



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

---

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NÚMERO 7

**“DEPRESIÓN E ÍNDICE DE MASA CORPORAL ALTO EN MUJERES  
DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF N° 7”**

TE S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. ANICETO MARTINEZ FLORES

ASESOR

DRA. SANDRA VEGA GARCÍA



CIUDAD DE MÉXICO

OCTUBRE 2018



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

Capitulo	Página
ÍNDICE.....	2
DEDICATORIA.....	4
1. Resumen.....	5
2. Antecedentes.....	6
2.1. Sobrepeso y obesidad.....	6
2.2. Depresión.....	12
2.3. Episodio depresivo mayor.....	14
2.4. Inventario de depresión Beck.....	16
2.5. Obesidad y depresión.....	17
3. Planteamiento del problema.....	21
4. Pregunta de investigación.....	22
5. Objetivo del estudio.....	22
6. Justificación.....	22
7. Hipotesis.....	23
8. Sujetos, material y metodos.....	23
8.1 Características del lugar donde se realizó el estudio.....	23
8.2 Tipo de estudio.....	23
8.3 Grupos de estudio.....	24
8.4 Criterios de selección.....	24

9. Tamaño de la muestra.....	25
10. Definición de variables.....	25
11. Descripción general del estudio.....	27.
12. Análisis de datos.....	28
13. Recursos humanos, físicos, éticos y financieros.....	28
13.1 Recursos humanos.....	28
13.2 Ética.....	29
13.3 Conflictos de interes.....	29
13.4 .Recursos materiales.....	29
13.5 Recursos económicos.....	30
14. Resultados.....	30
15. Discusión.....	34
16. Conclusiones.....	35
17. Recomendaciones y sugerencias.....	36
18. Referencias bibliográficas.....	37
19. Anexos.....	39
A. Carta de consentimiento informado.....	39
B. Hoja de recolección de datos.....	41
C. Inventario de depresión de Beck.....	42

## DEDICATORIA

## 1. RESUMEN

### **Depresión e índice de masa corporal alto en mujeres de la consulta externa de la UMF N°7.**

Martínez-Flores Aniceto<sup>1</sup>, Vega García Sandra<sup>1</sup>. Adscripción: <sup>1</sup>UMF N° 7.

**Antecedentes.** La obesidad es un problema de salud pública a nivel mundial por su incremento en la prevalencia, morbilidad y asociación con enfermedades, principalmente, crónicas degenerativas; además es un problema social por su causalidad y alto impacto en la calidad y esperanza de vida de la población mexicana, presenta un origen multicausal y suele acompañarse frecuentemente con trastornos psicológicos y psiquiátricos, entre estos, la depresión.

**Objetivo.** Medir la relación entre depresión e índice de masa corporal alto en mujeres de la consulta externa de la UMF N°7.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio transversal descriptivo, se estudiará la relación de depresión e índice de masa corporal alto. En 253 mujeres, entre 20 a 59 años de edad, que acuden a la consulta externa UMF N°7. Se realizaron cuestionarios autoaplicados: recolección de datos e inventario de Beck.

**Resultados:** De acuerdo al test para depresión el 31.23% de la población se encuentra con depresión leve, el 6.32% está en depresión moderada y el 7.91% tiene depresión severa. En el análisis bivariado encontramos que la relación de tener obesidad y presentar depresión tiene un odds ratio de 1.45 con un Riesgo relativo de 1.86.

**Conclusiones:** Existe una asociación entre el sobrepeso y obesidad en las pacientes femeninas de la UMF7. Es necesario realizar la búsqueda intencionada de la asociación y tal vez combinando terapia psicológica se pueda propiciar un mejor resultado en salud para la atención de obesidad.

**Palabras clave.** Depresión, obesidad, sobrepeso, mujeres.

## 2. ANTECEDENTES

### 2.1 Sobrepeso y Obesidad.

Según la OMS (2012) se considera sobrepeso a un IMC entre 25 y 29 Kg/m<sup>2</sup>, obesidad de grado I al IMC entre 30 y 34 Kg/m<sup>2</sup>, obesidad de grado II al IMC entre 35-39.9 kg/m<sup>2</sup>, obesidad de grado III al IMC mayor o igual a 40 kg/m<sup>2</sup> y obesidad de grado IV u obesidad extrema al IMC mayor a 50 kg/m<sup>2</sup>.<sup>1</sup>

El índice de masa corporal (IMC) es la valor resultante de dividir el peso, medido en kilogramos sobre el cuadrado de la altura medida en metros (IMC = peso / altura<sup>2</sup>), según la cifra resultante se considera peso normal el rango entre 18,5 y 25, sobrepeso desde 25 a 30, obesidad moderada de 30 a 35, obesidad severa de 35 a 40 y obesidad muy severa de 40 a 45 (WHO/ Europe, s. f.).<sup>2</sup>

En niños y adolescentes se puede utilizar el mismo índice, si bien los valores de referencia para determinar el sobrepeso u obesidad son específicos para cada edad, deben consultarse tablas de crecimiento específicas, para poder diagnosticar dicha enfermedad. Las ventajas planteadas para utilizar el IMC como predictor de sobrepeso y obesidad se basan en que existe una buena correlación poblacional con el contenido de grasa corporal y dicho índice, así como, el hecho de que ha demostrado una correlación positiva con el riesgo relativo de mortalidad (general y cardiovascular), independiente del sexo. Esta correlación es la que ha determinado los puntos de corte para el diagnóstico de sobrepeso y obesidad, sin embargo se han planteado varias limitaciones para el uso del IMC como indicador, entre éstas se plantea que, a nivel individual, no es un buen indicador de la composición corporal, pues no distingue la contribución de la masa magra y de la masa grasa en el peso, no mide los cambios que se producen en la grasa corporal con los cambios de edad, entrenamiento físico, así como, en grupos étnicos con distinta proporción corporal en cuanto a longitud de extremidades y estatura en posición sentada.<sup>3</sup>

Deurenberg y colaboradores establecieron una ecuación para estimar el porcentaje total de grasa en adultos, basado en el IMC, la edad y el sexo:  
% grasa corporal = 1.2 (IMC) + 0.23 (edad) – 10.8 (sexo) – 5.4, donde, sexo = 1 para hombres, y sexo = 0 para mujeres.<sup>3</sup>

La obesidad es una enfermedad sistémica, crónica y progresiva que se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa. En su etiología se involucran alteraciones en el gasto energético, desequilibrio en el balance entre aporte y utilización de las grasas, causas de carácter neuroendocrino, metabólicas, genéticas, factores del medio ambiente y psicógenas.<sup>4</sup>

La obesidad es considerada como una condición que implica exceso de grasa (tejido adiposo) en el cuerpo; en pequeñas cantidades, la grasa, es muy útil como

fuerza de energía almacenada y como aislante, constituye también un factor en el almacenamiento y absorción de algunas vitaminas, pero el exceso de tejido adiposo puede ocasionar serios problemas. Sus causas son diversas y en su gran mayoría evitables y prevenibles.<sup>1, 5</sup>

Desde la década de los años 40, el médico francés Jean Vague planteó que la distribución anatómica de la grasa corporal determinaba en forma distinta el riesgo de salud asociado a la obesidad, con base en esto, se ha podido establecer que la acumulación preferencial de grasa en la zona toracoabdominal del cuerpo se asocia a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular y metabólica. Por esta razón, se han planteado desde entonces el empleo de una serie de mediciones e índices para determinar la distribución de la grasa corporal.

Entre los más utilizados se encuentran:

El índice cintura cadera, y la medición exclusiva de la circunferencia de cintura, que se plantea que estima con la misma exactitud la grasa intraabdominal como lo hace la relación cintura cadera. Por lo anterior, hoy en día se considera a la medición de la circunferencia de cintura un buen predictor clínico del riesgo cardiovascular asociado a obesidad abdominal. Según las recomendaciones de las Guías Clínicas para la Obesidad del Instituto Nacional de Salud de los EE.UU. (NIH), se consideran puntos de corte de circunferencia de cintura de 88 cm. para las mujeres y de 102 cm. para los hombres, valores incluidos en la definición del Síndrome Metabólico según las Guías propuestas por el Panel de Expertos en Colesterol en el Tercer Panel de Tratamiento para Adultos (ATP III). Se establecieron los siguientes puntos de corte de circunferencia de cintura, como nivel de alerta y nivel en el cual ya hay que realizar una acción terapéutica:

### VALORES DE CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL SEGÚN NIH <sup>3</sup>

	Zona de alerta	Zona de acción
Hombres	>94 centímetros	>102 centímetros
Mujeres	>80 centímetros	>88 centímetros

La obesidad ha sido considerada como la epidemia del siglo XXI, es considerada una patología de alta prevalencia mundial y nacional que avanza de manera estable y paulatina en países desarrollados y en aquellos en vías de desarrollo. El exceso de masa corporal (sobrepeso y obesidad) es reconocido actualmente como uno de los retos más importantes de salud pública en el mundo, dada su magnitud, la rapidez de su incremento y el efecto negativo que ejerce sobre la salud de la población que lo padece.<sup>6,7</sup>

De acuerdo con datos recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) la obesidad es una enfermedad que afecta a gran parte de la población de los países del mundo y presenta una tendencia que va en aumento. En sólo cuatro décadas el perfil epidemiológico de México ha cambiado; en el pasado, los

principales problemas eran la desnutrición y enfermedades infecciosas, mientras que hoy en día se ha documentado uno de los incrementos más rápidos en el mundo de sobrepeso, obesidad y sus enfermedades asociadas, como diabetes, enfermedad del corazón y enfermedad cerebro vascular. Este fenómeno constituye uno de los grandes retos a los que debe enfrentarse el sistema de salud mexicano.<sup>8</sup>

La obesidad se extiende a un ritmo alarmante, no sólo en países industrializados sino también en los países en desarrollo. Según las cifras más recientes, México ocupa el primer lugar en el mundo en obesidad infantil, y el segundo en obesidad adulta. En México, la obesidad se ha convertido en un problema de salud pública importante, ya que en los últimos 60 años su prevalencia ha aumentado consistentemente, de manera particular en las últimas dos décadas, de 10 a 20% en la infancia, de 30 a 40% en la adolescencia y de 60 a 70% en los adultos. La encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) realizada en México en 2012, reveló que 35% de los adolescentes presentaban sobrepeso u obesidad. Entre 2006 y 2012 el aumento combinado tanto de sobrepeso como de obesidad fue de 7% para el sexo femenino y 3% para el sexo masculino. Además la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres de 20 a 49 años se incrementó considerablemente. Si bien la tendencia de sobrepeso disminuyó 5.1% entre 2006 y 2012, la obesidad aumentó 2.9%.<sup>5, 9</sup>

