



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN NORTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 “EL ROSARIO”



COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

TESIS

Para obtener el título de:

Especialista en Medicina Familiar

**FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN EN MUJERES DE 20 A 59 AÑOS
CON OBESIDAD ADSCRITAS A LA UMF No. 33**

PRESENTA:

Dr. GILBERTO MARTÍNEZ ELIZALDE

**Médico Residente del tercer año del Curso de Especialización en medicina
Familiar.**

ASESOR DE TESIS:

Dra. MÓNICA ENRÍQUEZ NERI

Especialista en Medicina Familiar.

Exprofesora titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar

U. M. F. No. 33

**Profesora del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Delegación
Norte Distrito Federal del IMSS.**

México D.F. Febrero 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

AUTORIZACIONES

DRA. MÓNICA SÁNCHEZ CORONA
ENC. COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 “EL ROSARIO” IMSS.

DRA. HAYDEE ALEJANDRA MARTINI BLANQUEL
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 “EL ROSARIO” IMSS.

DRA. MÓNICA CATALINA OSORIO GRANJENO.
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 33 “EL ROSARIO”

ASESOR

DRA. MÓNICA ENRÍQUEZ NERI.
EX PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR UMF NO. 33 IMSS.
PROFESORA DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCACIÓN Y FORMACIÓN
DOCENTE, DELEGACIÓN NORTE DISTRITO FEDERAL DEL IMSS.

ALUMNO

DR. GILBERTO MARTÍNEZ ELIZALDE
MÉDICO RESIDENTE DE TERCER AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR.

AGRADECIMIENTOS

A mis padres María de la luz Elizalde Tello y Gilberto Martínez Islas por creer en mí y hacerme compañía en este bonito sueño que ya es toda una realidad y brindarme su ayuda, fe y sinceridad desde mi niñez hasta el día de hoy. Por su apoyo, confianza y palabras de aliento. Por ayudarme a cumplir mis objetivos como persona y brindarme sus consejos. Gracias por darme la oportunidad de culminar esta etapa de mi vida y por motivarme hacer las cosas de la mejor manera.

A mis hermanas Alejandra y Catalina por estar siempre presentes acompañándome para poderme realizar, por estar en este momento tan importante de mi vida y con quien he pasado momentos inolvidables entre risas, bromas durante largos años y por llenar de alegría cada día de mi vida.

A la Dra. Mónica Enríquez Neri por su enseñanza y apoyo durante la realización de esta tesis, así como haberme guiado durante estos tres años de la especialidad, así como de haberme compartido su conocimiento.

Gracias a mis amigos y compañeros Magali, Linda, Edwin, Toño y Gustavo que durante nuestra formación hemos disfrutado de grandes travesías en ocasiones difíciles pero siempre juntos, al apoyo que en muchas ocasiones me brindaron, a su compañía, honestidad y grandeza y por emprender esta aventura juntos.

A cada uno de los doctores que tuve la oportunidad de conocer durante el transcurso de la especialidad y tuvieron la paciencia de transmitirme sus conocimientos y experiencias así como de brindarme su amistad.

Gracias a todos aquellos que no están aquí, pero que me ayudaron a que a que este gran sueño se volviera realidad.

ÍNDICE

RESUMEN.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
MARCO TEÓRICO.....	8
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	15
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
OBJETIVOS.....	19
MATERIAL Y MÉTODO.....	20
RESULTADOS.....	22
TABLAS Y GRÁFICAS.....	24
DISCUSIÓN.....	35
CONCLUSIONES.....	37
SUGERENCIAS.....	38
BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXOS.....	41

RESUMEN

Martínez EG, Enríquez NM. Frecuencia de ansiedad y o depresión en mujeres de 20 a 59 años con obesidad adscritas a la UMF No. 33. México 2013.

Introducción: En el mundo hay más de un billón de personas con sobrepeso, y 300 000 000 son obesos. La Encuesta Nacional de Salud del año 2000 observó incremento en las tasas de obesidad de 5% y 4% para hombres y mujeres respectivamente. Las mujeres al tener obesidad, lleva a que un año después se generen síntomas de depresión o viceversa, tener depresión en la adolescencia se asocia con aumento de riesgo para obesidad en el adulto joven. **OBJETIVO:** Determinar la frecuencia de ansiedad y o depresión en mujeres de 20 a 59 años con obesidad, adscritas a la UMF No. 33. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio descriptivo, prolectivo, transversal. Se calculó tamaño de muestra, muestreo no probabilístico por conveniencia en mujeres con obesidad de 20 a 59 años para la variable obesidad a través del IMC, para la variable ansiedad fue el inventario de Hamilton y para depresión el inventario de Beck ambos instrumentos validados. Se calculó frecuencias y proporciones y se esquematizó en tablas y gráficas. **RESULTADOS:** Presencia de ansiedad leve 28.92 %, moderada/grave 33.05 %; depresión leve 20 %, moderada 12.94 %, grave 3.85 % en obesas. **CONCLUSIONES:** Existen un gran número de pacientes obesas con presencia de ansiedad y depresión sin diagnóstico ni tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Obesidad, ansiedad, depresión.

INTRODUCCIÓN

México está inmerso en un proceso de transición donde la población experimenta un aumento inusitado de IMC excesivo (sobre peso y obesidad) que afecta a las zonas urbanas y rurales, a todas las edades y a las diferentes regiones.

