (Levantarse de una silla)	¿Qué tanta dificultad tiene para levantarse de una silla o cama?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha, incapaz o con ayuda = 2
<i>Climb stairs</i> (Subir escaleras)	¿Qué tanta dificultad tiene para subir 10 escalones?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz = 2
<i>Falls</i> (Caídas)	¿Cuántas veces se ha caído en el último año?	Ninguna = 0 1-3 caídas = 1 4 o más caídas = 2

Puntuación total: _____

Interpretación

Alta probabilidad de sarcopenia = 4 o más puntos.

Baja probabilidad de sarcopenia = 1 a 3 puntos.

Referencias:

- Tomado de: Parra-Rodríguez L, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the spanish-language version of the SARC-F to assess sarcopenia in mexican community-dwelling older adults. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(12):1142. PMID: 27815111.
- Fuente: 74. Instrumento SARC-F.pdf (inger.gob.mx)

Este material está registrado bajo licencia Creative Commons International, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Gobierno de
México

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

Anexo 9. Escala SARCO-GS



Gobierno de
México

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Escala SARCO-GS

Nombre: _____	Apellido paterno: _____	Apellido materno: _____
Número de expediente: _____	Edad: _____	Sexo: _____ Fecha: / /
Unidad médica: _____	Estado civil: _____	Ocupación: _____
Personal de salud que aplica la herramienta de detección: _____	Cédula profesional: _____	
Nombre: _____	Apellido paterno: _____	Apellido materno: _____

Dimensiones	Ítems	Categorías	Puntaje
Velocidad de la marcha subjetiva	1. Desde hace 3 meses ¿Ha notado que camina...	Nada lento (normal) Un poco lento Muy lento o incapaz	0 1 2
Medición subjetiva de fuerza muscular	2. ¿Cuánta fuerza tiene para cargar algo pesado de 4 kg o más? Ejemplo: cargar una cubeta o barrica o garrafón lleno de agua o cargar dos bolsas de mandado o supermercado	Mucha Poca	0 1
	3. ¿Cuánta dificultad tiene para subir un piso de escaleras?	Nada o incapaz	2
Medición subjetiva de cantidad de masa muscular	4. En los últimos 3 meses: ¿Ha notado que sus piernas y/o brazos han enflaquecido?	Ninguna Poca Mucho	0 1 2
	5. En los últimos 3 meses: ¿Ha notado que sus piernas y/o brazos están más flacos o delgados comparado con las personas de su misma edad?	Nada Poco Mucho	0 1 2
Medición objetiva de fuerza muscular	6. Prueba de levantarse de la silla 5 veces	<15 segundos >16 segundos Mujer: >33 cm Hombre: >34 cm	0 2 0
Medición objetiva de masa muscular	7. Circunferencia de pantorrilla	Mujer: <33 cm Hombre: <34 cm	2

Clasificación e interpretación:

Sarcopenia = ≥ 3 puntos

Referencia: Rosas-Carrasco G, Omella-Guzmán J, García-Gómez Iez Al and Luno-Lo Pez A (2023) Development and validation of a Sarcopenia Geriatric Scale (SARCO-GS): a new short scale for the screening of sarcopenia. *Front. Endocrinol.* 14:115236. doi: 10.3389/fendo.2023.115236.



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

**Anexo 10. Cuestionario para la Detección de Riesgo de Fracturas por Osteoporosis
CENAPRECE**



Gobierno de
México

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

IB/UAS/6/F/0039

**Cuestionario para la Detección de Riesgo de Fracturas por Osteoporosis
CENAPRECE**

Fecha: _____ / _____ / _____	Nombre: _____				
F. Nac. _____	Edad: _____	Peso: _____ (kg)	Talla: _____ (m)	IMC: _____	Sexo: H / M
Domicilio: calle _____	No ext. _____	No int. _____	Col: _____		
Localidad: _____	Mpio. _____	Estado: _____			
Teléfono: _____	CP: _____				

Este cuestionario se aplica a personas de 50 años en adelante, permite identificar el riesgo para fractura por osteoporosis. En las preguntas siguientes marque con una X en la columna correspondiente a la respuesta dada por la persona entrevistada.

PREGUNTAS	Sí	No
1. ¿Ha tenido una fractura previa? (fractura de vértebras o fémur sin trauma severo)	1	0
2. Antecedentes ¿Madre o padre ha tenido fractura de cadera?	1	0
3. ¿Fuma actualmente?	1	0
4. ¿Utiliza glucocorticoides o los ha tomado por más de 3 meses?	1	0
5. ¿Le han diagnosticado artritis reumatoide?	1	0
6. ¿Presenta osteoporosis secundaria? (se incluye a aquellas personas que padecen diabetes tipo I, osteogénesis imperfecta del adulto, hipertiroidismo no tratado durante largo tiempo, hipogonadismo o menopausia prematura (< 45 años), malnutrición o malabsorción o hepatopatía crónicas)	1	0
7. ¿Toma 3 o más copas diarias de alcohol? (1 dosis = a 8-10 g de alcohol) Cerveza (285 ml), copa de licor (30 ml), copa de vino (120 ml), copa de aperitivo (60 ml).	1	0
RESULTADO: Sume el total de los puntos y compare en la tabla correspondiente, para lo cual requiere cruzar la edad, el IMC de la persona entrevistada y el puntaje obtenido. En caso de obtener 7 puntos, serán considerados igual a 6 para comparación en la tabla.	TOTAL	

Fuente: CENAPRECE, adaptación del FRAX, 2015.

En caso de obtener alto riesgo, consulte la Guía de Osteoporosis. Pueden ser consultadas en:
http://www.cenaprece.salud.gob.mx/programas/interior/portada_manuales.html



**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**



**Gobierno de
México**

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

IB/UAS/6/F/0039

TABLA DE RIESGO DE FRACTURAS EN POBLACIÓN DE 50 Y MÁS AÑOS.

EDAD	FACTORES DE RIESGO	IMC													
		15-19		20-24		25-29		30-34		35-49		40-44		45 y MÁS	
		M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
50-54	B. R	0-3	0-4	0-4	0-5	0-5	0-6	0-5	0-6	0-6	0-6	0-6	0-6	0-6	0-6
	A. R	4-6	5-6	5-6	6	6	6								
55-59	B. R	0-3	0-4	0-4	0-5	0-5	0-6	0-5	0-6	0-5	0-6	0-6	0-6	0-6	0-6
	A. R	4-6	5-6	5-6	6	6	6	6	6						
60-64	B. R	0-2	0-4	0-3	0-4	0-4	0-5	0-4	0-6	0-5	0-6	0-6	0-6	0-6	0-6
	A. R	3-6	5-6	4-6	5-6	5-6	6	5-6	6						
65-69	B. R	0-2	0-3	0-3	0-4	0-4	0-5	0-5	0-6	0-5	0-6	0-5	0-6	0-6	0-6
	A. R	3-6	4-6	4-6	5-6	5-6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
70-74	B. R	0-1	0-3	0-2	0-3	0-3	0-4	0-3	0-5	0-3	0-5	0-4	0-6	0-5	0-6
	A. R	2-6	4-6	3-6	4-6	4-6	5-6	4-6	6	4-6	6	5-6	6	5-6	6
75-79	B. R	0-1	0-2	0-1	0-3	0-2	0-3	4-2	0-4	0-3	0-4	0-3	0-5	0-4	0-5
	A. R	2-6	3-6	2-6	4-6	3-6	4-6	3-6	5-6	4-6	5-6	4-6	6	5-6	6
80-84	B. R	0	0-2	0-1	0-2	0-2	0-3	0-2	0-3	0-3	0-4	0-3	0-4	0-4	0-5
	A. R	1-6	3-6	2-6	3-6	3-6	4-6	3-6	4-6	4-6	5-6	4-6	5-6	5-6	6
85-89	B. R	0	0-2	0-1	0-2	0-2	0-3	0-2	0-3	0-3	0-4	0-3	0-4	0-3	0-5
	A. R	1-6	3-6	2-6	3-6	3-6	4-6	3-6	4-6	4-6	5-6	4-6	5-6	4-6	6
90 Y MÁS	B. R	0	0-2	0-1	0-2	0-2	0-3	0-2	0-3	0-2	0-4	0-3	0-4	0-3	0-5
	A. R	1-6	3-6	2-6	3-6	3-6	4-6	3-6	4-6	3-6	5-6	4-6	5-6	4-6	6