Se considera que la prevalencia de sobrepeso y obesidad, en la infancia y adolescencia, está aumentando tanto en los países desarrollados, como en los países en vías de desarrollo. Los problemas nutricionales de los escolares se relacionan con una malnutrición asociada a hábitos alimentarios poco saludables.<sup>10</sup>

La incidencia de la obesidad en las etapas evolutivas ha crecido de manera exponencial: en los escolares (cinco a once años), uno de cada cuatro (26%) y en los adolescentes uno de cada tres (35%) tienen sobrepeso u obesidad. En los escolares, según fuentes oficiales, la prevalencia de 26% representa 4.158.800 niños con exceso de peso, de tal manera que entre sobrepeso y obesidad en escolares y adolescentes hubo en el 2006 alrededor de 5.757.400 menores (ENSANUT 2006), siguiendo los criterios de la International Obesity Task Force (IOTF). Diversos autores enfatizan el grave riesgo de padecer diabetes, hipertensión y enfermedades cardiovasculares a edades tempranas, pues la trascendencia negativa de las enfermedades metabólicas asociadas con la nutrición se expresa ya en las principales causas de muerte entre los escolares y adolescentes mexicanos.<sup>11</sup>

De acuerdo con los resultados de la ENSANUT 2012, 35% de los adolescentes tiene sobrepeso u obesidad. En el ámbito nacional esto representa alrededor de 6 325 131 individuos entre 12 y 19 años de edad. Además, indica que más de uno de cada cinco adolescentes tiene sobrepeso y uno de cada diez presenta obesidad. Actualmente México está inmerso en un proceso de transición donde la población experimenta un aumento inusitado de IMC que afecta a las zonas urbanas y rurales, a todas las edades y a las diferentes regiones. Es importante mencionar que el aumento en la prevalencia de obesidad en México se encuentra entre los más rápidos documentados en el plano mundial, ya que, el que 7 de cada

10 adultos presenten sobrepeso y que de estos la mitad presenten obesidad constituye un serio problema de salud pública, por lo que resulta indispensable redoblar esfuerzos para disminuir estas prevalencias que están aumentando el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles, con grandes costos directos e indirectos para el Estado.<sup>9</sup>

Se sabe que en el desarrollo de la obesidad influyen factores genéticos y ambientales. Estudios en gemelos han demostrado claramente un riesgo genético y el descubrimiento de la leptina, grelina, adiponectina y otras hormonas que influyen el apetito, la saciedad y la distribución grasa han ayudado a entender los mecanismos fisiológicos para el riesgo metabólico. El almacenamiento de grasa es un proceso biológico normal que se encuentra en muchos animales para protegerlos de la escasez de alimentos; desde mediados del siglo XX, Neel (1962) lanzó la hipótesis de la existencia de un gen “ahorrador”, sin embargo hasta el presente, no se ha encontrado ningún gen adicional en el humano, más bien, es la ausencia de la enzima uricasa, que está presente en todos los mamíferos exceptuando a los humanos y a los grandes simios, que puede ser la causa del fenotipo ahorrador. Este fenotipo representó una ventaja evolutiva, pues permitió a los primeros homínidos soportar migraciones y hambrunas. Sin embargo, en las sociedades modernas con una abundancia constante de alimentos, este eficiente fenotipo prepara a los individuos para un hambre que no llega.<sup>2,12</sup>

El estrés es otro factor importante en la etiología de la obesidad. Una situación de estrés agudo inhibe el apetito, sin embargo si este se mantiene hasta convertirse en crónico, las glándulas adrenales liberan una hormona llamada cortisol, que incrementa el apetito en particular hacia alimentos altos en grasa o en azúcar, o en ambos, lo que aparentemente inhibe la acción del sistema límbico. La sobre-ingesta no es la única conducta asociada con el estrés; una persona estresada también pierde el sueño, hace menos ejercicio, y toma más alcohol, lo cual contribuye a la ganancia de peso. La obesidad es un problema complejo que involucra, entre otras variables, dos comportamientos básicos: la sobre-ingesta y el sedentarismo.<sup>2</sup>

Cabello y Zúñiga (2007) encontraron que la génesis de la obesidad se relaciona con los eventos de vida estresantes, por lo que se emplea la comida como refugio para compensar frustraciones, depresión, necesidades y temores. Aún más, los hábitos alimenticios familiares son un fuerte detonador de la obesidad. Según Bresh (2006), muchas personas refieren que comen cuando están angustiadas, deprimidas, cansadas o se sienten solas, de manera que una razón posible de la frecuencia de comer en respuesta a la tensión, la angustia y la depresión es que, desde hace mucho tiempo, se ha creído que la ingesta de alimentos reduce ansiedades, depresiones, etc.<sup>5</sup>

La obesidad se considera una enfermedad con tres supuestos:

- a) aunque se le conocen etiologías variadas que combinan grados de disposición genética con grados de factor ambiental o conductual, su definición descansa solamente en la acumulación excesiva de tejido adiposo;

- b) la patogenia se explica con un modelo termodinámico que contempla la acumulación de grasa como función lineal de la diferencia simple entre ingresos y gastos energéticos;
- c) se considera enfermedad porque la probabilidad de morir o de padecer alguna enfermedad somática (p. ej. diabetes) varía en función del exceso de adiposidad, sin considerar otros riesgos como las psicopatologías que suelen preceder, acompañar y suceder a la adiposidad. Los factores psicosociales no forman parte del núcleo teórico que fundamenta la terapia endocrinológica estándar, aparentemente lógica pero carente de pruebas empíricas de efectividad a largo plazo tras décadas de aplicación: dieta, ejercicio, consejos sobre hábitos saludables y campañas preventivas.<sup>13</sup>

Las consecuencias de la obesidad pueden ser físicas o psicológicas. Damasceno (2006) señala que la obesidad se asocia a condiciones tales como dislipidemia, diabetes e hipertensión arterial; a pesar de ser el factor más significativo en el riesgo de desarrollar enfermedades crónicas, el exceso de peso merece también atención por su fuerte relación con el aumento de la presión arterial y resistencia a la insulina. El mayor acceso a la comida con un alto contenido de grasas, al que se le suma el sedentarismo provocado por la aparición del automóvil, la televisión y la computadora, ha convertido a las sociedades occidentales en conjuntos de individuos sedentarios que consumen una gran cantidad de alimentos con alto contenido de grasa y azúcares simples (Díaz, 2007).<sup>5</sup>

La obesidad es un factor causal de enfermedades somáticas (síndrome metabólico, enfermedad cardiovascular, cáncer, daño hepático, trastornos endocrinológicos y en la fertilidad, enfermedades respiratorias, artropatías, etc.) que merma la calidad de vida, incrementa la mortalidad y tiene un creciente coste económico debido a que la obesidad ocupa el 10% del gasto sanitario global.<sup>3-5</sup> Además se asocia con trastornos psiquiátricos frecuentes (depresión, ansiedad, trastornos de la conducta alimentaria, etc.),<sup>6-8</sup> es causa de complicaciones psicosociales (baja autoestima, acoso escolar, estigmatización social), y tal vez sea un marcador de rasgo de otras condiciones psicopatológicas primarias (trastorno por déficit de atención e hiperactividad, trastorno bipolar).<sup>13</sup>

La obesidad en los niños tiene efectos importantes que van mermando su salud y su calidad de vida. Asimismo, ocasiona secuelas psicológicas importantes como aislamiento, depresión e inseguridad, entre otros. Esta enfermedad también se asocia con asma, apnea, ginecomastia, diabetes e hipertensión, entre otras complicaciones. Además de todo esto, el riesgo de ser obeso en la vida adulta se duplica. Dentro de las complicaciones más frecuentes asociadas al sobrepeso y la obesidad en adultos se encuentran la hipertensión arterial y la diabetes mellitus. En el caso de la primera, México ubica sus mayores prevalencias en siete estados del norte del país. Entre el 2006 y el 2012 aumentó la prevalencia cerca del 20% y afecta uno de cada tres adultos, y es mayor en hombres que en mujeres. En el segundo caso, algunos datos globales cuentan que trece de cada 100 muertes son a causa de la diabetes mellitus; catorce de cada 100 diabéticos padecen nefropatías, cinco de cada 100 ceguera y también se ha referido que quienes

padecen esta enfermedad tienen tres veces más riesgo de tener cardiopatías, depresión y cambios de personalidad.<sup>14</sup>

Debido a que la etiología de este padecimiento es multifactorial, se plantea la necesidad de abordar de manera integral al paciente, por lo que debe incluirse al tratamiento un apartado psicológico el cual considere y trabaje ciertas variables cognitivas (creencias), afectivas (manejo de estados emocionales displacenteros) y ambientales (costumbres, hábitos familiares y otros) que repercuten de manera directa tanto en la etiología como en el mantenimiento de la obesidad. Lo anterior debiera traducirse en un abordaje idiosincrásico y específico a cada paciente; surge así, la necesidad de realizar una evaluación completa de la personalidad y el sistema ambiental del paciente obeso que asiste a consulta por este problema.<sup>5</sup> Hay una serie de instrumentos diagnósticos recomendables para la evaluación del paciente obeso, dependiendo del foco de atención en que el profesional quiera centrarse y el grado de objetividad que persiga.<sup>5</sup>

La importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y el tratamiento de la obesidad es evidente, por lo que el terapeuta u otro profesional a cargo del paciente obeso deben brindar apoyo, información y educación, fortaleciendo y facilitando la catarsis y expresión de los conflictos por parte del paciente, principalmente porque en el paciente obeso se manifiestan comúnmente problemas en las área afectiva y cognitiva, como una baja autoestima y pobre autoimagen, especialmente en lo referente al propio esquema corporal (representación psíquica consciente e inconsciente del propio cuerpo), observándose una deteriorada imagen de sí mismo y de su cuerpo y una baja expectativa respecto de la autoeficacia y el logro.<sup>5</sup>

Por lo anterior, un tratamiento integral del paciente obeso debe facilitarle no sólo herramientas que le hagan posible un cambio de hábitos alimentarios y de estilo de vida, sino también los elementos básicos para que logre un fortalecimiento interno que le ayude a obtener resultados óptimos (en este caso, la reducción de peso) y también algunos “bastones” que, al igual que cualquier paciente adicto, le otorguen la seguridad y confianza necesarias para enfrentar posibles recaídas. Dentro de este último punto se pueden mencionar, por ejemplo, el uso de técnicas de discriminación de emociones y estados internos, técnicas para el manejo de ansiedad y técnicas conductuales de desfocalización.<sup>5</sup>