Los aumentos en las prevalencias de obesidad en México se encuentran entre los más rápidos documentados en el plano mundial. De acuerdo a la encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012; y de 1988 a 2012, el sobrepeso en mujeres de 20 a 59 años de edad se incrementó de 25 a 35.3% y la obesidad de 9.5 a 35.2%. Afortunadamente en el último periodo de evaluación de 2006 a 2012 la prevalencia agregada de sobrepeso y obesidad en adultos ha mostrado una reducción en la velocidad de aumento que era cercana al 2% anual en el periodo 2000 a 2006 para ubicarse en un nivel inferior a 0.35% anual.

Por su alta prevalencia se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública, que se encuentra en proceso de expansión en todo el mundo. En México su crecimiento ha sido más rápido que en otros países.

El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses de 5.8% y 9.5%, respectivamente.

Por los datos antes mencionados es que se considera trascendente abordar a través de este estudio abordar la obesidad en mujeres de 20 a 59 años, a fin de conocer la magnitud del problema en un primer nivel de atención, así como su presencia junto con la ansiedad y la depresión específicamente en la población adscritas a la UMF 33 del IMSS.

El beneficio de conocer cuántas mujeres obesas existen que estén cursando con ansiedad y depresión será para otorgarles un diagnóstico y tratamiento oportuno y de ser necesario canalizarlas a un segundo nivel de atención. Así también se beneficiará la unidad al tener datos confiables sobre este problema de salud.

El realizar este tipo de estudio en pacientes obesas detectando la ansiedad y depresión esta de acode a las políticas de salud encaminadas en disminuir la población con obesidad ya que incidiríamos en el retardo de enfermedades cronicodegenerativas sobre todo cuando la obesidad se encuentra cursando con enfermedades del estado de ánimo como es la ansiedad y depresión.

El estudio es factible de realizar ya que tenemos un área de influencia de mujeres con obesidad, el recurso económico será a cargo del investigador, no requerirá más que del consentimiento informado de las pacientes a quienes se les aplique los inventarios ya validados acorde a las políticas institucionales y de salud, ya que se contempla a la población de mujeres obesas como una población prioritaria de atención.

MARCO TEÓRICO

En el mundo hay más de un billón de personas con sobrepeso, y de ellos 300 000 000 son obesos, haciendo de ello un grave problema de salud, que provoca, además de sufrimiento humano, importantes repercusiones económicas. Se calcula que en la Unión Europea la obesidad representa un 7% de los gastos de salud pública, con tendencia a la alza. Todo ello ha dado lugar como si fuera considerada como la epidemia del siglo XXI. ⁽¹⁾

Más de 50% de la población de adultos y casi un tercio de los niños y niñas en México tienen sobrepeso y obesidad. Estimado en millones de personas estaríamos hablando de un poco más de 32 671 millones sin contar a los niños. En su análisis de la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas (ENEC) llevada a cabo en 1993, informa altas prevalencias de sobrepeso y obesidad en uno y otro sexo y para todos los grupos de edad. En el análisis de la Encuesta Nacional de Salud del año 2000 observó incremento en las tasas de obesidad, con respecto a la ENEC 1993 de 5% y 4% para hombres y mujeres respectivamente. Las prevalencias de sobrepeso se mantuvieron constantes y altas, en hombres 41.4% versus 41.3% en los años 1993 y 2000, respectivamente, mientras que para las mujeres fueron de 35.6% versus 33.3% respectivamente, es decir, un ligero incremento de 0.7% con respecto a la década anterior. ⁽²⁾

Una persona obesa es aquella que tiene un índice de masa corporal de 30 o más. Desde el punto de vista clínico, la obesidad puede ser hipertrófica, hiperplásica y mórbida. ⁽³⁾

Obesidad Hipertrófica. Esta es propia del adulto, se caracteriza por una gran cantidad de grasa en los adipocitos sin aumento en el número de células grasas. Estos individuos tienden a ser delgados o a mantener su peso promedio hasta los 30 o 40 años de edad, momento en el que empieza la ganancia de peso. Ésta se puede asociar con un desequilibrio entre la ingesta calórica y su utilización. Las personas con obesidad hipertrófica suelen tener una distribución central de grasa, este problema tiende a ser de más fácil tratamiento. ⁽⁴⁾

Obesidad Hiperplásica. Esta corresponde a una forma clínica de larga duración en la que el número de adipocitos es mayor, así como la cantidad de grasa que contienen. Estos individuos tienden a ser obesos desde niños y a tener una ganancia importante de peso durante la adolescencia. Después de esta edad, el número de adipocitos se mantiene durante toda la vida. En esta forma de obesidad la distribución de la grasa es central y periférica. El tratamiento es considerablemente más difícil. ⁽⁴⁾

Obesidad mórbida. El término obesidad mórbida califica a las personas con más de 100% de su peso ideal. Se llama así porque suele asociarse con situaciones peligrosas y serias para la vida como la hipertensión, la diabetes mellitus y la arteriosclerosis. ⁽⁴⁾

Este tipo de obesidad incremento entre 6 a 12 veces el riesgo de muerte. El índice de masa corporal o IMC se obtiene al dividir el peso en kilogramos entre la estatura en

metros al cuadrado. El IMC sirve para definir la obesidad clínica. Tiene cierta utilidad como indicador de la predisposición a agentes de riesgo. En relación con el índice de masa corporal, puede decirse que el sobrepeso va de los 25 a 29.9 kg/m² la obesidad leve de los 30 a los 31.9 kg/m² la moderada de los 32 a los 34.9 kg/m² y la grave por arriba de los 35 kg/m².⁽⁵⁾