B.R= Bajo riesgo. Se registra como negativo; A.R= Alto riesgo. Se registra como positivo; Cálculo de Índice de Masa Corporal (IMC). Peso en kg/ talla en m². (EJEMPLO: 60.5KG/(1.60mX 1.60m)= 60.5kg/2.56m²= 23.4375. El IMC es de 23.4)

Referencia: CENAPRECE, adaptación del FRAX, 2015. OGC_CENAPRECE_Digital_100217.pdf (salud.gob.mx)



Gobierno de
México

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

Anexo 11. Cuestionario de Detección de Reflujo Gastroesofágico (GerdQ)

Gobierno de México	IMSS BIENESTAR	Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) Unidad de Atención a la Salud
Cuestionario de Detección de Reflujo Gastroesofágico (GerdQ)		

Nombre(s): Apellido Paterno: Apellido Materno:			Fecha de Aplicación:
Sexo:	Estado Civil:	Ocupación:	Número de Expediente:
Procedencia:	Contacto Familiar:	Fecha Nacimiento: Edad:	
Nombre del Familiar:		Establecimiento de Salud:	
CLUES:		Personal de Salud que aplica la herramienta de detección: Nombre(s): Apellido Paterno: Apellido Materno: Cédula Profesional:	

Instrucciones:

Tomando en consideración lo que has sentido en los últimos 7 días, contesta cada una de las preguntas subrayando la respuesta correcta.

1. ¿Con qué frecuencia has tenido sensación de ardor detrás del pecho en los últimos 7 días?
 - a. Nunca (0 puntos)
 - b. 1 día (1 punto)
 - c. 2-3 días (2 puntos)
 - d. 4-7 días (3 puntos)
2. ¿Con qué frecuencia has notado que el contenido del estómago (líquido o alimento) te sube a la garganta o a la boca (regurgitación) en los últimos 7 días?
 - a. Nunca (0 puntos)
 - b. 1 día (1 punto)
 - c. 2-3 días (2 puntos)
 - d. 4-7 días (3 puntos)
3. ¿Con qué frecuencia has sentido algún dolor en la boca del estómago en los últimos 7 días?
 - a. Nunca (3 puntos)
 - b. 1 día (2 puntos)
 - c. 2-3 días (1 punto)
 - d. 4-7 días (0 puntos)
4. ¿Con qué frecuencia has tenido náuseas en los últimos 7 días?
 - a. Nunca (3 puntos)
 - b. 1 día (2 puntos)
 - c. 2-3 días (1 punto)
 - d. 4-7 días (0 puntos)



Gobierno de
México

 **IMSS BIENESTAR**
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**



Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar
(IMSS-BIENESTAR)
Unidad de Atención a la Salud

Cuestionario de Detección de Reflujo Gastroesofágico (GerdQ)

5. ¿Con qué frecuencia tuviste problemas para dormir bien por la noche a causa de acidez o regurgitación en los últimos 7 días?
 - a. Nunca (0 puntos)
 - b. 1 día (1 punto)
 - c. 2-3 días (2 puntos)
 - d. 4-7 días (3 puntos)
6. En los últimos 7 días ¿Con qué frecuencia tomaste medicamentos adicionales para la acidez y/o la regurgitación, además de los que te indicó el médico? Ejemplo: Antidiácos
 - a. Nunca (0 puntos)
 - b. 1 día (1 punto)
 - c. 2-3 días (2 puntos)
 - d. 4-7 días (3 puntos)

Interpretación de Resultados
0-2 = Probabilidad baja
3-7 = Probabilidad media
8-10 = Probabilidad alta
11-18 = Probabilidad muy alta

Referencia: Merlo, M. S., Jaramillo, M. A., Regino, W. D., Alonso, M., & Zuleta, G. (2013). Validación del cuestionario de reflujo gastroesofágico "GERDQ" en una población colombiana. *Revista Colombiana de Gastroenterología*, 24(3), 199-206.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=50120&idj=20130003&lng=es&tlng=es



**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

Anexo 12. Cuestionario de Incontinencia Urinaria (ICIQ-SF)



**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

IB/UAS/6/F/0033

**Cuestionario de Incontinencia Urinaria
(ICIQ-SF)**

Nombre:	Apellido paterno:	Apellido materno:
Número de expediente:	Edad:	Sexo: / /
Unidad médica:	Estado civil:	Ocupación:
Procedencia:	Nombre del familiar:	Contacto familiar:
Personal de salud que aplica la herramienta de detección:	Cádula profesional:	
Nombre:	Apellido paterno:	Apellido materno:

El ICIQ-SF (International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida.

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (Marque sólo una respuesta)	
Nunca	0
Una vez a la semana	1
2-3 veces / semana	2
Una vez al día	3
Varias veces al día	4
Continuamente	5

2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (Tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta	
No se me escapa nada	0
Muy poca cantidad	2
Una cantidad moderada	4
Mucha cantidad	6

3. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?										
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Mucho
Nada										

4. ¿Cuándo pierde orina? Marque con una X todo lo que le pase a usted	
Nunca	
Antes de llegar al servicio	
Al toser o estornudar	
Mientras duerme	
Al realizar esfuerzos físicos / ejercicio	
Cuando termina de orinar y ya se ha vestido	
Sin motivo evidente	
De forma continua	

Interpretación de Resultados	
SIN AFECTACIÓN	0 puntos
AFFECTACIÓN LEVE	1 a 5 puntos
AFFECTACIÓN MODERADA	6 a 12 puntos
AFFECTACIÓN SEVERA	13 a 18 puntos
AFFECTACIÓN MUY SEVERA	19 a 21 puntos

Referencia: ICIQ_SF.pdf (neu.es)



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD

Anexo 13. Escala de Ansiedad y Depresión

		Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) Unidad de Atención a La Salud		
Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD)				
				Fecha de Aplicación:
Nombre(s):		Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Número de Expediente:
Sexo:	Estado Civil:	Ocupación:	Fecha Nacimiento:	Edad:
Procedencia:	Contacto Familiar:	Nombre del Familiar:		
Establecimiento de Salud:		CLUES:		
Personal de Salud que aplica la herramienta de detección: Nombre(s):		Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Código Profesional:

Lea cada pregunta cuidadosamente y subraye la respuesta que mejor describa cómo se ha sentido en la última semana.

1. Me siento tenso(a) o nervioso(a).
Nunca= 0 puntos
A veces= 1 punto
Muchas veces= 2 puntos
Todos los días= 3 puntos
2. Sigo disfrutando de las cosas como siempre.
Como siempre = 0 puntos
No lo bastante= 1 punto
Solo un poco= 2 puntos
Nada= 3 puntos
3. Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder.
Nada = 0 puntos
Un poco, pero me preocupa= 1 punto
Sí, pero no es muy fuerte= 2 puntos
Definitivamente, y es muy fuerte= 3 puntos
4. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas.
Al igual que siempre lo hice= 0 puntos
No tanto ahora= 1 punto
Casi nunca= 3 puntos
Nunca= 3 puntos
5. Tengo la cabeza llena de preocupaciones.
Solo en ocasiones= 0 puntos
A veces, aunque no muy a menudo= 1 punto
Con bastante frecuencia= 2 puntos
La mayoría de las veces= 3 puntos



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD



Gobierno de
México



Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar
(IMSS-BIENESTAR)
Unidad de Atención a la Salud

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD)

6. **Me siento alegre.**
Casi siempre= 0 puntos
A veces= 1 punto
No muy a menudo= 2 puntos
Nunca= 3 puntos
7. **Soy capaz de permanecer sentado(a), tranquilo(a) y relajado(a).**
Siempre= 0 puntos
Por lo general= 1 punto
No muy a menudo= 2 puntos
Nunca= 3 puntos
8. **Me siento lento(a) y torpe.**
Nunca= 0 puntos
A veces= 1 punto
Muy a menudo= 2 puntos
Por lo general en todo momento= 3 puntos
9. **Experimento una desagradable sensación de "nervios y hormigueos" en el estómago.**
Nunca= 0 puntos
En ciertas ocasiones= 1 punto
Con bastante frecuencia= 2 puntos
Muy a menudo= 3 puntos
10. **He perdido el interés por mi aspecto personal.**
Me preocupo igual que siempre= 0 puntos
Podría tener un poco más cuidado= 1 punto
No me preocupo tanto como debería= 2 puntos
Totalmente= 3 puntos
11. **Me siento inquieto(a) como si no pudiera parar de moverme.**
Nada= 0 puntos
No mucho= 1 punto
Bastante= 2 puntos
Mucho= 3 puntos
12. **Espero las cosas con ilusión.**
Igual que siempre= 0 puntos
Menos de lo que acostumbraba= 1 punto
Mucho menos de lo que acostumbraba= 2 puntos
Nada= 3 puntos
13. **Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor.**
Nada= 0 puntos
No muy menudos= 1 punto
Bastante a menudo= 2 puntos
Muy frecuente= 3 puntos



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD



Gobierno de
México

Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar
(IMSS-BIENESTAR)

Unidad de Atención a la Salud

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD)

14. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión.