El sobrepeso y la obesidad afectan a 7 de cada 10 adultos mexicanos de las distintas regiones, localidades y nivel socioeconómico. Esto implica que los esfuerzos para prevenir este problema deben tener prioridad nacional al mismo tiempo que se implementan esfuerzos multisectoriales y con participación social para su control. Para ello se requiere regulación, diseño y evaluación de programas y una adecuada inversión de recursos. El Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA) constituye el primer esfuerzo multisectorial del Gobierno federal para abordar este problema, sin embargo, el reto en los próximos años será intensificar las acciones, evaluarlas y perfeccionarlas. El Acuerdo Nacional por la Salud Alimentaria, presentado el 10 de enero de 2010, es la estrategia que

desarrolló el gobierno federal para combatir la epidemia de sobrepeso y obesidad que ya afectaba al 70% de los adultos y a 28% de los niños de primaria y secundaria en 2010. La situación en México, desde que apareció la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2006, llamó la atención internacional, al presentarse el crecimiento más acelerado en el índice de sobrepeso y obesidad infantil.<sup>9</sup>

El sobrepeso y la obesidad son causa de empobrecimiento porque disminuyen la productividad laboral y provoca gastos catastróficos en salud relacionados con enfermedades crónicas. Por ejemplo, actualmente 12% de la población que vive en pobreza tiene diabetes y 90% de esos casos se pueden atribuir a sobrepeso y obesidad. A nivel mundial, el sobrepeso y la obesidad están relacionados con un mayor número de defunciones que el déficit ponderal. Hoy en día, el 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad cobran más vidas que el déficit ponderal (estos países incluyen a todos los de ingresos altos y la mayoría de los de ingresos medianos).<sup>15</sup>

## **2.2 Depresión.**

La depresión es un trastorno mental común que se presenta con el estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, trastornos del sueño o del apetito, baja energía, y falta de concentración. Estos problemas pueden convertirse en crónicos o recurrentes y conducir a un perjuicio sustancial de la capacidad de una persona para hacerse cargo de sus responsabilidades cotidianas. En el peor de los casos, la depresión puede conducir al suicidio.<sup>16</sup>

Debemos tener en cuenta que la depresión, es una alteración patológica del estado de ánimo, caracterizada por un descenso del humor. La prevalencia nacional de síntomas depresivo es 17,2%, siendo mayor en mujeres (25,7%) que en hombres (8,5%). El segundo factor es la ansiedad la que puede ser comprendida como la contraparte patológica del miedo normal, y se manifiesta como alteraciones del ánimo, de los pensamientos, del comportamiento y de actividades fisiológicas.<sup>1</sup> La depresión es un problema importante de salud pública mundial debido tanto a su prevalencia relativamente alta a lo largo de la vida como a la importante discapacidad que causa. En 2002 fue responsable del 4,5% de la carga mundial de morbilidad (expresada como años de vida ajustados en función de la discapacidad). Es, asimismo, responsable de la proporción más elevada de la carga atribuible a resultados sanitarios no mortales, y a ella se debe casi el 12% del total mundial de años vividos con discapacidad. Sin tratamiento, la depresión tiende a hacerse crónica, a recurrir y a causar una discapacidad que se acentúa con el tiempo.<sup>16</sup>

La depresión es, después de los problemas de adaptación, la causa psiquiátrica más frecuente de visitas consecutivas a los servicios de atención primaria. Cabe resaltar también que los estresores psicosociales pueden estar implicados en la presentación y evolución de cualquiera de los trastornos depresivos. La incidencia

de los cuadros depresivos en la práctica médica general se ha incrementado de 3 a 10 veces.<sup>16</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que los trastornos neuropsiquiátricos representan un total del 28% del global de las enfermedades, de éste, más de un tercio es causado por el trastorno depresivo<sup>1</sup>, y estableció que la depresión afecta a unos 350 millones de personas en el mundo (Encuesta internacional de Salud Mental OMS, 2012), con una prevalencia que oscila entre 3.3 al 21.4% y menos del 25% tienen acceso a tratamientos; advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como comorbilidad o situaciones de estrés. Es el principal factor que contribuye a la carga de enfermedades no mortales y es responsable de un gran número de AVAD perdidos a escala mundial. Es la cuarta causa principal de carga de morbilidad a nivel mundial y se prevé que subirá hasta ser la segunda causa principal en el 2030.<sup>18</sup>

La depresión es la principal causa de discapacidad, medida por APD (años de vida perdidos por discapacidad) y el cuarto factor que conduce a la carga mundial de morbilidad AVAD (años de vida asociados a la discapacidad) en el 2000.<sup>16</sup>

Tiene el doble de prevalencia en mujeres que en hombres. Se ha postulado que esto se debe a las diferencias hormonales, efectos de la maternidad, distintos factores de estrés psicosocial en mujeres que en hombres. Prevalencia de por vida: Hombres 5-12% y mujeres 10-25%<sup>16</sup>.

Una de las mejores fuentes de información actualmente disponibles acerca de la depresión en México es la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, también conocida como la Encuesta Nacional de Comorbilidad en México, realizada entre 2001 y 2002. La encuesta con adultos permitió estimar que la tasa de prevalencia anual de depresión en México fue de 4.8% entre la población general de 18 a 65 años (IC 95%=4.0-5.6), solamente superada por los trastornos de ansiedad, con una prevalencia anual de 6.8% (IC 95%=5.6-7.9).<sup>19</sup>

Un estudio en cuatro ciudades mexicanas, en el que se usó el CIDI (Composite International Diagnostic Interview Schedule), estimó que una de cada ocho personas (12.8%) padece trastornos depresivos, y que cerca de la mitad los presentó en el último año (6.1%). Se encontró que el sexo, la edad y el nivel educativo se asocian con la prevalencia de depresión en el «último año». En México, como en el resto del mundo, las cohortes más jóvenes padecen tasas mayores. De hecho, al menos la mitad de los casos de trastornos mentales ocurren antes de que las personas cumplan 21 años. La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes identificó que 7.2% de los jóvenes de la Ciudad de México, que tienen entre 12 y 17 años, sufrieron un trastorno depresivo en el último año (IC 95%=6.3-8.3), con prácticamente la mitad de los casos (54.7%) calificados como graves. El estudio de la OMS, comparativo entre países, encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las de los hombres, y que la asociación entre depresión y sexo no varía entre países de acuerdo con el ingreso [ $\chi^2 (1)=2.3, p=0.13$ ]. Las cohortes femeninas más jóvenes

mostraron menores puntajes de tradicionalidad en cuanto a roles de género y las nuevas generaciones tuvieron menor riesgo de depresión.<sup>19</sup>

La edición original del DSM (American Psychiatric Association, 1968), ofreció tres probabilidades diagnósticas para las depresiones severas: la reacción maniaco depresiva psicótica, la reacción depresiva psicótica y la reacción involutiva. Luego en el DSM IV TR (2000) ofrece dos posibilidades diagnósticas para las depresiones graves: trastorno bipolar y depresión mayor. No incluye una categoría diagnóstica específica para la melancolía involutiva.<sup>16</sup>

De acuerdo con la clasificación del DSM IV TR, el trastorno depresivo mayor (también llamado depresión unipolar) aparece en personas sin antecedentes de episodios maníacos, mixto o hipomaníacos. El episodio depresivo mayor debe durar por lo menos 2 semanas y, habitualmente se asocia por lo menos con cuatro de los síntomas de una lista que comprende cambio del apetito, y el peso corporal; cambios en los hábitos del sueño y la actividad; energía, sentimientos de culpa; problemas para pensar y tomar decisiones y pensamiento recurrentes sobre la muerte o el suicidio.<sup>16</sup>

Para determinar el grado de intensidad con que se presentan los síntomas, se clasifica el trastorno como:

- a) Leve:1,
  - b) Moderado:2,
  - c) Grave: 3,
  - d) En remisión parcial: 4,
- Total: 5.

Ambas clasificaciones recurren a describir en forma multiaxial los componentes secundarios o coexistentes con el diagnóstico principal, motivo de la consulta, que se anota en el eje I. El eje II permite subrayar el telón de fondo sobre el que se proyecta el trastorno clínico: retraso mental o trastorno de la personalidad. Eje III incluye las enfermedades médicas. Eje IV está previsto para recoger datos sobre problemas psicosociales y ambientales que afecten al paciente. El eje V evalúa la actividad y la adaptación social y laboral. Sistematizar esta recogida de información hace más difícil que se pasen por alto los numerosos factores que condicionan la patología psiquiátrica y resaltan, deforman o enmascaran los síntomas principales, interfieren con los tratamientos y alteran los resultados.<sup>16</sup>

### **2.3 Episodio depresivo mayor**

A) Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o de placer.

Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

B) Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

C) El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.

Nota: Los Criterios A–C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a una catástrofe natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida del apetito y pérdida de peso que figuran en el Criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en la presencia de un episodio de depresión mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D) El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.

E) Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maníaco o hipomaníaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra afección médica.<sup>18</sup>

El código diagnóstico del trastorno de depresión mayor se basa en si es un episodio único o recurrente, la gravedad actual, la presencia de características psicóticas y el estado de remisión. La gravedad actual y las características psicóticas sólo están indicadas si se cumplen actualmente todos los criterios para un episodio de depresión mayor. Los especificadores de remisión sólo están indicados si actualmente no se cumplen todos los criterios para un episodio de depresión mayor.<sup>20</sup>

## **2.4 Inventario de depresión de Beck (BDI)**

Evalúa la severidad de los síntomas de la depresión. Es una de las escalas más utilizadas tanto en muestras clínicas como no clínicas.

21 afirmaciones:

De 0 (ausencia de síntomas depresivos) a 3 (depresión severa)

Estudio 1: 81 personas, hombres y mujeres, para el estudio piloto, y 1,508 (650 personas de población general y 858 estudiantes) para el estudio normativo.

Estudio 2: 120 pacientes con diagnóstico de depresión del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía

Estudio 3: 546 alumnos de bachillerato.

La versión 1993 del BDI se tradujo al español y se sometió a validación de 10 jueces expertos en depresión y psicometría. El análisis de consistencia interna arrojó un valor alfa de 0.87. Todos los reactivos mostraron capacidad discriminativa (obtenida mediante el contraste del 25% de puntajes bajos contra el 25% de puntajes altos).

Se obtuvieron normas mexicanas para cada submuestra mediante el procedimiento de rango percentilar. La validez concurrente entre el BDI y la escala Zung con pacientes con diagnóstico de depresión fue de  $r = 0.70$ , y con estudiantes de bachillerato fue de  $r = 0.65$ .