La obesidad es un problema de salud pública mundial que se ha ido incrementado al pasar de los años por el impacto que ha tenido en la esperanza y calidad de vida.⁽⁶⁾

Existen muchas investigaciones que demuestran la relación que tiene la obesidad con complicaciones médicas (diabetes, hipertensión, insuficiencia cardiaca, problemas óseos, entre otros); sin embargo, poco se sabe sobre la relación que se tiene entre esta enfermedad y problemas psicológicos (sea depresión, ansiedad, autoconcepto, personalidad, psicopatologías, etc.).⁽⁷⁾

Aunado a esto, diversos Institutos de Salud han demostrado que la obesidad genera un efecto desfavorable en relación a la enorme carga psicológica, en términos de sufrimiento, dado por las consecuencias –estigmas– psicosociales que conlleva y también por el seguimiento de dietas y ciclos de pérdida-recuperación de peso que podrían conllevar a consecuencias psicopatológicas.⁽⁸⁾

En el aspecto psicológico: se refiere que el factor que predispone a la mujer a la depresión es su propio rol; la femineidad misma tal como está concebida en nuestra cultura sería el factor de mayor riesgo para la depresión. La mujer en nuestra cultura está formada según modelos y patrones de femineidad, formas de ser mujer que la condicionan a sentir y ser de una determinada manera y que la proveen de mecanismos psíquicos que la hacen más vulnerable al estrés.⁽⁹⁾

Se han realizado varios estudios sobre obesidad y depresión en hombres, mujeres, adolescentes, entre otros. Dentro de los resultados que se han encontrado está que las mujeres al tener un aumento en el índice de masa corporal (IMC) tienen mayores síntomas depresivos que los hombres, que el tener obesidad, lleva a que un año después se generen síntomas de depresión o viceversa, es decir, que el tener depresión en la adolescencia se asocia con un aumento de riesgo para el surgimiento de obesidad en la adultez joven. Por otro lado, existen estudios que no concuerdan con los antes mencionados, en donde se expresa que no existe relación entre depresión, el sobrepeso y obesidad.⁽¹⁰⁾

De igual forma, se ha visto que la familia juega un rol importante en el desarrollo de la obesidad, una investigación hace referencia a supuestos factores que correlacionan con la depresión siendo éstos: raza, edad, estado civil, logros educativos, problemas físicos crónicos e historia familiar; donde historia familiar depresiva es un factor de riesgo para depresión en pacientes obesos y la más significativa dentro de los resultados.⁽¹¹⁾

Lo anterior, compartido por otras investigaciones que refieren que la genética materna contribuye en un 50% y en un 38% la paterna en el desarrollo de la obesidad; así

mismo, hacen énfasis en factores relacionados con la obesidad como la existencia de creencias, el ambiente en el que se desarrollan y el apoyo familiar. ⁽¹²⁾

Ahora bien, al estudiar aspectos psicológicos como la autoestima y la personalidad del obeso *no* se han encontrado resultados significativos que pudieran asegurar la existencia de trastornos psicológicos en comparación con gente de peso promedio o que pudiera existir algún perfil de personalidad específico del paciente obeso. ⁽¹³⁾

La ansiedad consiste en el conjunto de reacciones físicas y psicológicas que ocurren ante la presencia de un peligro. Si la reacción de ansiedad es muy intensa ya sea porque la amenaza realmente sea enorme o porque nuestros mecanismos de respuesta ante los peligros este desajustado, la reacción física y psicológica lejos de ayudar a hacer frente a la amenaza, se transformará en un peligro agregado. ⁽¹⁴⁾

Si el comer como recurso anti ansiedad se transforma en algo habitual, con el tiempo se engordará, incluso estableciendo en algunas personas un círculo vicioso donde la ansiedad se reduce comiendo, por ende engordando, y este aumento de peso genera un motivo de alarma, de preocupación, por lo que nuevamente aparece la ansiedad y una vez más se come como mecanismo compensador. ⁽¹⁴⁾

Cuando la causa que motiva la ansiedad no se identifica, la persona entra en un estado de ansiedad continua, que de forma muy frecuente alivia comiendo. Las causas que más frecuentes despiertan una ansiedad crónica son: a) Miedo a ser abandonado: a quedar desvalido, desatendido, olvidado por los seres más cercanos e importantes; b) Miedo a no controlar los propios impulsos agresivos: ya sea relacionados a determinadas personas, a un pasado violento o a fantasías infantiles de agresión; c) Miedo a no controlar impulsos sexuales: como tendencias homosexuales o deseos inapropiados; d) Miedo a perder la estabilidad laboral y económica; e) Miedo a la despersonalización; f) Miedo a que la vida se deslice por senderos imposibles de controlar, cuando los acontecimientos que afectan a una persona supera su capacidad de adaptación; g) Miedo a no alcanzar metas personales o estándares sociales; h) Miedo a la repetición de acontecimientos traumáticos. ⁽¹⁴⁾

La ansiedad puede adoptar diversas formas pero aquella más relacionada con la obesidad es la ansiedad generalizada, es decir aquella que está presente a niveles no muy elevados, pero es casi permanente. Este tipo de ansiedad al no ser muy elevada, consigue un porcentaje de reducción importante con el acto de comer. Al ser constante su presencia y su reducción con el comer se provoca un aumento de peso. ⁽¹⁴⁾