A menudo= 0 puntos

A veces= 1 puntos

No muy a menudo= 2 puntos

Rara vez= 3 puntos

Interpretación:

Calificar cada subescala:

Subescala de ansiedad. Sumar el resultado de las respuestas a las preguntas impares.

Subescala de depresión. Sumar el resultado de las respuestas pares.

Interpretación de Resultados
0-7 = no presenta ansiedad o depresión
8-10 = caso probable de ansiedad o depresión
11 o más = caso de ansiedad o depresión

Referencia: Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión HAD | PDF | Ansiedad | Depresión (Estado de ánimo). (n.d.). Retrieved September 16, 2024, from <https://es.scribd.com/document/535775450/Escala-Hospitalaria-de-Ansiedad-y-Depresion-HAD>



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD

Anexo 14. Autoinforme de Trastornos Relacionados con la Ansiedad en la Infancia y Adolescencia (SCAReD*)



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

IB/UAS/B/F/0031

**Autoinforme de Trastornos Relacionados con la Ansiedad
en la Infancia y Adolescencia (SCAReD*)**

Nombre:	Apellido paterno:	Apellido materno:	
Número de expediente:	Edad:	Sexo:	Fecha:
Unidad médica:	Estado civil:	Ocupación:	
Procedencia:	Nombre del familiar:	Contacto familiar:	
Personal de Servicios de Salud que aplica la herramienta de detección:	Cédula profesional:		
Nombre:	Apellido paterno:	Apellido materno:	

Esta es una lista de cosas que describe cómo se siente usted, por favor conteste las preguntas lo mejor que pueda:

Marque 0 si casi nunca o nunca es cierto.

Marque 1 si es cierto algunas veces.

Marque 2 si casi siempre o siempre es cierto.

1.	Cuando tengo miedo no puedo respirar bien.	0	1	2
2.	Cuando estoy en la escuela me duele la cabeza.	0	1	2
3.	No me gusta estar con personas que no conozco bien.	0	1	2
4.	Cuando duermo en una casa que no es la mía me siento con miedo.	0	1	2
5.	Me preocupa saber si le caigo bien a la gente.	0	1	2
6.	Cuando tengo miedo siento que me voy a desmayar.	0	1	2
7.	Soy una persona nerviosa.	0	1	2
8.	Sigo a mis padres a donde ellos van.	0	1	2
9.	La gente me dice que me veo nervioso o nerviosa.	0	1	2
10.	Me pongo nervioso o nerviosa cuando estoy con personas que no conozco bien.	0	1	2
11.	Cuando estoy en la escuela me duele el estómago (panza)	0	1	2
12.	Cuando tengo mucho miedo, me siento como si me fuera a enloquecer.	0	1	2
13.	Me preocupo cuando tengo que dormir solo o sola.	0	1	2
14.	Me preocupo de ser tan bueno o buena como los otros niños (por ejemplo, en mis estudios o deportes).	0	1	2
15.	Cuando tengo mucho miedo, siento como si las cosas fueran diferentes o no reales.	0	1	2



**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**



**Gobierno de
México**



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

IB/UAS/8/F/0031

16.	En las noches sueño que cosas malas le van a pasar a mis padres.	0	1	2
17.	Me preocupo cuando tengo que ir a la escuela.	0	1	2
18.	Cuando tengo mucho miedo el corazón me late muy rápido.	0	1	2
19.	Yo tiembla.	0	1	2
20.	En las noches tengo pesadillas que me va a pasar algo.	0	1	2
21.	Me preocupa pensar cómo me van a salir las cosas.	0	1	2
22.	Sudo mucho cuando tengo miedo.	0	1	2
23.	Me preocupo demasiado.	0	1	2
24.	Me preocupo sin motivo.	0	1	2
25.	Me da miedo estar solo o sola en la casa.	0	1	2
26.	Me cuesta trabajo hablar con personas que no conozco.	0	1	2
27.	Cuando tengo miedo, siento como si me ahogara o no pudiera respirar.	0	1	2
28.	Las personas me dicen que yo me preocupo demasiado.	0	1	2
29.	No me gusta estar lejos de mi familia.	0	1	2
30.	Tengo miedo de tener ataques de nervios (pánico).	0	1	2
31.	Me preocupa pensar que algo malo le va a pasar a mis padres.	0	1	2
32.	Me da vergüenza cuando estoy con personas que no conozco.	0	1	2
33.	Me preocupa qué me pasará cuando sea grande.	0	1	2
34.	Cuando tengo miedo me dan ganas de vomitar.	0	1	2
35.	Me preocupa saber si hago las cosas bien.	0	1	2
36.	Tengo miedo de ir al colegio.	0	1	2
37.	Me preocupan las cosas que ya han pasado.	0	1	2
38.	Cuando tengo miedo, me siento mareado o mareada.	0	1	2
39.	Me siento nervioso o nerviosa cuando tengo que hacer algo delante de otros niños o adultos (ejemplos: leer en voz alta, hablar, jugar)	0	1	2
40.	Me siento nervioso o nerviosa de ir a fiestas, bailes o alguna parte donde hay gente que no conozco.	0	1	2
41.	Soy tímido o tímida.	0	1	2

Interpretación de Resultados

No se aprecia ansiedad	0 a 4 puntos
Se aprecian síntomas de ansiedad leve	5 a 9 puntos
Se aprecian síntomas de ansiedad moderados	10 a 14 puntos
Se aprecian síntomas de ansiedad severos	15 a 21 puntos

Referencia: SELF-REPORT FOR CHILDHOOD ANXIETY RELATED DISORDERS, Hecho por Betsy Birmaher, M.D., Suneeta Khurana, M.D., Marlene Culy, M.Ed., David A. Brent, M.D. and Sandra McKenzie, Ph.D., Instituto Psiquiátrico de la Universidad de Pittsburgh (1/185)



Gobierno de
México

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

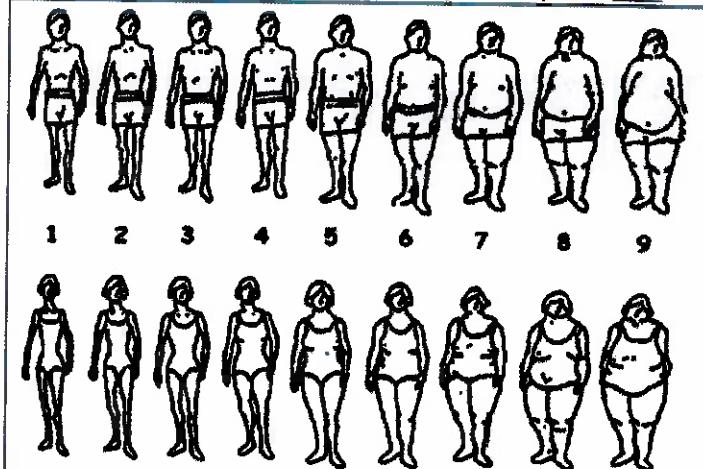
GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD

Anexo 15. Standard Figural Stimuli (SFS)

Gobierno de México		Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) Unidad de Atención a la Salud		
Standard Figural Stimuli (SFS)				
				Fecha de Aplicación:
Nombre(s): _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____				Número de Expediente: _____
Sexo: _____	Estado Civil: _____	Ocupación: _____	Fecha Nacimiento: _____	Edad: _____
Procedencia: _____	Contacto Familiar: _____	Nombre del Familiar: _____		
Establecimiento de Salud: _____				CLUES: _____
Personal de Salud que aplica la herramienta de detección: Nombre(s): _____ Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Cédula Profesional: _____				

Pedir a la persona que observe la siguiente imagen y responda las dos primeras preguntas, el personal de salud deberá calcular el IMC de la persona.