- I. Factor 1
- II. Factor 2
- III. Factor 3

- En realidad yo no me siento culpable
- Me siento culpable una gran parte del tiempo
- Me siento realmente culpable una gran parte del tiempo
- Me siento culpable todo el tiempo
- Puedo trabajar tan bien como antes
- Requiero de más esfuerzo para iniciar algo
- Tengo que obligarme para hacer algo
- Yo no puedo hacer ningún trabajo. <sup>21</sup>

El Inventario Beck de Depresión II, por sus características calidad psicométrica, facilidad y rapidez en su aplicación y justeza en la identificación de los síntomas depresivos según criterios del DSM-IV, pues se trata de una prueba que sirve para discriminar rápidamente los posibles casos de depresión. El inventario Beck de Depresión II, ha sido ampliamente utilizado como medida de sintomatología depresiva en pacientes con trastornos psicológicos y en población normal, hasta constituirse en el instrumento autoaplicado para evaluar la depresión más utilizado en la práctica clínica y en investigación.<sup>22</sup>

## **2.5 Obesidad y depresión**

La depresión afecta a personas de todas las edades, sexo y origen étnico, generando costos en la atención médica y a causa de la discapacidad que genera. El Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, por sus siglas en inglés) informa que en los años de vida ajustados por discapacidad (DALYs), la depresión es la principal enfermedad o trastorno individual en los Estados Unidos y Canadá con una estimación de 10,3 años perdidos debido a esta enfermedad, encontrándose así por arriba de las cifras correspondientes a enfermedades como cardiopatía isquémica, los trastornos del consumo de alcohol o las enfermedades pulmonares. Lo más alarmante son las diferencias en los resultados de salud y los costos que esto genera en los pacientes que sufren de depresión y otras comorbilidades. Los pacientes con depresión tienen costos en el tratamiento médico significativamente más altos en comparación con los pacientes que no padecen depresión, esto encontrado en todos los grupos de edad y en todos los niveles de atención médica, incluso después del ajuste hecho para enfermedades médicas crónicas. La media edad de inicio del trastorno depresivo mayor es de 40 años y el 50% comienza entre los 20 y 50 años de edad. <sup>16,23</sup>

Datos de la OMS nos demuestran como la depresión empeora el curso de las enfermedades crónicas, podría estar relacionado con la hipobulia o abulia que presenta el sujeto depresivo, el aumento de apetito que sucede en algunos casos, la falta de cuidados de salud relacionados con su mismo malestar; pudiendo aumentar los riesgos de padecer el síndrome metabólico. Un rol importante en estas afecciones lo cumple el estrés, cuando este se encuentra de forma constante por mucho tiempo genera un aumento del cortisol, cuando el mismo se

encuentra elevado puede generar una depresión con hipercortisolemia, y acompañado del mismo puede aparecer hipertensión, hiperglucemia, obesidad, cuadros que forman parte del síndrome metabólico. Existen asociaciones sólidas entre la obesidad y una serie de trastornos mentales, entre los que se encuentran el trastorno por atracón, los trastornos depresivos y bipolares, la esquizofrenia y el consumo de algunos medicamentos psicotrópicos.<sup>2, 16</sup>

Los datos epidemiológicos existentes no permiten extraer conclusiones firmes sobre la asociación entre depresión y obesidad pero hay estudios de intervención que prueban cómo la pérdida de peso excesivo disminuye los síntomas de la depresión<sup>39</sup> y que la depresión predice peor resultado en la terapia bariátrica. Se han postulado causas neurobiológicas comunes a la depresión y a la obesidad que involucran estados inflamatorios y alteraciones del eje hipotálamo-hipófiso-adrenal, pero se ha señalado que hasta un 86% de la asociación entre depresión basal y obesidad ulterior es atribuible a los antidepresivos. La asociación entre constructos psicológicos y obesidad es una tarea clásica de la psicósomática y ofrece hipótesis sugerentes; por ejemplo, el papel causal del estigma o cómo el exceso de ingesta alivia estados emocionales.<sup>13</sup>

Los obesos típicamente responden con vergüenza, pena y culpa. Muchos de ellos –en particular los pacientes de nivel socioeconómico medio y alto– experimentan repetidos fracasos para controlar su peso. La carga puede no desembocar en una depresión clínica, pero reduce la autoestima del paciente en algunas áreas de funcionamiento y afecta la calidad de vida general del individuo. La presencia de complicaciones como la diabetes puede intensificar los mencionados sentimientos. La frustración y la vergüenza se intensifican cuando los pacientes, luego de una pérdida de peso, vuelven a subirlo, lo que a veces se ve exacerbado por los mismos profesionales, que sugieren que “[dichas personas] no tendrían muchas ganas de bajar, pues de lo contrario habrían hecho más esfuerzos para bajar de peso”.<sup>13</sup>

El Trastorno por Atracón es un trastorno alimentario caracterizado por la presencia de atracones sin conductas compensatorias y que se acompaña por sensación de pérdida de control al comer. La prevalencia del Trastorno por Atracón en la población general es de 1.9 a 3.5%, sin embargo aumenta a 20 a 30% en pacientes obesos. El Trastorno por Atracón no es la única patología psiquiátrica que ha sido asociada con la obesidad. La presencia de patologías psiquiátricas en pacientes obesos ha sido estudiada, encontrándose que entre el 40 y 72% de los pacientes presentan al menos una patología psiquiátrica, siendo las más frecuentes la Depresión y la Ansiedad. Se ha encontrado asociación entre Depresión y obesidad, sobre todo al comparar la sintomatología depresiva con el Índice de Masa Corporal (IMC), observándose que a mayor IMC se observa puntuación más alta en escalas de Depresión. Faith *et al.* En un análisis prospectivo de asociaciones obesidad-Depresión y Depresión-obesidad en población general, encontraron que la obesidad incrementa el riesgo de desarrollar Depresión. Sin embargo, la asociación Depresión-obesidad ha mostrado resultados contradictorios en distintos estudios.<sup>24</sup>

Obesidad y depresión: entre adultos con sobrepeso y obesidad, el diámetro de cintura se asocia significativamente con el aumento de las probabilidades de tener síntomas de depresión grave o síntomas depresivos moderados a graves, esto sería consistente con la hipótesis que vincula obesidad y depresión a través de alteraciones metabólicas que implican el eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal aunque, dependiendo del grupo racial se pueden encontrar diferencias significativas. Es importante reseñar la relación inversa entre prevalencia de obesidad y nivel socioeconómico, y la relación con la actividad social y física, que también desempeñan un importante papel en la prevalencia de la depresión y los trastornos por ansiedad en la obesidad. La obesidad se asocia con un aumento de la depresión y se considera un factor adicional que acentúa el riesgo de sufrir las complicaciones de este padecimiento<sup>1, 10</sup>. Se sabe que los hombres que presentan un IMC superior a 30 tienen más probabilidades de padecer depresión. Por lo tanto, existe un vínculo entre la obesidad y la depresión, pero no está claro si la depresión conduce a la obesidad o si la obesidad causa depresión<sup>11</sup>. Recientemente, en pacientes con diabetes, las tasas más altas de ansiedad y depresión se han observado entre individuos con un IMC elevado, por lo que se ha propuesto que el IMC elevado favorece la aparición de ansiedad y depresión.<sup>25</sup>

Más allá de las consecuencias médicas del sobrepeso y la obesidad, sus consecuencias psicosociales y conductuales no resultan menos relevantes, destacando, entre ellas, la estigmatización relacionada con el peso, el sufrimiento ligado a la insatisfacción corporal y el desarrollo de conductas patológicas para el control del peso. En relación con la estigmatización, está bien documentado que resultan frecuentes las burlas, que se reducen las oportunidades para las relaciones de pareja, que son frecuentes las consecuencias económicas negativas y que la visión de las personas obesas por parte de los demás se caracteriza por la existencia de unos estereotipos cargados de calificativos negativos. La insatisfacción corporal ligada al sobrepeso y la obesidad está bien documentada, con una relación directa entre un mayor peso y una mayor insatisfacción. También está bien documentada la relación entre sobrepeso y obesidad y la existencia de conductas no saludables para el control del peso. Finalmente, la asociación entre burlas acerca del peso, insatisfacción corporal y conductas de riesgo es bien conocida desde hace tiempo. Tampoco debe olvidarse que hay algunas evidencias clínicas de la relación del sobrepeso y la obesidad con una peor autoestima y mayores niveles de ansiedad y depresión, si bien estos hallazgos no han sido ratificados en muestras de población. Entre las consecuencias psicopatológicas del sobrepeso y la obesidad se ha observado un mayor riesgo para el desarrollo de trastornos de la conducta alimentaria (TCA), existiendo un especial riesgo de bulimia en niños obesos.<sup>26</sup>

Además de la asociación de patologías psiquiátricas con obesidad, es también relevante la asociación entre alimentación y la construcción de la imagen corporal. La construcción de la imagen corporal es un proceso que se relaciona con los

valores estéticos promovidos por cada sociedad en el momento que se vive. Actualmente el ideal estético asocia belleza con delgadez, tamaño que en algunos casos es difícil de alcanzar. La insatisfacción corporal se define como el malestar subjetivo de una persona con respecto a su tamaño o silueta y se da principalmente cuando el tamaño corporal real difiere del ideal propuesto por los cánones sociales. La insatisfacción corporal se ha descrito como un factor que contribuye al malestar emocional y que incluso podría colaborar con el desarrollo de patologías psiquiátricas como la depresión e incluso trastornos alimentarios, especialmente si se inicia a edades tempranas. Existen múltiples instrumentos utilizables para medir objetivamente la presencia de psicopatología en diferentes poblaciones de pacientes. Una de ellas es la escala HADS (*Hospital Anxiety and Depression Scale*). La escala HAD es una escala breve, autoaplicada, que consta de dos subescalas: ansiedad y depresión que fue desarrollada por Zigmond y Snaith para detectar casos de ansiedad y depresión en población hospitalaria no psiquiátrica.<sup>24</sup>

El tratamiento de los síntomas afectivos (depresión, ansiedad) en pacientes obesos es de fundamental importancia, de lo contrario el paciente no será capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento, y en general tendrán mayor dificultad para bajar de peso. Según Bresh (2006), muchas personas refieren que comen cuando están deprimidas y ansiosas, de manera que la ingesta de alimentos reduce ansiedades y depresiones. De igual forma Cabello y Zúñiga (2007) encontraron que la génesis de la obesidad se relaciona con los eventos de vida estresantes, por lo que se emplea la comida como refugio para compensar frustraciones, depresión, necesidades y temores que pueden además estar asociadas al prejuicio y la discriminación. El tratamiento de los trastornos afectivos en los pacientes obesos es de fundamental importancia, pues de lo contrario no será capaz de comprometerse adecuadamente con el tratamiento y, en general, tendrán considerable dificultad para bajar de peso. Gutiérrez (2005) propone que la autoestima sea considerada como un factor relevante en el pronóstico de los trastornos de la conducta alimentaria, y establece que una mejora de la misma en los pacientes obesos proporciona un seguro a la capacidad para que desarrollen más formas de afrontamiento de los conflictos y reducción de peso.<sup>5, 6</sup>

El sobrepeso y la obesidad son el principal problema de Salud Pública en México, ya que ocupa el primer lugar mundial en niños y el segundo en adultos con este padecimiento. El estado de salud de los individuos es esencial para el desarrollo de las capacidades físicas, razonamiento y funcionamiento cognitivo e interacción social. La buena salud de la población es un factor esencial para aumentar el crecimiento económico y reducir la pobreza. En el ámbito laboral 25% de las incapacidades laborales son por padecimientos relacionados con la obesidad. Cada vez hay más evidencia de que la obesidad y el sobrepeso pueden estar relacionados, en parte, a las condiciones de trabajo adversas. La obesidad puede afectar tanto a las oportunidades de trabajo y rendimiento, así como modificar la relación entre la exposición del lugar de trabajo y el resultado de salud.