En cuanto a las manifestaciones depresivas, en esta psicopatología se puede describir las siguientes características: a) Quien las sufre parece incapaz de atender, percibir y procesar los estímulos y situaciones gratificantes, b) Pérdida de interés por las actividades o situaciones que anteriormente resultaban gratificantes, c) Insomnio o dificultades para conciliar el sueño, d) Sensación de cansancio, dolores musculares, estreñimiento, e) Incapacidad para hacer frente a sus obligaciones familiares, laborales y sociales habituales, f) Frecuente pérdida del apetito y finalmente de peso, g) Bajo

nivel de autoestima, h) Excesiva preocupación por el estado de salud, i) Irritabilidad, incapacidad para concentrarse, j) Llanto como miedo, angustia, sin situación alguna lo justifique, k) Autorreproches por ser incapaz de salir de esta situación depresiva, l) A niveles diferentes de conciencia, suele haber sentimientos de culpa, incompetencia personal, inutilidad, m) Sentimientos no reconocidos de agresividad hacia los demás que se vuelcan hacia uno mismo, n) Ideas más o menos concretas de suicidio. Estas características o parte de ellas están presentes de manera permanente, no ocasional, cuya duración puede ir desde varios meses hasta varios años. Pueden agregarse elementos biográficos y psicológicos que facilitan la aparición de la depresión. El comer en exceso ciertos alimentos puede contribuir a cerrarle paso a la depresión. ⁽¹⁴⁾

Como aumentar su deseo de consumir chocolate, alimento estimulantes, carne, y otros productos ricos en proteínas e hidratos de carbono. Estos tienen en su composición química elementos que aumentarían los niveles de serotonina, neurotransmisor que se encuentra disminuido en esta patología. Dado que las personas obesas no suelen estar satisfechas con su imagen corporal, que frecuentemente se aíslan del contacto social, o no se atreven a iniciar contactos eróticos por temor al rechazo, se puede establecer un círculo vicioso donde el comer se transforma en un acto para reducir la insatisfacción y la amenaza de depresión. ⁽¹⁴⁾

Haciendo referencia al manual DSM IV, dentro de los trastornos del estado de ánimo se describe, dentro del episodio de depresión mayor, al trastorno alimenticio como uno de los criterios para su diagnóstico. Normalmente, el apetito disminuye y muchos sujetos tienen que esforzarse por comer. Otros, especialmente en la consulta ambulatoria, pueden tener más apetito, con apetencia por ciertas comidas (p. ej., dulces u otros hidratos de carbono). Cuando las alteraciones del apetito son graves (sea en la dirección que sea), puede haber una pérdida o ganancia significativa de peso. ⁽¹⁴⁾

Criterios diagnósticos para el episodio depresivo mayor (DSM IV), a) Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser (1) estado de ánimo depresivo o (2) pérdida de interés o de la capacidad para el placer. Nota: No incluir los síntomas que son claramente debidos a enfermedad médica o las ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo. 1) estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente triste o vacío) o la observación realizada por otros (p. ej., llanto). Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable, 2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (según refiere el propio sujeto u observan los demás), 3) pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día. Nota: En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables, 4) insomnio o hipersomnia casi cada día, 5) agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido), 6) fatiga o pérdida de energía casi cada día, 7) sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser

delirantes) casi cada día (no los simples autorreproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo), 8) disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).9) pensamientos recurrentes de muerte (no sólo temor a la muerte), ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse: a) Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto, b) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o otras áreas importantes de la actividad del individuo, c) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej. una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (p. ej., hipotiroidismo) d) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p. ej., después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor. ⁽¹⁴⁾

La Organización Mundial de la Salud informa que la depresión ocupa el cuarto lugar como causa de discapacidad en el mundo. Es dos veces más frecuente en la mujer en comparación con el hombre. Desde el punto de vista socioeconómico, la depresión incrementa el número de consultas en atención primaria, de estudios de laboratorio y días de estancia hospitalaria. Mediante análisis ajustado por morbilidad se ha determinado que el costo monetario que implica la atención de pacientes deprimidos es mayor que el de pacientes sin depresión. En la mujer, la depresión se relaciona con los cambios hormonales propios del inicio de la pubertad, del posparto y de la perimenopausia, además de factores psicosociales que la hacen más susceptible, como el bajo nivel escolar y socioeconómico, baja autoestima, aislamiento social y violencia intrafamiliar o de pareja; como factores protectores están la autonomía económica y reproductiva. ⁽¹⁵⁾

El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente. La depresión se integra en el conglomerado de trastornos mentales que cada día cobran mayor importancia y se estima que en 2020 será la segunda causa de años de vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados. Básicamente, la depresión se caracteriza por un estado de tristeza profunda y una pérdida de interés o placer que perduran durante al menos dos semanas y que están presentes la mayor parte del día. ⁽¹⁶⁾

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002 entre población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyó que los trastornos afectivos –dentro de los que se incluyen los trastornos depresivos–, se ubican, respecto al resto de los trastornos investigados, en tercer lugar en frecuencia para prevalencia alguna vez en la vida (9.1%), después de los trastornos de ansiedad (14.3%) y los trastornos por uso de sustancias (9.2%). Al limitar el análisis de la encuesta a los 12 meses previos a su aplicación, los trastornos más comunes fueron los de ansiedad, seguidos por los afectivos. Al analizar los trastornos individualmente, el episodio depresivo pasa a un

quinto lugar (luego de las fobias específicas, los trastornos de conducta, la dependencia al alcohol y la fobia social), con una prevalencia de 3.3% alguna vez en la vida. Entre las mujeres, la depresión mayor ocupa el segundo lugar.⁽¹⁶⁾

Buscando hacer un diagnóstico más preciso en cuanto a trastornos del estado de ánimo como la ansiedad y la depresión se han diseñado escalas e instrumentos de evaluación como la escala de Hamilton para ansiedad y la escala de Beck para depresión.