1. ¿Cuál es la imagen corporal con la que se identifica? Respuesta 1: _____
2. ¿Cuál es la imagen corporal ideal? Respuesta 2: _____
3. ¿Cuál es la imagen corporal correspondiente al IMC de la persona? Respuesta 3: _____



IMC de cada silueta: 1=18.3, 2=19.3, 3=20.9, 4=23.1, 5=26.2, 6=29.9, 7=34.3, 8=38.6, 9=45.4



Gobierno de
México

 **IMSS BIENESTAR**
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**



Gobierno de
México



Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar
(IMSS-BIENESTAR)
Unidad de Atención a la Salud

Standard Figural Stimuli (SFS)

Clasificación e Interpretación:

Se considera que tiene **Insatisfacción de la Imagen corporal** cuando no es la misma imagen corporal percibida a la imagen ideal mencionada por el paciente.

Se considera que tiene **Distorsión de la Imagen corporal** cuando la imagen corporal percibida no es la misma que la imagen corporal correspondiente al IMC de la persona.

Referencia: Rueda-Jámez, G. E., López, P. A. C., Flórez, S. M., & Martínez-Villalba, A. M. R. (2012). *Validad y confiabilidad de dos escalas de siluetas para valorar la imagen corporal en estudiantes adolescentes*. Revista Colombiana de Psiquiatría, 43(1), 107-110.



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD

Anexo 16. Escala de Autoestima Rosenberg (EAR)

Gobierno de México		IMSS BIENESTAR		Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) Unidad de Atención a la Salud		
Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)						
				Fecha de Aplicación:		
Nombre(s):		Apellido Paterno:		Apellido Materno:		Número de Expediente:
Sexo:	Estado Civil:	Ocupación:	Fecha Nacimiento:		Edad:	
Procedencia:		Contacto Familiar:	Nombre del Familiar:			
Establecimiento de Salud:				CLUES:		
Personal de Salud que aplica la herramienta de detección: Nombre(s):		Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Cédula Profesional:		

Por favor, responda el siguiente cuestionario, subrayando la respuesta que considere más apropiada.

1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.
A. Muy de acuerdo= 4 puntos
B. De acuerdo= 3 puntos
C. En desacuerdo= 2 puntos
D. Muy en desacuerdo= 1 punto
2. Estoy convencido(a) de que tengo cualidades buenas.
A. Muy de acuerdo= 4 puntos
B. De acuerdo= 3 puntos
C. En desacuerdo= 2 puntos
D. Muy en desacuerdo= 1 punto
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.
A. Muy de acuerdo= 4 puntos
B. De acuerdo= 3 puntos
C. En desacuerdo= 2 puntos
D. Muy en desacuerdo= 1 punto
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo(a).
A. Muy de acuerdo= 4 puntos
B. De acuerdo= 3 puntos
C. En desacuerdo= 2 puntos
D. Muy en desacuerdo= 1 punto
5. En general estoy satisfecho(a) de mí mismo(a).
A. Muy de acuerdo= 4 puntos
B. De acuerdo= 3 puntos
C. En desacuerdo= 2 puntos
D. Muy en desacuerdo= 1 punto



Gobierno de
México

 **IMSS BIENESTAR**
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**



Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar
(IMSS-BIENESTAR)

Unidad de Atención a la Salud

Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR)

6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso(a).
A. Muy de acuerdo=1 punto
B. De acuerdo= 2 puntos
C. En desacuerdo= 3 puntos
D. Muy en desacuerdo= 4 puntos

7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado(a).
A. Muy de acuerdo= 1 punto
B. De acuerdo= 2 puntos
C. En desacuerdo= 3 puntos
D. Muy en desacuerdo= 4 puntos

8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo(a).
A. Muy de acuerdo= 1 punto
B. De acuerdo= 2 puntos
C. En desacuerdo= 3 puntos
D. Muy en desacuerdo= 4 puntos

9. Hay veces que realmente pienso que soy un(a) inútil.
A. Muy de acuerdo= 1 punto
B. De acuerdo= 2 puntos
C. En desacuerdo= 3 puntos
D. Muy en desacuerdo= 4 puntos

10. A veces creo que no soy buena persona
A. Muy de acuerdo= 1 punto
B. De acuerdo= 2 puntos
C. En desacuerdo= 3 puntos
D. Muy en desacuerdo= 4 puntos

Sume los puntos de acuerdo a la respuesta subrayada y posteriormente clasifique el nivel de autoestima.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Referencia: Escala de Autoestima de Rosenberg - Programa Nacional de Atención y Acompañamiento para el - Studiocu. In.d.J. Retrieved September 16, 2024, from <https://www.studocu.com/pdf/document/universidad-nacional-federico-villarreal/pruebas-psicologicas/escala-de-autoestima-de-rosenberg/35453793>



Gobierno de
México

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD

Anexo 17. Escala del Comedor Emocional Garaulet (CCE)

Gobierno de México		IMSS BIENESTAR Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR) Unidad de Atención a la Salud		
Cuestionario del Comedor Emocional Garaulet (CCE)				
Nombre(s):		Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Fecha de Aplicación:
Sexo:	Estado Civil:	Ocupación:	Fecha Nacimiento:	Edad:
Procedencia:	Contacto Familiar:	Nombre del Familiar:		
Establecimiento de Salud:		CLUES:		
Personal de Salud que aplica la herramienta de detección: Nombre(s):		Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Código Profesional:

Peso: ____ Kg Estatura: ____ m IMC: ____ Kg/m²

1. ¿La báscula tiene un gran poder sobre ti? ¿Es capaz de cambiar tu estado de humor?
 - a. Nunca
 - b. A veces
 - c. Generalmente
 - d. Siempre
2. ¿Tienes anteojos por ciertos alimentos específicos?
 - a. Nunca
 - b. A veces
 - c. Generalmente
 - d. Siempre
3. ¿Te cuesta parar de comer alimentos dulces, especialmente chocolate?
 - a. Nunca
 - b. A veces
 - c. Generalmente
 - d. Siempre
4. ¿Tienes problemas para controlar las cantidades de ciertos alimentos?
 - a. Nunca
 - b. A veces
 - c. Generalmente
 - d. Siempre
5. ¿Comes cuando estás estresado(a), enfadado(a) o aburrido(a)?
 - a. Nunca
 - b. A veces
 - c. Generalmente
 - d. Siempre



Gobierno de
México

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**



Gobierno de
Méjico



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar
(IMSS-BIENESTAR)

Unidad de Atención a la Salud

Cuestionario del Comedor Emocional Garaulet (CCE)

6. ¿Comes más de tus alimentos favoritos y con más descontrol, cuando estás solo?
 - a. Nunca
 - b. A veces
 - c. Generalmente
 - d. Siempre
7. ¿Te sientes culpable cuando tomas alimentos "prohibido", es decir, aquellos que crees que no deberías, como los dulces o snacks?
 - a. Nunca
 - b. A veces
 - c. Generalmente
 - d. Siempre
8. Por la noche, cuando llegas cansado de trabajar ¿es cuando más descontrol sientes en tu alimentación?
 - a. Nunca
 - b. A veces
 - c. Generalmente
 - d. Siempre
9. Estás a dieta y por alguna razón comes más de la cuenta, entonces piensas que no vale la pena y ¿Come de forma descontrolada aquellos alimentos que piensas que más te van a engordar?
 - a. Nunca
 - b. A veces
 - c. Generalmente
 - d. Siempre
10. ¿Cuántas veces sientes que la comida te controla a ti en vez de tú a ella?
 - a. Nunca
 - b. A veces
 - c. Generalmente
 - d. Siempre

Asignación de puntuación:

Nunca= 0 puntos, A veces= 1 punto, Generalmente= 2 puntos, Siempre= 3 puntos.