Los trabajadores obesos tienen riesgos adicionales de salud, ausencias debido a la discapacidad y la enfermedad y mayores costos de atención de salud. Debido a que las personas con sobrepeso y obesas sufren de una mayor incidencia de las enfermedades crónicas, incluyendo los trastornos musculoesqueléticos, la recuperación de cualquier lesión o enfermedad, incluyendo los que ocurren en el lugar de trabajo, es probable que sea más difícil y más caro que para las personas de peso normal. Hay evidencia que sugiere que la obesidad aumenta el riesgo de ciertas enfermedades o condiciones laborales, como los trastornos músculo-esqueléticos, enfermedades cardiovasculares y asma. La obesidad también puede modificar las respuestas fisiológicas a neurotoxinas y sustancias químicas, muchos de los cuales se encuentran en el trabajo. La eficacia o la disponibilidad de equipo de protección personal pueden estar limitadas para los trabajadores obesos.<sup>27</sup>

### **3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La obesidad es una enfermedad multifactorial y principalmente el consumo de alimentos de alto contenido energético, factores psicosociales y la falta de actividad física, han generado un aumento desproporcionado en la obesidad. Actualmente el sobrepeso y la obesidad en México se presentan de manera más frecuente ya que afecta a 7 de cada 10 adultos presentando un serio problema de salud pública, la prevalencia en México es una de las más altas a nivel mundial por lo que es necesario el estudio de los factores que predisponen, dan origen y que condicionen el incremento, de este padecimiento, en nuestra población. El problema afecta a ambos sexos pero en las mujeres su prevalencia parece tener una fuerte asociación con las características biológicas, psicológicas y sociales, de este grupo de la población, estas características se relacionan con la probabilidad de que sea mayor en este género. El sobrepeso y la obesidad son un problema de salud pública a nivel mundial, se ha documentado que la ansiedad y la depresión, principalmente en adultos jóvenes, están asociados con la obesidad, esto debido a que al tratar de controlar dichos estados de ánimo se incrementa la cantidad y la ingesta de alimentos.

Se presenta con mayor frecuencia en mujeres, al parecer producto de las características biológicas, psicológicas y situaciones sociales, dentro de éstas últimas probablemente el ritmo de vida y las características de las familias modernas, todo esto aunado a los patrones sociales que imponen un rol de estigma ideal de la figura corporal que hacen vulnerable y predisponen hacia la presencia de trastornos del ánimo, depresión y ansiedad.

Es importante señalar que el médico familiar en el primer nivel de atención, ha sido subestimado para detectar la asociación de estos padecimientos por lo que su intervención enfocada a su diagnóstico y prevención, en forma oportuna, mejoraría la calidad de vida de los pacientes.

Su elevada prevalencia, las repercusiones en la salud de la población y el coste sanitario, son los puntos de interés a estudiar de esta relación entre depresión, sobrepeso y obesidad.

#### **4. PREGUNTA DE INVESTIGACION**

¿Cuál es la relación de depresión e índice de masa corporal alto en mujeres de la consulta externa de la UMF N°7?

#### **5. OBJETIVO DEL ESTUDIO**

Medir la relación de depresión e índice de masa corporal alto en mujeres de la consulta externa de la UMF N°7.

#### **6. JUSTIFICACION**

El presente trabajo de investigación surge debido a que actualmente el porcentaje de obesidad y sobrepeso ha aumentado considerablemente en la población mexicana, de acuerdo a los resultados de la encuesta nacional de salud y nutrición llevada a cabo en el año 2012 México ocupa el primer lugar de obesidad en el adulto a nivel mundial.

La obesidad es una enfermedad crónica producto de múltiples factores entre los que destacan la genética, factores ambientales y el estilo de vida. Es un problema médico que se asocia a numerosas comorbilidades de creciente gravedad por su morbilidad, complicaciones y alta tasa de recurrencia.

Los costos y efectos altos que genera de manera directa e indirecta de la obesidad y sus comorbilidades, aumentan la demanda de los servicios de salud, por lo que es necesaria la creación e implementación de estrategias para su prevención y control y tratamiento oportuno, aunado a esto, se considera que la depresión es una comorbilidad fuertemente asociada al sobrepeso y obesidad, esto contribuye que le resulte al paciente más difícil el apego al tratamiento, por lo que la valoración y tratamiento integral, son puntos clave para la disminuir los cantidad de casos de esta epidemia.

Todo este abordaje y tratamiento integral y multidisciplinario son importantes debido, a que, la obesidad se acompaña con frecuencia de trastornos psicológicos y psiquiátricos entre los que destacan la depresión, y es de considerar que los trastornos depresivos pueden estar presentes en 3 de cada 10 pacientes con obesidad.

La unidad de medicina familiar número 7 del IMSS, cuenta con el mayor número de derechohabientes a nivel nacional, teniendo una población alta de pacientes del género femenino con sobre peso y obesidad. Nuestro propósito evaluará la relación entre la depresión e índice de masa corporal alto en mujeres entre 20 y 59 años de edad, cabe mencionar que no es un estudio novedoso, sin embargo es importante y necesario realizar más investigaciones para determinar la asociación entre estos dos problemas de salud, debido al incremento en la población con sobrepeso y obesidad, además de los cambios demográficos que han surgido en la población y considerando que no se ha realizado un estudio de este tipo la UMF N° 7.

## **7. HIPOTESIS**

Hipótesis nula: No existe relación de depresión e índice de masa corporal alto en mujeres de la consulta externa de la UMF N°7 del IMSS.

Hipótesis alterna: Si existe relación de depresión e índice de masa corporal alto en mujeres de la consulta externa de la UMF N°7 del IMSS.

## **8. SUJETOS, MATERIAL Y METODOS**

### **8.1 Características del lugar donde se realizó el estudio.**

El presente estudio se llevó a cabo en la UMF N°7 del IMSS, primer nivel de atención donde se atiende a una población adscrita a esta unidad de 331,749 derechohabientes.

### **8.2 Tipo de estudio**

- a. Por el control de la maniobra experimental del investigador: se trata de un estudio observacional.
- b. Por la captación de información: es un estudio prospectivo.
- c. Por la medición del fenómeno del tiempo: transversal
- d. Por la presencia de un grupo control: descriptivo
- e. Por la dirección del análisis: transversal analítico
- f. Por la ceguedad en la aplicación y evaluación de las maniobras: abierto

### **8.3 Grupos de estudio**

Se realizó en pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar N° 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social que acudan a consulta a la consulta externa, que cuenten con un índice de masa corporal mayor o igual de 25 a 40 kg/m<sup>2</sup>.

### **8.4 Criterios de selección**

a) Criterios de inclusión:

Pacientes con índice de masa corporal igual o mayor de 25 kg/m<sup>2</sup>.

Pacientes adscritos a la UMF 7.

Pacientes de sexo femenino con edad de 20 a 59 años.

Pacientes que sepan leer y escribir.

b) Criterios de exclusión:

Pacientes portadoras de alguna patología psiquiátrica diagnosticada anteriormente.

Pacientes adscritos a otra unidad de medicina familiar o no adscritos al IMSS.

Pacientes que estén cursando, embarazo, puerperio o lactancia.

Pacientes que se encuentren en tratamiento con fármacos que condicionen obesidad o depresión.

Pacientes que se encuentren en tratamiento dietético o programas de actividad física.

Pacientes que no quieran participar en el estudio.

c) Criterios de eliminación.

Pacientes que migren durante el estudio.

Pacientes que no acepten o retiren su consentimiento para participar del estudio.

Pacientes que al momento del análisis no sean derechohabientes del IMSS.

Pacientes que fallezcan durante el estudio.

Cuestionarios que no sean bien requisitados.

Pacientes con depresión que sean dados de baja durante el estudio.

## 9. TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra fue de 253 mujeres de 20 a 59 años de edad, obtenidas por un muestreo no probabilístico.

La población se obtuvo de la base de datos de ARIMAC, de la UMF N° 7.

Siendo una población total de 54801 pacientes mujeres de 20 a 59 años de edad.

Se realizó el cálculo de la muestra de acuerdo a la fórmula: 
$$n = \frac{Z^2 pq N}{NE^2 + Z^2 pq}$$

Dónde:

n: Es el tamaño de la muestra.

Z: Es el nivel de confianza.

p: Es la Variabilidad positiva.

q: Es la variabilidad negativa.

N: Es el tamaño de la población.

E: Es la precisión del error.

Obteniendo el total de la muestra a estudiar, en este caso se consideró un total de la población de personas 54801 de sexo femenino de 20 a 59 años. Con un nivel de confianza de 95%, precisión del 3%, proporción 5%, se obtuvo la muestra de 202 pacientes más el 20% de proporción esperada de pérdidas presentando una muestra de 253 pacientes para encuestar.