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1969 dividió el ítem "síntomas somáticos generales" en dos ("somáticos musculares" y "somáticos sensoriales") quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia). Existe una versión española, realizada por Carrobbles y cols en 1986, que es la que presentamos. Así mismo, está disponible una para aplicación informática y otra para utilización mediante sistema de video4. Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe complementarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítem una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos de anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.⁽¹⁷⁾

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas. Bech y cols recomiendan administrarla siempre a la misma hora del día, debido a las fluctuaciones del estado de ánimo del paciente, proponiendo a modo de ejemplo entre las 8 y las 9 am.⁽¹⁷⁾

En cuanto al inventario de Beck esta fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias fases auto evaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adapte a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala auto aplicada. Beck y Cols. (1979) da a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz (1991), siendo esta la más utilizada en la actualidad. Sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad e intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor

a mayor gravedad. El marco temporal hace referencia al momento actual y a la semana previa. Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos/vegetativos. ⁽¹⁸⁾

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Friedman *et al* (2002) consideraron que la imagen corporal es un potencial mediador de la relación entre obesidad y angustia psicológica, lo cual demostraron con una investigación realizada con hombres y mujeres obesos que completaron el cuestionario multidimensional de la relación del propio cuerpo, el inventario Beck de depresión, la escala de autoestima Rosenberg, y la escala de atracón, que mostraron la satisfacción con la imagen corporal media y parcialmente la relación entre el grado de sobrepeso, depresión y baja autoestima. El antecedente que utilizaron para esta investigación es que individuos obesos que estaban buscando reducir peso demostraban una alta prevalencia de angustia en comparación con individuos obesos sin este interés de reducir peso.⁽¹⁹⁾

Voznesenkaya y Vein (2002) demostraron que 60% de personas obesas expuestas al estrés psicológico sufren hiperfagia como una forma patológica de defensa, acompañada de personalidades inmaduras, con rasgos ansiosos y depresivos. A esta alteración de la conducta se le denominó “conducta alimentaria emocional” o hiperfagia al estrés, cuando la ingestión de alimentos no se relaciona con la sensación de hambre sino con malestar psicológico (aburrimiento, angustia o dificultad para resolver los problemas). La obesidad en este caso, puede ser considerada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico y social.⁽²⁰⁾

Vakhmistrovet *al* (2001), en una muestra de 36 mujeres obesas divididas en 4 grupos: 1) sin hiperfagia al estrés, 2) con hiperfagia al estrés y conducta alimentaria alterada, 3) con trastorno compulsivo de la conducta alimentaria, y 4) con trastorno alimentario nocturno; se realizaron estudios neurológicos y psicométricos en los cuales observaron historia psiquiátrica previa y comorbilidad psiquiátrica (depresión mayor, ansiedad generalizada, ataques de pánico e insomnio) en todas las participantes de los grupos⁽²⁰⁾

Respecto al trastorno alimentario nocturno (TAN), Glucke *et al* (2001) menciona que respecto al trastorno alimenticio varía y se incrementa con la severidad de la obesidad y ha sido relacionado con estrés vital, psiconeuroticismo, depresión, humor bajo, y reacciones adversas a la pérdida de peso. En estos pacientes con TAN, también se concluyó que padecían anorexia matutina e hiperfagia vespertina (después de las 7 pm), y trastornos para conciliar el sueño, o mantenerlo.⁽²¹⁾

Ahlborget *al* (2002) observaron la correlación positiva entre depresión y ansiedad en hombres con obesidad abdominal, lo que sugiere un efecto negativo del cortisol sobre el bienestar psicológico. El exceso de cortisol durante el estrés prolongado estimula la ingestión de alimentos, aumenta la grasa abdominal y puede ser la causa de depresión en forma simultánea con alteraciones metabólicas (síndrome X o resistencia a la insulina). La respuesta patológica al estrés –consumo de alcohol, tabaquismo y “borracheras” alimentarias- puede variar según la personalidad y género del individuo.⁽²⁰⁾

Los trastornos de personalidad también pueden estar implicados en la progresión de obesidad abdominal, hiperinsulinemia y dislipidemias. Es importante identificar, asimismo, las alteraciones de la conducta alimentaria en los pacientes obesos (trastorno compulsivo y nocturno de la conducta alimentaria, bulimia nervosa y trastorno alimentario no especificado) que pueden contribuir a la causa, mantenimiento o recaídas de la obesidad, y que se relacionan con alto nivel de ansiedad. ⁽²⁰⁾

En México, Gómez y Ávila (1998), en una muestra de 222 personas, encontraron una clara relación entre la obesidad y la conducta alimentaria compulsiva (el trastorno más frecuente en el paciente obeso). ⁽²⁰⁾