Interpretación de Resultados
0-5 = no es comedor emocional
6-10 = comedor poco emocional
11-20 = comedor emocional
21 o más = comedor muy emocional

Referencia: Garaulet, M., Contreras, M., Morales, E., López-Gámez, G., Sánchez-Carrasco, D., & Corbalán-Tutau, M. D. (2012). Validación de un cuestionario de comedores emocionales para uso en casos de obesidad: cuestionario de comedor emocional (CCE). *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 645-651.
<https://doi.org/10.3305/nh.2012.27.2.565>



**Gobierno de
México**

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

Anexo 18. Escala Breve de Conducta de Alimentarias de Riesgo (CAR)

Gobierno de México		IMSS BIENESTAR		Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)		IB/UAS/B/F/0025
Unidad de Atención a la Salud						
Cuestionario Breve de Conducta de Alimentarias de Riesgo (CAR)						
Fecha de Aplicación:						
Nombre(s):		Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Número de Expediente:		
Sexo:	Estado Civil:	Ocupación:	Fecha Nacimiento:		Edad:	
Procedencia:	Contacto Familiar:		Nombre del Familiar:			
Establecimiento de Salud:			CLUES:			
Personal de Salud que aplica la herramienta de detección: Nombre(s): Apellido Paterno: Apellido Materno: Cédula Profesional:						
Marcar una opción para cada inciso, considerando los últimos 3 meses de vida:			Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia: 2 veces en una semana	Con mucha frecuencia: más de 2 veces en una semana
1. Me ha preocupado subir de peso.			0	1	2	3
2. En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida.			0	1	2	3
3. He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer).			0	1	2	3
4. He vomitado después de comer, para tratar de bajar de peso.			0	1	2	3
5. He hecho ayunos (dejar de comer por 12 horas o más), para tratar de bajar de peso.			0	1	2	3
6. He hecho dietas para tratar de bajar de peso.			0	1	2	3
7. He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso.			0	1	2	3
8. He usado pastillas para tratar de bajar de peso. Especifica cuál(es): _____			0	1	2	3
9. He tomado diuréticos (sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso.			0	1	2	3
10. He tomado laxantes (sustancia para facilitar la evacuación), para tratar de bajar de peso.			0	1	2	3
Sumatoria total			0	Total		
Interpretación de Resultados						
Bajo Riesgo de Presentar CAR	0 a 6 puntos					
Riesgo Moderado de Presentar CAR	7 a 10 puntos					
Riesgo Alto de Presentar CAR	>10 puntos					

Elaborado por Uriel Santonchi C y col. Salud Pública de México vol. 46 No. 6, noviembre-diciembre 2024.
No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

El uso de este formato es exclusivo para la aplicación de la Guía Técnica para la Detección de Enfermedades Transmisibles y No Transmisibles, por lo que no deberá ser utilizado como herramienta para ningún tipo de Documento Administrativo Interno.



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD

Anexo 19. Cuestionario AUDIT (Pruebas para Identificar Trastornos por el Consumo de Alcohol)



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

IB/UAS/6/F/0024

Cuestionario AUDIT (Pruebas para Identificar Trastornos por el Consumo de Alcohol)

Fecha: / /

Nombre:	Apellido paterno:	Apellido materno:			
Número de Expediente:	Edad:	Sexo:	Fecha nacimiento: / /		
Unidad médica:	Estado civil:	Ocupación:	Hora:		
Procedencia:	Nombre de familiar:	Contacto de familiar:			
Personal de salud que aplica la herramienta de detección:		Cédula profesional:			
Nombre:	Apellido paterno:	Apellido materno:			
<p>1. ¿Con qué frecuencia consume bebidas que contienen alcohol?</p> <p>0= Nunca 1= Una o menos veces al mes 2= De 2 a 4 veces al mes 3= De 2 a 3 veces al la semana 4= 4 o más veces al la semana</p>			<p>2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en un día normal?</p> <p>0= 1 o 2 1= 3 o 4 2= 5 o 6 3= 7 o 9 4= 10 o más</p>		
<p>3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más copas de alcohol en un solo día?</p> <p>0= Nunca 1= Una o menos veces al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= A diario o casi a diario Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 > 0</p>			<p>4. ¿Con qué frecuencia en el último año no fue capaz de dejar de beber una vez que había empezado?</p> <p>0= Nunca 1= Una o menos veces al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= A diario o casi a diario</p>		
<p>5. ¿Con qué frecuencia en el último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había consumido bebidas alcohólicas?</p> <p>0= Nunca 1= Una o menos veces al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= A diario o casi a diario</p>			<p>6. ¿Con qué frecuencia en el último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?</p> <p>0= Nunca 1= Una o menos veces al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= A diario o casi a diario</p>		
<p>7. ¿Con qué frecuencia en el último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?</p> <p>0= Nunca 1= Una o menos veces al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= A diario o casi a diario</p>			<p>8. ¿Con qué frecuencia en el último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?</p> <p>0= Nunca 1= Una o menos veces al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= A diario o casi a diario</p>		
<p>9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado lesionado en consecuencia de su consumo de alcohol?</p> <p>0= No 1= Sí, pero no en el último año 2= Sí, durante el último año</p>			<p>10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?</p> <p>0= No 1= Sí, Pero no en el último año 2= Sí, durante el último año</p>		
Puntuación total:					

El trago medidor es la medida que mide la cantidad de alcohol pura que contiene una bebida. Equivale a 10 o 12 gramos de alcohol puro por copa y es aproximadamente lo que contiene un vaso pequeño (taza) de licor, una copa de vino o un tarro de cervatillo.

Calificación Total:

- 0 a 3 = Sin riesgo
- 4 a 7 = Empieza a tener problemas
- 8 o más = Riesgo elevado

Elaborado por Instituto Mexicano para la Salud. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD

Anexo 20. Escala de Internalización del Estigma de Peso

Gobierno de México		Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS BIENESTAR) Unidad de Atención a la Salud		
Escala de Internalización del Estigma de Peso				
				Fecha de Aplicación:
Nombre(s):		Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Número de Expediente:
Sexo:	Estado Civil:	Ocupación:	Fecha Nacimiento:	Edad:
Procedencia:	Contacto Familiar:		Nombre del Familiar:	
Establecimiento de Salud:		CLUES:		
Personal de Salud que aplica la herramienta de detección: Nombre(s):		Apellido Paterno:	Apellido Materno:	Cédula Profesional:

1. Como persona con sobrepeso, siento que soy tan competente como cualquiera.

Nada de acuerdo 2 3 4 5 6 7 Completamente de acuerdo

2. Soy menos atractivo(a) que la mayoría de la gente debido a mi peso.

Nada de acuerdo 2 3 4 5 6 7 Completamente de acuerdo

3. Me pone nervioso tener sobrepeso debido a lo que la gente puede pensar de mí.

Nada de acuerdo 2 3 4 5 6 7 Completamente de acuerdo

4. Me gustaría poder cambiar mi peso drásticamente.

Completamente de acuerdo 2 3 4 5 6 7 Nada de acuerdo

5. Siempre que pienso mucho sobre mi sobrepeso, me deprimo.

Nada de acuerdo 2 3 4 5 6 7 Completamente de acuerdo

6. Me odio por tener sobrepeso.

Nada de acuerdo 2 3 4 5 6 7 Completamente de acuerdo

7. Mi peso es uno de los principales aspectos por los que juzgo lo que valgo como persona.

Nada de acuerdo 2 3 4 5 6 7 Completamente de acuerdo



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD



Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar
(IMSS-BIENESTAR)
Unidad de Atención a la Salud

Escala de Internalización del Estigma de Peso

8. No siento que merezca una vida social plena, mientras tenga sobrepeso.
Nada de acuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Completamente de acuerdo

9. Estoy bien con el peso que tengo.
Completamente de acuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Nada de acuerdo

10. Dado que tengo sobrepeso, no siento que sea realmente yo mismo(a).
Nada de acuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Completamente de acuerdo

11. Debido a mi peso, no entiendo cómo alguien atractivo querría tener una cita conmigo.
Nada de acuerdo 1 2 3 4 5 6 7 Completamente de acuerdo

Resultado: sumar cada uno de los puntos seleccionados

Interpretación de Resultados
11-30 = baja internalización del estigma
31-77 = alta internalización del estigma

Referencia: Bélez A.; B. Alberto, E. (n.d.). ESTUDIO ONESTIGMA ESTUDIO TRANSVERSAL MULTICÉNTRICO QUE EVALÚA LA DISCRIMINACIÓN Y GANDO DE ESTIGMATIZACIÓN FRENTE AL EXCESO DE PESO TRABAJO FINAL DE GRADO.