## 10. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

### **INDEPENDIENTE:**

Sobrepeso

Obesidad

### **DEPENDIENTE:**

Depresión

### **SOCIODEMOGRÁFICAS:**

Edad

Género

Escolaridad

Ocupación

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicador	Tipo de variable	Valor
<b>Depresión</b>	Es un estado de tristeza profunda y una pérdida del interés o placer que perdura durante al menos dos semanas y que esta presentes la mayor parte del día. Además de que involucra aspectos emocionales, cognitivos, de estilos de vida y de relación con la estructura social. Es una enfermedad orgánica con múltiples manifestaciones de tipo neurovegetativas y otros componentes de tipo psicológico, social y bioquímico.	Se utilizará la escala de depresión de Beck auto aplicado que consta de 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos cognitivos y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos. La puntuación total de obtiene sumando los valores de las fases seleccionadas que van de 0 a 3.	1. Depresión leve 2. Depresión moderada 3 Depresión grave El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos 1.- Sin depresión: 0-9 puntos 2.- Depresión leve: 10 – 18 puntos 3.- Depresión moderada 19-29 puntos 4.-Depresión grave > 30 puntos	Cuantitativa	Nominal
<b>Obesidad y/o sobrepeso</b>	Condición patológica por una excesiva acumulación de tejido adiposo por desajuste del control entre la energía ingerida y la consumida en los procesos metabólicos, se caracteriza por un IMC $\geq 30$ .	Acumulación anormal o excesiva de la grasa y se mide por el IMC $\text{kg/m}^2$ .	1.Normal (18 – 24.9 $\text{kg/m}^2$ ) 2. Sobre peso (25 – 29.9 $\text{kg/m}^2$ ) 3.Grado I (30-34.9 $\text{kg/m}^2$ ) 4. Grado II (35-39.9 $\text{kg/m}^2$ ) 5. Grado III ( $\geq 40 \text{ kg/m}^2$ )	Cualitativa	Ordinal
<b>Edad</b>	Años cumplidos desde la fecha de nacimiento al momento del estudio.	Se medirá a través del interrogatorio directo de a la paciente del al fecha de nacimiento. "Mediante pregunta directa expresada en años al momento de la encuesta" "Tiempo de vida expresado en años"	Número de años (20 a 59 años)	Cuantitativa	Continua
<b>Peso</b>	Medida de la fuerza gravitatoria ejercida sobre un objeto	Cifra indicada por la báscula al colocarse el paciente sobre la plataforma	Valor en kilogramos y fracciones de kilogramos.	Cuantitativa	Nominal
<b>Talla</b>	Altura media de una persona desde los pies a la cabeza	Cifra indicada por el estadiómetro al colocarse el paciente sobre la plataforma de la báscula.	Valor en metros y fracciones de centímetros.	Cuantitativa	Nominal
<b>Sexo</b>			a. Femenino	Cualitativa	Nominal

	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales según las funciones que realizan en el proceso de reproducción.	Fenotipo que presenta el individuo al momento del estudio.	b. Masculino		
<b>Estado civil</b>	Situación de las personas físicas determinadas por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	Estado civil que refiera el paciente al momento de realizar el estudio.	a. Soltero b. Casado c. Unión libre d. Viudo	Cualitativa	Nominal
<b>Ocupación</b>	Actividad en la que una persona se dedica en determinado tiempo.	Acción o efecto de ocuparse en un trabajo u oficio, empleo o actividad.	1. Desempleado 2. Empleado 3. Hogar 4. Jubilado 5. Comerciante	Cualitativa	Ordinal
<b>Escolaridad</b>	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Se realiza mediante el cuestionamiento directo de la variable a) sin escolaridad b) Primaria C) Secundaria d) Bachillerato e) Licenciatura	1. Sin estudios 2. Primaria incompleta 3. Primaria completa 4. Secundaria incompleta 5. Secundaria completa 6. Preparatoria incompleta 7. Preparatoria completa 8. Técnico 9. Licenciatura incompleta 10. Licenciatura completa o mayor grado escolar	Cualitativa	Ordinal

## 11. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó el estudio en la UMF N°7 en pacientes de la consulta externa, previo consentimiento informado, se realizó la medición de peso y talla, con el método de Quelet se calculó el índice de masa corporal (IMC), los cuales se registraron, y posterior se entregó cuestionario, lápiz y goma y se les pidió a las derechohabientes que contestaran la totalidad del cuestionario establecido.

Se aplicó el instrumento de Beck validado, el cual consta de 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos cognitivos y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos. Las pacientes seleccionaron, en cada ítem, la mejor alternativa de respuesta que mejor manifiesto su situación durante el momento actual y durante la última semana. La puntuación se obtuvo por la sumatoria de las frases seleccionadas por la paciente, que van de 0-3.

El rango de puntuación es de 0-63 puntos. Los puntos de cohorte usualmente aceptados para identificar la intensidad y severidad son los siguientes: No depresión: 0-9 puntos, depresión leve: 10-18 puntos, depresión moderada 19-29 puntos, depresión grave más de 30 puntos.

Para las variables socio demográficas se aplicó un cuestionario que constó de: edad, escolaridad, estado civil y nivel socioeconómico. Una vez terminado el proceso agradeciendo al participante y posterior se calificó el test y se registraron los resultados de cada paciente. Con la información obtenida se usó del programa SPSS para analizar la información.

## **12. ANÁLISIS DE DATOS**

Con la información conseguida se realizó una matriz de recolección en la cual se captaron todos los datos obtenidos del instrumento. Dicho instrumento de recolección estuvo conformado por 21 ítems, 15 haciendo referencia a síntomas psicológicos cognitivos y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos.

Se captaron los datos obtenidos de cuestionarios auto aplicados: ficha de identificación e inventario de Beck, la variable obesidad se midió a través de IMC y para depresión se utilizó el instrumento de Beck validado, el cual permitió evaluar ausencia o presencia de depresión. Se procedió a procesar la información con el programa SPSS.

Se realizó la validación del vaciado de datos. Se reportó frecuencias y porcentajes para describir los datos analizados; con la información obtenida del análisis se decidió el estadístico acorde para no afectar el propósito de esta investigación. Se utilizó el paquete estadístico SPSS en la versión disponible para su uso. Finalmente de acuerdo al tipo de variable (cuantitativa o cualitativa) se utilizó, el grafico correspondiente respetando la literatura científica.

## **13. RECURSOS HUMANOS, FISICOS, ÉTICOS Y FINANCIEROS**

### **13.1 Recursos humanos**

1. Un médico residente de segundo año de medicina familiar
2. Un asesor con maestría en ciencias médicas
3. Un asesor con especialidad en medicina familia

## **13.2 Ética.**

La presente investigación se apega los lineamientos éticos del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, vigente en nuestro país en su última reforma publicada en el Diario Oficial de la Federación; por lo que no se viola y se apega a los lineamientos referente a los médicos en la investigación biomédica y de acuerdo a la declaración de Helsinki con las últimas modificaciones en el 2008, teniendo como principio fundamental velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes participantes en este estudio de investigación. Cumpliendo los objetivos éticos de proteger su salud, sus derechos individuales y de autodeterminación.

El estudio de investigación cumple con el objetivo de realizar acciones encaminadas a contribuir a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica, a proteger, promover y restaurar la salud del individuo, de la sociedad y su desarrollo, tomando en cuenta los aspectos éticos que garanticen la dignidad y el bienestar de los participantes de la investigación.

De acuerdo a la ley general de salud en materia de investigación de nuestro país en el título segundo, capítulo primero, artículo 17, sobre la investigación sin riesgo la cual corresponde esta investigación, debido a que los individuos que participan en el estudio, únicamente aportan datos a través de un cuestionario sociodemográfico y clínico, así como la toma de medidas antropométricas, las cuales no provocan daños físicos o psicológicos, para este efecto se pedirá el llenado del consentimiento informado por escrito del sujeto a investigación donde autoriza su participación en la investigación con pleno conocimiento de los procedimientos, posibles riesgos, con una explicación clara y completa, siempre resguardando y protegiendo su privacidad. Por lo consiguiente se considera una investigación sin riesgo ya que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos participantes en este estudio.

## **13.3 Conflictos de interés.**

Los investigadores no reciben financiamiento externo y no se encuentra en conflicto de interés al participar en el presente estudio.

## **13.4 Recursos materiales**

Hojas, copias, impresora, fotocopidora, impresiones, lápices, gomas, sacapuntas, grapas, engrapadora, tablas portapapeles, memoria usb, computadora portátil para el análisis de la información, báscula con estadímetro, etc.

### 13.5 Recursos económicos

Este trabajo no requiere inversión extra a la que normalmente se invierte en la evaluación o tratamiento de este tipo de pacientes. Este trabajo no requiere inversión extra a la que normalmente se invierte en la evaluación o tratamiento de este tipo de pacientes. La unidad cuenta con el material, los consumibles serán aportados únicamente por el residente. El presente trabajo no recibe financiamiento por parte de ninguna institución, asociación o industria.

### 14. RESULTADOS:

Se realizaron 253 encuestas de las cuales la edad promedio fue de 41.53 años con una desviación estándar de 10.96, un rango de 20 a 62 años. Tabla 1.

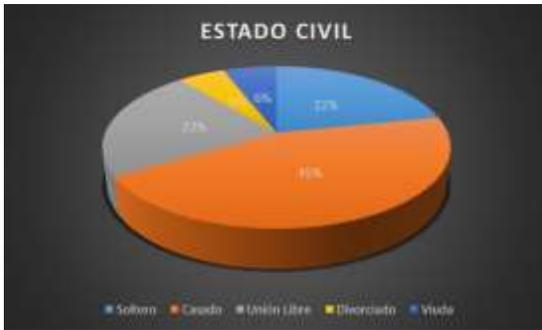
Tabla 1.

<b>N=253</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación estándar</b>	<b>Rango</b>
<b>Edad</b>	41.67	10.96	20-62

Para el estado civil de la población, encontramos que el 44.66% es casado, seguido de Unión libre en un 22.53%, y el 21.74% se encuentra casada. Tabla 2.

Tabla 2.

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Proporción</b>
<b>Soltero</b>	55	21.74%
<b>Casado</b>	113	44.66%
<b>Unión Libre</b>	57	22.53%
<b>Divorciado</b>	13	5.14%
<b>Viuda</b>	15	5.93%



En ocupación, encontramos que el 55.34% de la población es empleado, seguido de ocupación el hogar en un 33.20%. Tabla 3.

Tabla 3.

OCUPACIÓN	Frecuencia	Proporción
Desempleada	11	4.35%
Empleado	140	55.34%
Hogar	84	33.20%
Jubilado	10	3.95%
Comerciante	8	3.16%



En escolaridad, encontramos que el 19.76% de la población tiene secundaria, el 13.83% bachillerato incompleto, el 13.44% educación técnica y solo el 11.46% tiene licenciatura o posgrado. Tabla 4.

Tabla 4.

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Proporción
Sin estudios	2	0.79%
Primaria incompleta	9	3.56%
Primaria	19	7.51%
Secundaria incompleta	16	6.32%
Secundaria	50	19.76%
Bachillerato incompleto	35	13.83%
Bachillerato técnico	27	10.67%
Licenciatura incompleta	34	13.44%
Licenciatura o posgrado	29	11.46%



En datos clínicos encontramos que la media de peso para la muestra es de 73.78kg con una DE de 10.95, la media de IMC para la población es de 30kg/m<sup>2</sup>, con una DE de 4. La talla promedio es de 1.56m con una De de 6.67. Tabla 5

Tabla 5

N=253	Media	Desviación estándar	Rango
Peso	73.78	10.95	54-134
Talla	156.60	6.67	138-174
IMC	30.12	4.09	25-51

En la clasificación y diagnóstico en cuanto a la relación entre peso y talla de la muestra en estudio encontramos que el 58.89% se encuentra con sobrepeso. El

28% de la población tiene obesidad GI, el 10.28% de la población tiene obesidad GII y el 2.37% tiene obesidad GIII. Tabla 6.