Guisado *et al* (2002) analizaron la psicopatología de un grupo de 100 pacientes con obesidad mórbida que habían recibido el tratamiento quirúrgico para perder peso. Dieciocho meses después de la cirugía, 40% cumplió con los criterios de CIE-10 de patología psiquiátrica: trastornos afectivos, de ansiedad, trastorno compulsivo de la conducta alimentaria, anorexia nervosa, bulimia nervosa y dependencia de alcohol. Asimismo, la obesidad conduce al desarrollo de nuevas afecciones psiquiátricas, que pueden ser el resultado de que el paciente obeso está sometido a múltiples problemas psicológicos, como la discriminación social que conlleva consecuencias graves de la conducta; limitaciones personales, laborales y sexuales que conducen a la disminución de autoestima y al aislamiento. ⁽²⁰⁾

Greeno y Wing (2000) concluyeron que el estrés (incluida la depresión) se asocia con aumento en la ingesta de alimentos en los comedores restringidos, lo cual está descrito en el modelo de comportamiento bulímico. ⁽²²⁾

Wardle *et al* (2001) analizaron una muestra de mujeres obesas con desorden del atracón, insatisfacción corporal, y su relación con restricción de alimentos y depresión; sus hallazgos mostraron que estos 4 elementos están íntimamente relacionados, y al tratar la depresión con medicamentos, y mejorar la insatisfacción corporal con terapias psicológicas, mejora el curso del desorden del atracón, y por lo tanto el éxito terapéutico incrementa su porcentaje. ⁽²²⁾

Padilla y cols en su artículo asociación depresión obesidad realizada en una UMF a 150 adultos entre 20 y 65 años de los cuales 92% fueron mujeres y aplicándoles la escala de Zung para la depresión se reportó que el 24% de los mismos con IMC mayor de 30 kg/m² padecían grados variables de depresión. ⁽²³⁾

Ríos y Cols en su artículo Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso, al valorar 296 pacientes obesos que acuden a una clínica de control de peso y aplicar la escala de Hamilton encontraron que existen niveles de ansiedad en el paciente obeso, teniendo las mujeres mayores grados de esta. ⁽²⁴⁾

Buscando hacer un diagnóstico más preciso en cuanto a trastornos del estado de ánimo como la ansiedad y la depresión se han diseñado escalas e instrumentos de evaluación como la escala de Hamilton para ansiedad y la escala de Beck para depresión. ⁽¹⁷⁾

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton AnxietyScale, HAS) fue diseñada en 1959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1969 dividió el ítem "síntomas somáticos generales" en dos ("somáticos musculares" y "somáticos sensoriales") quedando en 14. Esta versión es la más ampliamente utilizada en la actualidad. Su objetivo era valorar el grado de ansiedad en pacientes previamente diagnosticados y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).⁽¹⁷⁾

Existe una versión española, realizada por Carrobles y cols en 1986, que es la que presentamos. Así mismo, está disponible una para aplicación informática y otra para utilización mediante sistema de video4.⁽¹⁷⁾

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. Debe cumplimentarse por el terapeuta tras una entrevista, que no debe durar más allá de 30 minutos. El propio autor indicó para cada ítems una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos del anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.⁽¹⁷⁾

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas. Bech y cols recomiendan administrarla siempre a la misma hora del día, debido a las fluctuaciones del estado de ánimo del paciente, proponiendo a modo de ejemplo entre las 8 y las 9 am.⁽¹⁷⁾

En cuanto al inventario de Beck esta fue desarrollado inicialmente como una escala heteroaplicada de 21 ítems para evaluar la gravedad (intensidad sintomática) de la depresión, conteniendo cada ítem varias fases auto evaluativas que el entrevistador leía al paciente para que este seleccionase la que mejor se adapte a su situación; sin embargo, con posterioridad su uso se ha generalizado como escala auto aplicada. Beck y Cols. (1979) da a conocer una nueva versión revisada de su inventario, adaptada y traducida al castellano por Vázquez y Sanz (1991), siendo esta la más utilizada en la actualidad. Sistematizan 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evalúan la gravedad e intensidad del síntoma y que se presentan igualmente ordenadas de menor a mayor gravedad. Su contenido enfatiza más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representan en torno al 50% de la puntuación total del cuestionario, siendo los síntomas de tipo somático/vegetativo el segundo bloque de mayor peso; de los 21 ítems, 15 hacen referencia a síntomas psicológicos cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos/vegetativos.⁽¹⁸⁾

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Los aumentos en las prevalencias de obesidad en México se encuentran entre los más rápidos documentados en el plano mundial. De acuerdo a la encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012; y de 1988 a 2012, el sobrepeso en mujeres de 20 a 49 años de edad se incrementó de 25 a 35.3% y la obesidad de 9.5 a 35.2%. Afortunadamente en el último periodo de evaluación de 2006 a 2012 la prevalencia agregada de sobrepeso y obesidad en adultos ha mostrado una reducción en la velocidad de aumento que era cercana al 2% anual en el periodo 2000 a 2006 para ubicarse en un nivel inferior a 0.35% anual.

El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses de 5.8% y 9.5%, respectivamente.

Se ha encontrado que la ansiedad y depresión causa hiperfagia y por lo tanto predisponen más a la obesidad.

Por lo tanto es necesario que el médico al tratar al obeso considere los diagnósticos de depresión y ansiedad. Se hace necesario que el médico al tratar al obeso considere el diagnóstico y tratamiento de ansiedad y depresión en forma simultánea e implementar un plan dietético, cambios en el estilo de vida y si fuera necesario tratamiento farmacológico. Como en otros padecimientos crónicos, la presencia de depresión en el obeso hace difícil la adherencia al tratamiento.