Referencias

1. Cuevas, A. & Ryan, D. *Obesidad. La Otra Pandemia Del Siglo XXI.* (World Obesity, 2022).
2. Reynoso Vázquez, J. et al. La obesidad y su asociación con otras de las enfermedades crónicas no transmisibles. *Journal of Negative & No Positive Results* **8**, 627–642 (2018).
3. Shamah-Levy, T. et al. *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Continua 2023. Resultados Nacionales.* (Instituto Nacional de Salud Pública, Cuernavaca, Morelos, 2024).
4. Zhang, X., Ha, S., Lau, H. C. H. & Yu, J. Excess body weight: Novel insights into its roles in obesity comorbidities. *Seminars in Cancer Biology* vol. 92 16–27 Preprint at <https://doi.org/10.1016/j.semancer.2023.03.008> (2023).
5. Campos-Nonato, I., Galván-Valencia, O., Hernández-Barrera, L., Oviedo-Solís, C. & Barquera, S. Prevalence of obesity and associated risk factors in Mexican adults: results of the Ensanut 2022. *Salud Pública Mex* **65**, (2023).
6. *La Obesidad y La Inflamación Crónica de Bajo Grado Obesity and Low-Grade Chronic Inflammation.* <http://scielo.sld.cu>.
7. Frühbeck, G. et al. The ABCD of obesity: An EASO position statement on a diagnostic term with clinical and scientific implications. *Obes Facts* **12**, 131–136 (2019).
8. Rubino, F. et al. Definition and diagnostic criteria of clinical obesity. *Lancet Diabetes Endocrinol* (2025) doi:10.1016/S2213-8587(24)00316-4.
9. Ickes, M. J., McMullen, J., Haider, T. & Sharma, M. Global school-based childhood obesity interventions: A review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* vol. 11 8940–8961 Preprint at <https://doi.org/10.3390/ijerph110908940> (2014).
10. Wharton, S. et al. Obesity in adults: A clinical practice guideline. *CMAJ* **192**, E875–E891 (2020).
11. Stanford, F. C., Tauqueer, Z. & Kyle, T. K. Media and Its Influence on Obesity. *Current obesity reports* vol. 7 186–192 Preprint at <https://doi.org/10.1007/s13679-018-0304-0> (2018).
12. Kyle, T. K., Dhurandhar, E. J. & Allison, D. B. Regarding Obesity as a Disease: Evolving Policies and Their Implications. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America* vol. 45 511–520 Preprint at <https://doi.org/10.1016/j.ecl.2016.04.004> (2016).
13. Santos Lozano, E. Resistencia a Insulina: Revisión de literatura. *Rev Med Hondur* **90**, 63–70 (2022).
14. Omni Calculator [Internet]. Omni Calculator; [cited 2025 Aug 18]. Disponible en: <https://www.omnicalculator.com/>
15. Brutsaert, E. F. Diabetes mellitus (DM). vol. 2023 Preprint at <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/trastornos-endocrinológicos-y-metabólicos/diabetes-mellitus-y-trastornos-del-metabolismo-de-los-hidratos-de-carbono/diabetes-mellitus-dm> (2023).



16. American Diabetes Association. Diagnóstico [Internet]. Español. American Diabetes Association; 2025 [cited 2025 Aug 18]. Available from: <https://diabetes.org/espanol/diagnostico>
17. Bergman, M. et al. International Diabetes Federation Position Statement on the 1-hour post-load plasma glucose for the diagnosis of intermediate hyperglycaemia and type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice* vol. 209 Preprint at <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2024.111589> (2024).
18. Bakris, G. L. Hipertensión. vol. 2023 Preprint at <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/trastornos-cardiovasculares/hipertension/hipertension> (2023).
19. McCarthy, C. P. et al. 2024 ESC Guidelines for the management of elevated blood pressure and hypertension. *European Heart Journal* vol. 45 3912–4018 Preprint at <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehae178> (2024).
20. Pavía-López, A. A. et al. Mexican clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of dyslipidemias and atherosclerotic cardiovascular disease. *Arch Cardiol Mex* **92**, 1–62 (2022).
21. Grundy, S. M. et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* **139**, E1082–E1143 (2024).
22. Grundy, S. M. et al. 2018 AHA/ACC/AACVPR/AAPA/ABC/ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: Executive Summary: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Circulation* vol. 139 E1046–E1081 Preprint at <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000624> (2019).
23. Ezquerra, E. A., Alegría Barrero B Y Eduardo, A. & Barrero, A. *Estratificación Del Riesgo Cardiovascular: Importancia y Aplicaciones* *Cardiovascular Risk Assessment: Relevance and Usefulness*. *Rev Esp Cardiol Supl* vol. 12 (2012).
24. Consortium of Latin America, C. et al. Derivation, internal validation, and recalibration of a cardiovascular risk score for Latin America and the Caribbean (Globorisk-LAC): A pooled analysis of cohort studies. *The Lancet Regional Health - Americas* **9**, 100258 (2022).
25. Ordunéz, P. et al. La aplicación HEARTS: una herramienta clínica para el manejo del riesgo cardiovascular y la hipertensión en la atención primaria de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública* **46**, 1 (2022).
26. Saiman, Y. Colelitiasis. vol. 2023 Preprint at <https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/trastornos-hepaticos-y-biliares/trastornos-de-la-vesicula-biliar-y-los-conductos-biliares/colelitiasis> (2023).
27. Puyuelo, C. J. G., Aranguren, F. J., Ángel, M. & Marco, S. *Puntos Clave Colecistitis Aguda*. vol. 10 (2011).



28. Bernal-Reyes, R. et al. The Mexican consensus on nonalcoholic fatty liver disease. *Rev Gastroenterol Mex* **84**, 69–99 (2019).
29. Graffigna, M. et al. Diagnóstico de esteatosis hepática por métodos clínicos, bioquímicos y por imágenes. *Rev Argent Endocrinol Metab* **54**, 37–46 (2017).
30. Bernal-Reyes, R. et al. The Mexican consensus on nonalcoholic fatty liver disease. *Rev Gastroenterol Mex* **84**, 69–99 (2019).
31. Robles Lara, P. D., Rivera Contreras, O. E., Ramírez Velandia, F., Sepúlveda Sanguino, A. J. & Sepúlveda Agudelo, J. Revisión de los criterios diagnósticos para el síndrome de ovario poliquístico. *Revista Médicas UIS* **33**, (2020).
32. Lujan, M. E., Chizen, D. R. & Pierson, R. A. Diagnostic Criteria for Polycystic Ovary Syndrome: Pitfalls and Controversies. *J Obstet Gynaecol Can* **30**, 671 (2008).
33. Azziz, R. Diagnostic criteria for polycystic ovary syndrome: A reappraisal. *Fertility and Sterility* vol. 83 1343–1346 Preprint at <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2005.01.085> (2005)
34. Winnykamien, I., Dalibón, A. & Knoblovits, P. *Síndrome de Ovario Poliquístico*. *Rev. Hosp. Ital. B.Aires* vol. 37 (2017).
35. Lujan, M. E., Chizen, D. R. & Pierson, R. A. Diagnostic Criteria for Polycystic Ovary Syndrome: Pitfalls and Controversies. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* **30**, 671–679 (2008).
36. Vázquez Rosa, A., Marcos, T. & De Ávila, R. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y comorbilidad Chronic obstructive pulmonary disease and comorbidity This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License. Tárraga López PJ. *Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica y comorbilidad*. JONNPR **5**, 1195–220 (2020).
37. Guerra, J. F., Marín Sánchez, F. & García Jiménez, J. M. DEFINICIÓN DE EPOC La Estrategia Global Para El Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de La EPOC (GOLD) (1 Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Tratamiento Del Paciente Estable. (2021).
38. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Una guía para profesionales de la asistencia sanitaria: guía de bolsillo para el diagnóstico, manejo y prevención de la EPOC. 2017. Available from: <https://goldcopd.3>
39. Global Initiative for Asthma. Guía de bolsillo para el manejo y la prevención del asma: basada en la estrategia global para el manejo y la prevención del asma [Internet]. 2019. Disponible en: <https://ginasthma>.
40. Betancor, D. et al. The New ERS/ATS 2022 Bronchodilator Response Recommendation: Comparison With the Previous Version in an Asthma Cohort. *Arch Bronconeumol* **59**, 608–611 (2023).
41. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). Guía de práctica clínica: diagnóstico y tratamiento de la gota. México: Secretaría de Salud; 2017. Disponible en:



http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/453_GPC_Gota/IMSS_453_1_7_Gota.pdf