Tabla 6

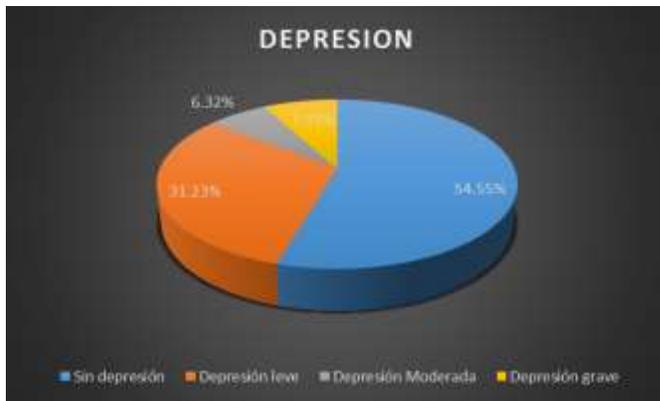
ESTADO NUTRICIONAL	Frecuencia	Proporción
Normal	0	0
Sobrepeso	149	58.89%
Obesidad GI	72	28.46%
Obesidad GII	26	10.28%
Obesidad GIII	6	2.37%



De acuerdo al test para depresión el 31.23% de la población se encuentra con depresión leve, el 6.32% está en depresión moderada y el 7.91% tiene depresión severa. Tabla 7

Tabla 7.

DEPRESIÓN	Frecuencia	Proporción
Sin depresión	138	54.55%
Depresión leve	79	31.23%
Depresión Moderada	16	6.32%
Depresión grave	20	7.91%



ANALISIS BIVARIADO.

		OBESIDAD	
		SI	NO
DEPRESION	SI	67	62
	NO	51	87
TOTAL		105	149

En el análisis bivariado encontramos que la relación de tener obesidad y presentar depresión tiene un odds ratio de 1.45 con un Riesgo relativo de 1.86.

## 15. DISCUSIÓN:

En el presente estudio encontramos que la población es en general, población adulto joven, la prevalencia de sobrepeso es prácticamente de 2 terceras partes y de obesidad de una tercera parte. La prevalencia de obesidad en nuestra población fue del 40% lo cual es congruente con la ENSALUD 2012.<sup>8,9</sup> llamando mucho la atención que ningún paciente se encontró en peso normal o bajo peso.

En cuanto a la depresión, encontramos una alta prevalencia de depresión en esta población, prácticamente el 50% de las mujeres se clasifican con algún grado de depresión. Estos resultados son altos, ya que la bibliografía internacional marca como prevalencia los trastornos afectivos en población latinoamericana de un 20 a un 38%.<sup>23,25</sup>

Llama la atención que el 7.91% de la población fueron catalogados como depresión grave. (Estas pacientes, al ser detectadas fueron canalizadas a atención con su médico familiar para su tratamiento y derivación en su caso a servicio de psiquiatría)<sup>20</sup>.

## 16. CONCLUSIONES:

Existe una asociación entre el sobrepeso y obesidad en las pacientes femeninas de la UMF7. Es necesario realizar la búsqueda intencionada de la asociación y tal vez combinando terapia psicológica se pueda propiciar un mejor resultado en salud para la atención de obesidad.

De acuerdo a los resultados obtenidos del estudio a través de la estadística descriptiva, encontramos que la promedio de edad de las pacientes fue de 41.53 años, con una desviación estándar de 10.96, considerando un rango de edad entre 20 y 62 años.

En cuanto al estado civil, en la tabla de frecuencias se observa que el 44.66% de las mujeres encuestadas para el estudio son casadas, el 22,53% se encuentran en unión libre y el 21.74% se encuentran casadas.

De acuerdo a la ocupación encontramos que la mayor parte de la muestra son empleadas, con un porcentaje de 55.34%, seguido de ocupación del hogar con un 33.20%.

Considerando la escolaridad que las mujeres de la muestra presentaban, tenemos que la mayor frecuencia corresponde a nivel de estudios de secundaria con un porcentaje de 19.76%, seguido de secundaria incompleta con el 13.83% y el 13.44% de las encuestadas contaba con educación técnica. Por lo que se podría considerar que el bajo nivel educativo puede ser un factor importante en el desarrollo tanto de sobrepeso como obesidad y la combinación de éste problema con la depresión.

Teniendo en cuenta los datos clínicos evaluados en el estudio, encontramos que el promedio de peso de la muestra en estudio fue de 73.78kg, con una desviación estándar de 10.95. Para el índice de masa corporal el promedio de la muestra fue de 30 kg/m<sup>2</sup>. Y finalmente para la talla se encontró que la media fue de 1.56m y una desviación estándar de 6.67.

Realizando el índice de Quetelet se observó que el 58.89% de la muestra se diagnosticó con sobrepeso, el 28% se clasificó como obesidad grado I, el 10.28% con obesidad grado II y sólo el 2.37% con obesidad grado III, por lo que resulta de mucha ayuda conocer que la mayoría de las pacientes se encuentren en un estadio previo al diagnóstico de obesidad ya que podrían implementarse estrategias para reducir el peso y evitar que la población alcance una ganancia de peso que les permita llegar a grados más importantes en cuanto a obesidad.

El análisis bivariado entre las variables obesidad y depresión, se encontró que el riesgo relativo de tener obesidad y presentar depresión es de 1.86, lo que significa que existe un 1.86 veces más riesgo de presentar depresión si es que ya se cuenta con el diagnóstico de obesidad, por lo que resulta de gran importancia el incidir de manera oportuna en las pacientes con sobrepeso, para evitar que progresen a obesidad y que con ello se incremente su riesgo de padecer depresión.

## **17.RECOMENDACIONES Y SUGERENCIAS.**

Con este estudio de investigación se reafirma la necesidad de crear estrategias o programas donde se involucre un equipo multidisciplinario para tratar a mujeres con sobrepeso u obesidad, ya que existe una asociación estadísticamente significativa de padecer depresión si ya se cuenta con un diagnóstico de obesidad en las mujeres mexicanas. Por lo que es importante diseñar estrategias para mejorar el conocimiento y comprensión de la enfermedad, capacitar al personal de salud para la detección y el tratamiento oportuno: proporcionar al personal de salud de primer nivel de atención los conocimientos necesarios para poder diagnosticar los grados de depresión en mujeres con sobrepeso y obesidad, y generar un algoritmo de tratamiento dependiendo de la severidad, así como criterios básicos de referencia a segundo nivel. Y la necesidad de incluir una evaluación psicológica en los programas de intervención de pacientes con sobrepeso y obesidad en el primer nivel y valorar la implementación de apoyo psicológico y/o psiquiátrico según el diagnóstico resultante.

En el primer nivel de atención se debe realizar un buen control del estado nutricional del paciente, implementando vigilancia periódica del examen mental, así como de su peso y talla para diagnosticar oportunamente la existencia de sobrepeso u obesidad. Además de detectar, orientar y promover oportunamente una vida saludable. Podrían implementarse pláticas, talleres o programas en las unidades de medicina familiar para educar a las pacientes tratando de fomentar una medicina de prevención y brindando un tratamiento oportuno en quienes ya presenten datos del diagnóstico de depresión.

## 18.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Reyes Brites Leticia, Betancour Lustró Jacqueline, Samaniego Pinho Antonio. Ansiedad y depresión en personas con obesidad de Paraguay. Salud y Sociedad. Enero-abril 2015. Vol.6. No.1.
2. Tamayo Lopera Diego, Restrepo Mauricio. Aspectos psicológicos de la obesidad en adultos. Revista de Psicología Universidad de Antioquia. 2014. Vol.6. No.1.
3. Moreno Manuel. Definición y clasificación de la obesidad. Revista Médica Clínica Condes. 2012.Vol.23. No.2.
4. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud de México. Secretaría de Salud. Guía de práctica clínica. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad Exógena. 2012.
5. Bravo Del Toro Alejandra, Espinosa Rodríguez Tania, Mancilla Arroyo Laura Nancy, Tello Rencillas Mariana. Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. Enseñanza e Investigación en Psicología. Enero-Junio 2011.Vol.16. No.1.
6. Cofré Alfonso, Angulo-Díaz Pamela. Ansiedad y depresión en pacientes obesos mórbidos: efectos a corto plazo de un programa orientado a la disminución de la sintomatología. Summa Psicológica Ust. 2014. Vol. 11. No.8.
7. Barrera-Cruz Antonio, Molina-Ayala Mario Antonio, Rodríguez-González Arturo. Escenario actual de la obesidad en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013. Vol.51. No.3.
8. Romero O. Estadísticas de sobrepeso y obesidad en las mujeres. Características, magnitud y tendencias. Centro de estudios para el adelanto de las mujeres y la equidad de género. 2013.
9. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Nutrición y Salud 2012. Resultados Nacionales. 2012.
10. Oleas G. Mariana. Prevalencia y factores de riesgo de sobrepeso y obesidad en escolares de la provincia de Imbabura. Revista Chilena de Nutrición. Marzo 2014. Vol. 41. No.1.
11. Trujano Ruíz Patricia, De Gracia Blanco Manuel, Nava Quiroz Carlos, Limón Arce Gilberto Ramiro. Sobrepeso y obesidad en preadolescentes mexicanos: Estudio descriptivo, variables correlacionadas y directrices de prevención. Acta Colombiana de Psicología. 2014. Vol. 17. Núm.1.
12. Raimann Ximena. Obesidad y sus complicaciones. Revista Médica Clínica Condes. 2011. Vol. 22. Núm.1.
13. Quintero Javier, Félix Alcántara Miriam, Banzo-Arguis Cristina, et al. Psicopatología en el paciente con obesidad. Salud Mental. 2016. Vol 39. No.3.
14. Levy Teresa Shamah, Amaya Castellanos Maritza Alejandra, Cuevas Nasu Lucía. Desnutrición y obesidad: doble carga en México. Revista Digital Universitaria. Mayo 2015. Vol.16. Núm.5
15. Senado de la República. Gaceta del Senado. Miércoles 26 de octubre de 2011.
16. Mazzotta Valeria Fernanda. Depresión y síndrome metabólico. Alcmeon, Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica. Marzo 2011. Vol.16. No.4