Se ha documentado que la ansiedad y la depresión principalmente en adultos jóvenes se asocian a la obesidad ya que el paciente trata de controlar estos estados de ánimo incrementando la cantidad y modificando el tipo de alimentos que ingiere.

En nuestra UMF No. 33 existe gran cantidad de mujeres obesas de las cuales se tiene conocimiento de 6750 mujeres, de las cuales hasta el momento no se ha realizado ningún estudio de esta naturaleza por lo que surgió la necesidad de elaborar dicha investigación, surgiendo la siguiente pregunta:

¿Cuál es la frecuencia de ansiedad y o depresión en mujeres de 20 a 59 años con obesidad adscritas a la UMF No. 33.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la frecuencia de ansiedad y o depresión en mujeres de 20 a 59 años con obesidad adscritas a la UMF No. 33.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la frecuencia de obesidad grado 1 en mujeres de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.
- Identificar la frecuencia de obesidad grado 2 en mujeres de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.
- Identificar la frecuencia de obesidad grado 3 en mujeres de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.
- Identificar las características sociodemográficas de las mujeres con obesidad de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio descriptivo, prolectivo, transversal, observacional, con el objetivo de determinar la frecuencia de ansiedad y o depresión en mujeres de 20 a 59 años con obesidad adscritas a la UMF 33, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: Mujeres de 20 a 59 años, portadoras de cualquier grado de obesidad, adscritas a la UMF 33 del IMSS, que aceptaron participar en el estudio, previo consentimiento informado; se excluyeron a: Mujeres con diagnóstico previo o tratamiento para depresión o ansiedad, pacientes con hipotiroidismo, pacientes que se encuentren cursando con embarazo, puerperio o lactancia, pacientes con alguna imposibilidad física que no permita realizar la medición de peso, talla o le impida contestar el cuestionario, y se eliminaron a: pacientes que contestaron los cuestionarios de forma incompleta en más de 5%.

Se calculó una muestra de 363 mujeres, por muestreo no probabilístico por conveniencia, con previo consentimiento informado, se aplicaron encuestas para determinar la frecuencia de ansiedad y o depresión en mujeres obesas de 20 a 59 años adscritas a la UMF 33.

Para la variable ansiedad se utilizó el instrumento de Hamilton, el cuál esta validado y valora la ansiedad psíquica a través de los ítems del 1 al 6 y 14, y la ansiedad somática con los ítems del 7 al 12 y 13; la pregunta 1 corresponde a interrogar sobre el Estado de ánimo ansioso, la pregunta 2 sobre el estado de tensión, la pregunta 3 sobre temores, la pregunta 4 sobre insomnio, la pregunta 5 sobre el estado intelectual (cognitivo), la pregunta 6 sobre el estado de ánimo deprimido, la pregunta 7 sobre síntomas somáticos generales (musculares), la pregunta 8 sobre síntomas somáticos generales (sensoriales), la pregunta 9 sobre síntomas cardiovasculares, la pregunta 10 sobre síntomas respiratorios, la pregunta 11 sobre síntomas gastrointestinales, la pregunta 12 sobre síntomas genitourinarios, la pregunta 13 sobre síntomas autónomos, y la pregunta 14 sobre comportamiento en la entrevista (general y fisiológico); con puntuaciones: 0 ausente, 1 intensidad ligera, 2 intensidad media, 3 intensidad elevada, 4 intensidad máxima. El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 56 puntos. La puntuación global se obtuvo sumando la puntuación de cada ítem con puntuación de 0-5=ausencia de ansiedad, 6-14 ansiedad leve, más de 15 ansiedad moderada/ grave.

Para la variable depresión se utilizó 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. La primer pregunta cuestiona sobre si se siente triste, la pregunta 2 sobre cómo se sentirá en un futuro, la pregunta 3 sobre el fracaso, la pregunta 4 sobre la satisfacción, la pregunta 5 sobre la culpabilidad, la pregunta 6 sobre el castigo, la pregunta 7 sobre la decepción, la pregunta 8 sobre la culpabilidad, la pregunta 9 sobre ideas de suicidio, la pregunta 10 presencia de haber llorado, la pregunta 11 si se encuentra irritable, la pregunta 12 sobre el estado de interés, la pregunta 13 sobre la toma de decisiones, la pregunta 14 cuestiona sobre el estado de ánimo, la pregunta 15 sobre la iniciativa de realizar una actividad, la pregunta 16 sobre el hábito del sueño, la pregunta 17 cuestiona sobre el cansancio, la pregunta 18 sobre

el apetito, la pregunta 19 cuestiona sobre el incremento o pérdida de vacaciones, la pregunta 20 sobre la preocupación por problemas de salud, la pregunta 21 cuestiona sobre el interés sexual. El paciente tuvo que seleccionar, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtuvo sumando los valores de las frases seleccionadas, que van de 0-3. El rango de la puntuación obtenida es de 0-63 puntos. Los puntos de corte usualmente aceptados para graduar la intensidad/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 sociodemográficas se diseñó un cuestionario expofeso las cuales fueron: edad, escolaridad y nivel socioeconómico.

Se utilizó el programa Excel, para la concentración de datos para calcular frecuencias y porcentajes, para esquematizar los resultados a través de tablas y graficas haciendo uso exclusivamente de la estadística descriptiva.