42. Rojas, P., Medina, D. & Torres, L. Infertilidad. *Scielo* **9**, 340–350 (2011).
43. César, S. R., Ibáñez, C. & Klaassen, J. *Obesidad y Cáncer: La Tormenta Perfecta. Artículos de revisión rev Med chile* vol. 142 (2014).
44. Guillén, E. C., Rosenstock, S. C. & Sánchez, A. C. Obesidad y cáncer *Obesity and cancer*. **35**, (2018).
45. Herrera DC, Gutiérrez FC, Álvarez GM, Hernández MJ, Medina E. La obesidad como factor de riesgo en el desarrollo de cáncer. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2015;32:766–76.46.
46. Meghan E. Fitzpatrick; Niall T. Prendergast; Belinda Rivera-Lebron. Síndrome de obesidad-hipoventilación (síndrome de Pickwick). in *Papadakis MA, McPhee SJ, Rabow MW, McQuaid KR. eds. Diagnóstico clínico y tratamiento 2022. McGraw-Hill* (2022).
47. Hernandez Marin, L. A. & Herrera, J. L. Protocolo para el síndrome de apnea hipopnea obstructiva del sueño en adultos. Recomendaciones actuales. *Repertorio de Medicina y Cirugía* **26**, 9–16 (2017).
48. Mediano, O. et al. Documento internacional de consenso sobre apnea obstructiva del sueño. *Arch Bronconeumol* **58**, 52–68 (2022).
49. Arrarte V, et al. Detección y manejo de la insuficiencia cardiaca en personas con obesidad. Sociedad Española de Cardiología (SEC); Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición (SEEN); Asociación de Riesgo Vascular y Rehabilitación Cardiaca; 2023.
50. Yancy CW, Jessup M, Bozkurt B, Butler J, Casey DE Jr, Colvin MM, et al. 2017 ACC/AHA/HFSA guideline for the management of heart failure: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*. 2017;70:776–803.
51. Urrutia de Diego, A., Santesmases Ejarque, J. & Lupón Rosés, J. ABC de la insuficiencia cardiaca. *Seminarios de la Fundación Española de Reumatología* vol. 12 42–49 Preprint at <https://doi.org/10.1016/j.semreu.2010.05.004> (2011).
52. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). Guía de referencia rápida: prevención, diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia venosa crónica. México: Secretaría de Salud; 2019 [cited 2025 Aug 18]. Disponible en: https://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestro/431_GPC_Insuficiencia_Venosa/431_GPC_Insuficiencia_Venosa.html
53. Berardi, H. & Ciccioli, A. Examen Doppler de la insuficiencia venosa de miembros inferiores: consenso entre especialistas. *Revista Argentina de Radiología* **79**, 72–79 (2014).
54. Najah, H., Bouriez, D., Zarzavadjian Le Bian, A. & Trésallet, C. Hernias abdominales. *EMC - Tratado de Medicina* **25**, 1–8 (2021).



55. Ansari P, Nguyen M. Hernias de la pared abdominal. Manual MSD versión para profesionales; 2024. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/abdomen-agudo-y-gastroenterolog%C3%ADA-quir%C3%BDARGica/hernias-de-la-pared-abdominal>56. Najah, H., Bouriez, D., Zarzavadjian Le Bian, A. & Trésallet, C. Hernias abdominales. *EMC - Tratado de Medicina* 25, 1–8 (2021).
56. Najah, H., Bouriez, D., Zarzavadjian Le Bian, A. & Trésallet, C. Hernias abdominales. EMC - Tratado de Medicina 25, 1–8 (2021).
57. Ecografía Fácil. Pared abdominal. <https://ecografiamafacil.com/2018/12/14/106-pared-abdominal/> (2018).
58. Argentina de Reumatología REUMATOLOGÍA, S., Lorenzo, J. E., Rosa, J. E., Lourdes Posadas Martínez, M. & Jauregui, J. R. Revista Argentina de Sarcopenia and its relevance in clinical practice. *Rev Argent Reumatol* 33, 162–172 (2021).
59. Sánchez Tocino, M. L. et al. Definition and evolution of the concept of sarcopenia. *Nefrologia* vol. 44 323–330 Preprint at <https://doi.org/10.1016/j.nefro.2023.08.001> (2024).
60. Bolster MB, Marcy BH. Osteoporosis. Manual MSD versión para profesionales; 2023. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/trastornos-de-los-tejidos-musculoesquel%C3%A9tico-y-conectivo/osteoporosis/osteoporosis>
61. Barberán, M. et al. Recomendaciones Para El Uso Correcto de Densitometría Ósea En La Práctica Clínica. Consenso de La Sociedad Chilena de Endocrinología y Diabetes. DOCUMENTOS Rev Med Chile vol. 146 (2018).
62. Lynch, K. L. Enfermedad por reflujo gastroesofágico. vol. 2024 Preprint at <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-gastrointestinales/trastornos-esofágicos-y-de-la-deglución/enfermedad-por-reflujo-gastroesofágico> (2024).
63. Boleaga, B. Lumbalgia. *Anales de Radiología México* 2, 89–97 (2005).
64. Del, M., Díaz, P. R., Montes De Oca Juárez, O., Fernando, J. & Hernández, L. *Obesidad Como Factor Asociado a La Osteoartritis: Una Revisión Bibliográfica.* <https://www.researchgate.net/publication/361152331> (2022).
65. Díaz-Borjón, A. et al. Consenso multidisciplinario de diagnóstico, manejo farmacológico y no farmacológico de la osteoartritis y el papel del sulfato de glucosamina cristalino de prescripción como una nueva opción terapéutica. (2020) doi:10.24245/mim.
66. Correa Fuentes, M. M., Campos Ríos, M. F. & Cecilio Rojas, G. A. Definición, diagnóstico y manejo de la incontinencia urinaria. *Revista Médica Sinergia* 7, e920 (2022).
67. Shenot PJ, Gomella LG. Incontinencia urinaria en adultos [Internet]. Manual MSD versión para profesionales; 2023. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-urogenitales/trastornos-de-la-micc%C3%ADa/incontinencia-urinaria-en-adultos>



68. Storme OC, Chiang HM, Finsterbusch CR. Estudio urodinámico [Internet]. Manual de Urología; 2020. Disponible en: <https://manualdeurologia.cl/capitulo-5-estudio-urodinamico/>
69. Lafuente Guijosa A, O'Mullony Muñoz I, Escribá de la Fuente M, Cura-Ituarte P. Plantar fasciitis: evidence-based review of treatment. Reumatol Clin. 2007.
70. Lozano-Semitiel MJ, Martínez-Lozano-Aranaga B, Martínez-Serrano J, Ruiz-Periago B. Estrategia de Mejora de Salud Mental 2023-2026 Región de Murcia. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2023. Disponible en: <https://sms.carm.es/ricsmur/handle/123456789/11125>Región de Murcia Consejería de Sanidad.
71. Vásquez J, Cárdenas EM, Feria M, et al. Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad. 2012. Disponible en: <https://psiquiatria.com/tdah-hiperactividad/guia-clinica-para-el-trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad>
72. Medicina Psicosomática. Los TA: características principales y cambios en relación al DSM-IV. Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace. Revista Iberoamericana de Psicosomática. 2019. Disponible en: https://www.academia.edu/40327560/LOS_TA_CARACTER%C3%8DSTICAS_PRINCIPALES_Y_CAMBIOS_EN_RELACI%C3%93N_AL_DSM_IV_DSM_V CUADERNOS_DE_MEDICINA_PSICOSOM%C3%81TICA_Y_PSIQUIATR%C3%8DA_DE_ENLACE_REVISTA_IBEROAMERICANA_DE_PSICOSOM%C3%81TIC
73. Bobadilla-Suárez S, López-Ávila A. Distorsión de imagen corporal percibida e imaginada. Un posible factor para la obesidad y el sobrepeso en mexicanos. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014;52(4):408-14.75.
74. Rueda-Jaimes GE, Camacho López PA, Flórez SM, Rangel Martínez-Villalba AM. Estudio de la imagen corporal, insatisfacción y calidad de vida en universitarias. Rev Colomb Psiquiatr. 2023;52(1):1-8. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9955943.pdf>
75. Lizbeth, S. & Ordoñez, V. El Hambre Emocional y Su Relación Con El Sobre peso y La Obesidad Emotional Hunger and Its Relation to Being Overweight and Obese Psic-Obesidad Boletín Electrónico de Obesidad Desde Una Perspectiva Cognitivo Conductual Resumen. Núm vol. 10.
76. Sierra Puentes, M. La bulimia nerviosa y sus subtipos. *Diversitas: Perspectivas en psicología* 1, 79-87 (2005).
77. Universidad Santo Tomás. Diversitas: Perspectivas en Psicología. Bogotá, Colombia: Universidad Santo Tomás; 2005. Disponible en: <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/diversitas>
78. Cuadro, E. & Baile, J. I. El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* 6, 97-107 (2015).
79. Miña Oliveros L, O'Reilly Noda D, Pérez Delgado Z, García Hernández C. Consideraciones sobre las adicciones en la formación del profesional de Ciencias Médicas. Rev Med Electrónica. 2018;40(2):513-20. Disponible en: <https://www.medicographic.com/pdfs/revmedele/me-2018/me182za.pdf>