17. Godoy L Fabiola Andrea. Sintomatología de depresión, ansiedad y baja autoestima en mujeres obesas con trastorno del comedor compulsivo. Revista Chilena de Nutrición. Septiembre 2014. Vol. 41. No.3.
18. Esquinca Ramos José Luis, García América Araceli, Platas Vargas Eduardo, et.al. Diagnóstico y Tratamiento del trastorno Depresivo en el Adulto. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2015
19. Wagner Fernando A, González-Fortaleza Catalina, Sánchez-García Sergio, García-Peña Carmen, Gallo Josheph J. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Salud Mental. 2012. Vol.35. No.1.
20. Asociación Americana de Psiquiatría. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 2014.
21. Calleja Nazira. Inventario de Escalas Psicosociales en México 1984-2005. Facultad de Psicología. Abril 2011. Vol.1.
22. Ceja Espíritu Gabriel, Viscaíno Orozco, Francisco Javier, Tapia Vargas Rosa, et.al. Depresión en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar 19 con diagnóstico de sobrepeso y obesidad. Revista Cubana de Investigación Biomédicas.2010.Vol.29. No2.
23. Rodríguez Jorge J, Kohn Robert, Aguilar-Gaxiola Sergio. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud. 2009.
24. Parodi Claudia Analía. Ansiedad, depresión y trastorno de la imagen corporal en pacientes que consultan en la Unidad de Obesidad del Hospital de Clínicas. Memorias del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. 2015. Vol.13. Núm.3.
25. Martínez Hernández Fátima, Tobilla Zárate Carlos Alfonso, López Narváez Lilia, et al. Prevalencia y gravedad de la depresión y la ansiedad en pacientes con obesidad y diabetes de tipo 2: estudio en población de Tabasco, México Gaceta Médica de México. 2014. Vol. 150. Suplemento 1.
26. Veses Ana María, Martínez-Gómez David, Gómez-Martínez Sonia, Zapatera Belén, Veiga Oscar Luis, Ascensión Marcos. Association between excessive body fat and eating-disorder risk in adolescents: The AFINOS Study. Med Clin (Barc). 2011. Vol.136. No.14.
27. Universidad Autónoma de Nuevo León, Facultad de Medicina. Problemas laborales causados por la obesidad.

## 19. ANEXOS

### A. CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLITICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)**

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	Depresión e índice de masa corporal alto en mujeres de la consulta externa de la UMF N°7.
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ciudad de México a ____ de ____ del ____
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	El investigador me ha informado que el presente estudio es necesario para determinar la relación entre la depresión e índice de masa corporal alto. Por lo que entiendo que el objetivo del trabajo es determinar la asociación que pudiera existir entre depresión y sobrepeso u obesidad en mujeres.
Procedimientos:	Estoy enterado que se obtendrá información de mi expediente electrónico, se me pesara, se me medirá y se obtendrá mi índice de masa corporal, se me aplicara cuestionario sociodemográfico y clínico, inventario de depresión de Beck para medir el estado de severidad de depresión.
Posibles riesgos y molestias:	El responsable del trabajo me ha explicado que el participar en este estudio no se me causara daño o lesión alguna. Los procedimientos para realizar las mediciones, no me generaran algún daño. El responder los cuestionarios no tendré molestias, no habrá una intervención por parte de los investigadores, excepto quizá pudiera generar un cierto grado de incomodidad, malestar o tristeza ya que pudieran haber algunas preguntas que puedan generar susceptibilidad en mis sentimientos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Tengo entendido que en este momento yo no obtendré un beneficio específico, que con mi participación contribuiré a obtener conocimientos que puedan ayudar en el futuro a personas con mi padecimiento o enfermedad, si es necesario se me derivara a segundo nivel de atención (Psiquiatría) y/o Psicología
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Se me ha explicado que sobre mi actual estado de salud, hay información que deberé recibir de mi médico tratante, pero derivado de este estudio no hay alguna alternativa, pues solo tomarán datos de mi expediente, pesaran, medirán y obtendrán mi índice de masa corporal y contestaré cuestionarios.
Participación o retiro:	Tengo conocimiento que mi participación es voluntaria, por lo que podré retirarme del estudio en el momento en el que yo lo desee, sin que se vea afectada la atención que recibo por parte del instituto.
Privacidad y confidencialidad:	Se me ha asegurado que no se mencionará mi nombre, ni se me identificara de alguna otra forma en este trabajo o cualquier otro derivado del mismo.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	No aplica.

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	No aplica.
Beneficios al término del estudio:	Tengo conocimiento del resultado obtenido según mi índice de masa corporal y grado de severidad de depresión, si es necesario seré derivado a psicología, psiquiatra, nutriología o endocrinología.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Sandra Vega García. Matricula: 98380884. Adscripción: UMF N° 7. Teléfono: 55732211 ext 21478, 55 3456 7750. Correo: <a href="mailto:dra_svega@hotmail.com">dra_svega@hotmail.com</a> / <a href="mailto:drjp_bono@hotmail.com">drjp_bono@hotmail.com</a>
Colaboradores:	Aniceto Martínez Flores. Matricula: 98389681. Adscripción: UMF N° 7. Teléfono: 55732211 ext 21478, 55 4096 7025. Correo: <a href="mailto:anicet.mtzf@hotmail.com">anicet.mtzf@hotmail.com</a>
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>	

<hr/> Nombre y firma del sujeto	Aniceto Martínez Flores <hr/> Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento
Testigo 1	Testigo 2
<hr/> Nombre, dirección, relación y firma	<hr/> Nombre, dirección, relación y firma
Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio	
<b>Clave: 2810-009-013</b>	

## B. HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

### “DEPRESIÓN E ÍNDICE DE MASA CORPORAL ALTO EN MUJERES DE LA CONSULTA EXTERNA DE LA UMF N° 7.”

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS		
1	Folio _____	
2	Nombre: _____ <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> <span>Apellido Paterno</span> <span>Apellido Materno</span> <span>Nombre (s)</span> </div>	
3	Edad: _____ años cumplidos	_
4	Estado civil: 1=Soltera, 2=Casada, 3= Unión Libre, 4= Divorciada, 5= Viuda.	_
5	Cuál es su ocupación: 1= Desempleado 2= Empleado 3=Hogar 4= Jubilado 5= Comerciante	_
6	Escolaridad: 1= Sin estudios 2= Primaria incompleta 3= Primaria completa 4= Secundaria incompleta 5= Secundaria completa 6= Preparatoria incompleta 7= Preparatoria completa 8= Técnico 9= Licenciatura incompleta 10= Licenciatura completa o mayor grado escolar	_
7	Peso: _____ kg	_
8	Talla: _____ m	_
9	Índice de masa corporal (IMC): 1= Normal (18 – 24.9 kg/m <sup>2</sup> ) 2= Sobrepeso (25 – 29.9 kg/m <sup>2</sup> ) 3= Obesidad Grado I (30-34.9 kg/m <sup>2</sup> ) 4= Obesidad Grado II (35-39.9 kg/m <sup>2</sup> ) 5= Obesidad Grado III (≥ 40 kg/m <sup>2</sup> )	_
10	Resultado de inventario de depresión de Beck: 1= Sin presión: 0-9 puntos 2= Depresión leve: 10 – 18 puntos 3= Depresión moderada 19-29 puntos 4= Depresión grave > 30 puntos.	_

## C. INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK		
<p>En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo sea sentido durante la última semana, incluido el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección. (Se puntuará 0-1-2-3).</p>		
1	<p><b>0=</b> No me siento triste.</p> <p><b>1=</b> Me siento triste.</p> <p><b>2=</b> Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.</p> <p><b>3=</b> Me siento triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo</p>	_
2	<p><b>0=</b> No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.</p> <p><b>1=</b>Me siento desanimado respecto al futuro.</p> <p><b>2=</b>Me siento que no tengo que esperar nada</p> <p><b>3=</b>Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.</p>	_
3	<p><b>0=</b>No me siento fracasado.</p> <p><b>1=</b>Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.</p> <p><b>2=</b>Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.</p> <p><b>3=</b>Me siento una persona totalmente fracasada.</p>	_
4	<p><b>0=</b>Las cosas me satisfacen tanto como antes.</p> <p><b>1=</b>No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p><b>2=</b>Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.</p> <p><b>3=</b>Estoy insatisfecho o aburrido de todo.</p>	_
5	<p><b>0=</b>No me siento especialmente culpable.</p> <p><b>1=</b>Me siento culpable en bastantes ocasiones.</p> <p><b>2=</b>Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.</p> <p><b>3=</b>Me siento culpable constantemente.</p>	_
6	<p><b>0=</b>No creo que esté siendo castigado.</p> <p><b>1=</b>Me siento como si fuese a ser castigado</p> <p><b>2=</b>Espero ser castigado</p> <p><b>3=</b>Siento que estoy siendo castigado</p>	_
7	<p><b>0=</b>No estoy decepcionado de mí mismo.</p> <p><b>1=</b>Estoy decepcionado de mí mismo.</p>	_

	<p><b>2=</b>Me da vergüenza de mí mismo.</p> <p><b>3=</b>Me detesto.</p>	
8	<p><b>0=</b>No me considero peor que cualquier otro.</p> <p><b>1=</b>Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.</p> <p><b>2=</b>Continuamente me culpo por mis faltas.</p> <p><b>3=</b>Me culpo por todo lo malo que sucede.</p>	
9	<p><b>0=</b>No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p><b>1=</b>A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.</p> <p><b>2=</b>Desearía suicidarme.</p> <p><b>3=</b>Me suicidaría si tuviera la oportunidad.</p>	
10	<p><b>0=</b>No lloro más de lo que solía llorar.</p> <p><b>1=</b>Ahora lloro más que antes.</p> <p><b>2=</b>Lloro continuamente.</p> <p><b>3=</b>Antes era capaz de llorar, pero no puedo, incluso aunque quiera.</p>	
11	<p><b>0=</b>No estoy más irritado de lo normal de mí.</p> <p><b>1=</b>Me molesto o irrito más fácilmente que antes.</p> <p><b>2=</b>Me siento irritado continuamente.</p> <p><b>3=</b> No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solía irritarme.</p>	
12	<p><b>0=</b>No he perdido el interés por los demás.</p> <p><b>1=</b>Estoy menos interesado en los demás que antes.</p> <p><b>2=</b>He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.</p> <p><b>3=</b>He perdido todo el interés por los demás.</p>	
13	<p><b>0=</b>Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.</p> <p><b>1=</b>Evito tomar decisiones más que antes.</p> <p><b>2=</b>Tomar decisiones me resulta más mucho más difícil que antes.</p> <p><b>3=</b>Ya me es imposible tomar decisiones.</p>	
14	<p><b>0=</b>No creo tener peor aspecto que antes.</p> <p><b>1=</b>Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.</p> <p><b>2=</b>Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.</p> <p><b>3=</b>Creo que tengo un aspecto horrible.</p>	
15	<p><b>0=</b>Trabajo igual que antes.</p> <p><b>1=</b>Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.</p> <p><b>2=</b>Tengo que obligarme mucho para hacer algo.</p> <p><b>3=</b>No puedo hacer nada en absoluto.</p>	