80. Higuera-Sainz JL, Pimentel-Jaimes JA, Mendoza-Catalán GS, Rieke-Campoy U, Ponce y Ponce de León G, Camargo-Bravo A. El consumo de alcohol como factor de riesgo para adquirir sobrepeso y obesidad. *Ra Ximhai*. 2017;13(2):53-62. Disponible en: <https://raximhai.uaim.edu.mx/index.php/rx/article/view/36981>.
81. Marín, M., Arias, F., López, J. R. & Rubio, G. Trastornos por consumo de alcohol. *El Sevier* **12**, 4993-5003 (2019).
82. Bautista-Díaz, M. L., Márquez Hernández, A. K., Ortega-Andrade, N. A., García-Cruz, R. & Alvarez-Rayón, G. Body overweight discrimination: Contexts and situations. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* **10**, 121-133 (2019).
83. Pearl, R. L. & Puhl, R. M. Weight bias internalization and health: a systematic review. *Obesity Reviews* vol. 19 1141-1163 Preprint at <https://doi.org/10.1111/obr.12701> (2018).
84. Bautista-Díaz, M. L., Márquez Hernández, A. K., Ortega-Andrade, N. A., García-Cruz, R. & Alvarez-Rayón, G. Body overweight discrimination: Contexts and situations. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios* **10**, 121-133 (2019).
85. Stella Álvarez-Castaño, L., Diego Goez-Rueda, J. & Carreño-Aguirre, C. *Factores Sociales y Económicos Asociados a La Obesidad: Los Efectos de La Inequidad y de La Pobreza * Social and Economic Factors Associated with Obesity: The Effects from Inequality and Poverty Fatores Sociais e Econômicos Associados à Obesidade: Efeitos Da Iniquidade e Pobreza*.
86. Temporelli, K. L. & Viego, V. N. Condicionantes socioeconómicos y obesidad en adultos: Evidencia basada en regresiones por cuantiles y datos de panel. *Revista de Salud Pública* **18**, 516-529 (2016).
87. Durrer Schutz, D. et al. European Practical and Patient-Centred Guidelines for Adult Obesity Management in Primary Care. *Obes Facts* **12**, 40-66 (2019).
88. Contexto Sobre peso Y Obesidad En La Población Mexicana, E. DE & Bonvecchio Arenas Ana Cecilia Fernández-Gaxiola Maite Plazas Belaustegui goitia Martha Kaufer-Horwitz Ana Bertha Pérez Lizaur Juan Ángel Rivera Dommarco, A. *GUÍAS ALIMENTARIAS Y DE ACTIVIDAD FÍSICA*.
89. Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Guías alimentarias saludables y sostenibles para la población mexicana 2023. México: Secretaría de Salud; 2023. Disponible en: <https://educacionbasica.sep.gob.mx/wp-content/uploads/2023/09/GUIAS-ALIMENTARIAS-SALUDABLES-Y-SOSTENIBLES.pdf>
90. Técnicas Aplicadas Artículo de Investigación, C., Andrés Cabrera Armijos, R. I., Iván Moncayo Hurtado III, J., Mercedes Hinojosa Donoso, C. I. & Santiago Gil Zumba, A. I. Active Breaks and Stretches for Workers in their Work Environments Pausas e alongamentos ativos para trabalhadores em seus ambientes de trabalho. **8**, 1291-1311 (2022).
91. Organización Mundial de la Salud. *Directrices de La OMS Sobre Actividad Física y Hábitos Sedentarios: De Un Vistazo*. (2020).





Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD

92. Camilo, J., Mosquera, G., Fernando, L. & Vargas, A. *Sedentarismo, Actividad Física y Salud: Una Revision Narrativa Sedentary Lifestyle, Physical Activity and Health: A Narrative Review.* vol. 42 <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/index>.
93. Wang, T., Laher, I. & Li, S. Exercise snacks and physical fitness in sedentary populations. *Sports Medicine and Health Science Preprint* at <https://doi.org/10.1016/j.smhs.2024.02.006> (2024).
94. Morgan, T. L. et al. Tools to guide clinical discussions on physical activity, sedentary behaviour, and/or sleep for health promotion between primary care providers and adults accessing care: a scoping review. *BMC Primary Care* 24, (2023).
95. Técnicas Aplicadas Artículo de Investigación, C., Andrés Cabrera Armijos, R. I., Iván Moncayo Hurtado III, J., Mercedes Hinojosa Donoso, C. I. & Santiago Gil Zumba, A. I. Active Breaks and Stretches for Workers in their Work Environments Pausas e alongamentos ativos para trabalhadores em seus ambientes de trabalho. 8, 1291–1311 (2022).
96. Instituto Mexicano del Seguro Social. *Guía Técnica Fundamentos Para La Orientación En Actividad Física.* (2025).
97. Verdicchio, C. et al. A Clinical Guide for Assessment and Prescription of Exercise and Physical Activity in Cardiac Rehabilitation. A CSANZ Position Statement. *Heart Lung Circ* 32, 1035–1048 (2023).
98. Izquierdo, M. et al. International Exercise Recommendations in Older Adults (ICFSR): Expert Consensus Guidelines. *Journal of Nutrition, Health and Aging* 25, 824–853 (2021).
99. Fundación Española del Corazón. La pirámide de la actividad física. Madrid: Fundación Española del Corazón; 2022. Disponible en: <https://fundaciondelcorazon.com/ejercicio/conceptos-generales/3151-la-piramide-de-la-actividad-fisica.html>
100. Lingvay, I., Cohen, R. V., Roux, C. W. le & Sumithran, P. Obesity in adults. *The Lancet* (2024) doi:10.1016/S0140-6736(24)01210-8.



Gobierno de
México



IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

TRANSITORIOS

ÚNICO- La presente Guía Técnica que establece la metodología para la detección oportuna de comorbilidades en personas que viven con obesidad entre la población objetivo, atendida en las unidades del primer, segundo y tercer nivel de atención de los Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR), entrará en vigor al día siguiente de su difusión y aviso.



**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN CON OBESIDAD
DEL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL PARA EL BIENESTAR (IMSS-BIENESTAR).**

PRIMERA EDICIÓN, CIUDAD DE MÉXICO, 2025

Servicios de Salud del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Bienestar (IMSS-BIENESTAR)

Unidad de Atención a la Salud

Coordinación de Epidemiología

División de Prevención y Protección Específica

Área de Prevención de Enfermedades

Departamento de Prevención Secundaria

Se autoriza la reproducción total o parcial del texto siempre y cuando se cite la fuente y la liga oficial de descarga. Este documento no debe utilizarse con fines comerciales o electorales.

Clave: UAS/CE/DPS/003/2025



Gobierno de
México

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

**GUÍA DE DETECCIÓN OPORTUNA DE
COMORBILIDADES EN PERSONAS QUE VIVEN
CON OBESIDAD**

Aprobó

Dr. José Alejandro Ávalos Bracho
Titular de la Unidad de Atención a la Salud

Coordinación Responsable

Dr. José Misael Hernández Carrillo
Titular de la Coordinación de Epidemiología

Revisión Normativa

Dra. Nazarea Herrera Maldonado
**Encargada del Despacho de los Asuntos Inherentes de la Coordinación de
Normatividad y Planeación Médica**