RESULTADOS

De las 363 pacientes mujeres de 20 a 59 años con obesidad adscritas a la UMF No. 33, con previo consentimiento informado, explicando el objetivo y el motivo del estudio, cumplieron con los criterios de inclusión sin haber encontrado criterios de exclusión o de eliminación con los participantes se obtuvieron los siguientes resultados:

En relación a la edad de las pacientes en estudio, 62 (17.07 %) pacientes de 20 a 29 años, 105 (28.92 %) de 30 a 39 años, 136 (37.46 %) de 40 a 49 años, 60 (16.52 %) de 50 a 59 años. (Tabla y gráfica 1)

La distribución de la ocupación es de: 160 (44.07%) pacientes empleadas, 60 (16.52 %) desempleada, 108 (29.75%) hogar, 22 (6.06%) estudiante, 13 (3.58%) estudia y trabaja. (Tabla y gráfica 2)

Distribución del nivel socioeconómico, es de 113 (31.12%) pacientes con nivel bajo, 190 (52.34%) medio, 60 (16.52%) alto. (Tabla y gráfica 3)

La distribución de grado de obesidad fue de la siguiente manera: Grado 1: 226(62.25 %), grado 2: 112 (30.85 %), grado 3: 25 (6.88 %).(Tabla y gráfica 4).

La distribución de grado de obesidad por edad fue de la siguiente manera: grado 1 de 20-29 años 45 (12.39 %) pacientes, de 30-39 años 88 (24.24 %), 40-49 años 70 (19.28 %), 50-59 años 23 (6.33 %); grado 2 en pacientes de 20-29 años fue de 12 (3.3 %), de 30-39 años 10 (2.75 %), 40-49 años 60(16.52 %), 50-59 años 30 (8.26 %); grado 3 en pacientes de 20-29 años fue de 5 (1.37 %), 30-39 años 7(1.92 %), 40-49 años 6 (1.65 %), 50-59 años 7 (1.92 %). (Tabla y gráfica 5).

En relación a la ansiedad, 138 (38.01%) pacientes sin ansiedad y 225 (61.97 %) con ansiedad las cuales se distribuyeron en los siguientes grados: 105 (28.92 %) con ansiedad leve, 120 (33.05 %) con ansiedad moderada/ grave. (Tabla y gráfica 6).

En relación a la ansiedad por edad fue de la siguiente manera: sin ansiedad de 20-29 años 17 (4.68 %) pacientes, de 30-39 años 40 (11.01 %), 40-49 años 71 (19.55 %), 50-59 años 10(2.75 %); con ansiedad leve de 20-29 años 25 (6.88 %), de 30-39 años 30 (8.26 %), 40-49 años 35 (9.64 %), 50-59 años 15 (4.13 %); con ansiedad moderada/ grave de 20-29 años 20 (5.5 %), de 30-39 años 35 (9.64 %), 40-49 años 30 (8.26 %), 50-59 años 35 (9.64 %).(Tabla y Grafica 7).

La distribución de la depresión, 227 (62.53 %) sin depresión y 136 (36.79%) con depresión las cuales se distribuyeron en los siguientes grados:75 (20 %) con depresión leve, 47 (12.94 %) con depresión moderada, 14 (3.85 %) con depresión grave, (Tabla y gráfica 8).

La distribución del grado de depresión por edad fue de la siguiente manera: sin depresión de 20-29 años 29 (7.98 %) pacientes, de 30-39 años 73 (20.11 %), de 40-49 años 104 (28.65 %), de 50-59 años 21 (5.78 %); depresión leve de 20-29 años 20 (5.5 %), de 30-39 años 15 (4.13 %), de 40-49 años 21 (5.7 %), de 50-59 años 19 (5.23 %); depresión moderada de 20-29 años 10 (2.75 %), de 30-39 años 15 (4.13 %), de 40-49 años 7 (1.92 %), de 50-59 años 15 (4.13 %); depresión grave de 20-29 años 3 (0.82 %), de 30-39 años 2 (0.55 %), 40-49 años 4 (1.10 %), 50-59 años 5 (1.37 %). (Tabla y gráfica 9).

La distribución del grado de ansiedad de acuerdo al grado de obesidad, fue de la siguiente manera: sin ansiedad con obesidad grado 1 es de 96 (26.44 %) personas, obesidad grado 2: 32 (8.81 %), obesidad grado 3: 10 (2.75 %); ansiedad leve con obesidad grado 1:55 (15.15 %) pacientes, obesidad grado 2: 45 (12.39 %), obesidad grado 3: 5 (1.37 %); ansiedad moderada /grave con obesidad grado 1: 75 (20.66 %), obesidad grado 2: 35 (9.64 %), obesidad grado 3: 10 (2.75 %).(Tabla y gráfica 10).

La distribución del grado de depresión de acuerdo al grado de obesidad fue de la siguiente manera: sin depresión con obesidad grado 1:170 (46.83 %) pacientes, obesidad grado 2: 52 (14.32 %), obesidad grado 3: 5 (1.37 %); depresión leve con obesidad grado 1: 40 (11.01 %), con obesidad grado 2: 30 (8.26 %), con obesidad grado 3: 5(1.37 %); depresión moderada con obesidad grado 1: 12(3.30 %), obesidad grado 2: 25(6.88 %), obesidad grado 3: 10 (2.75 %), depresión grave con obesidad grado 1: 4 (1.10 %), con obesidad grado 2: 5 (1.37 %), con obesidad grado 3: 5(1.37 %). (Tabla y gráfica 11).

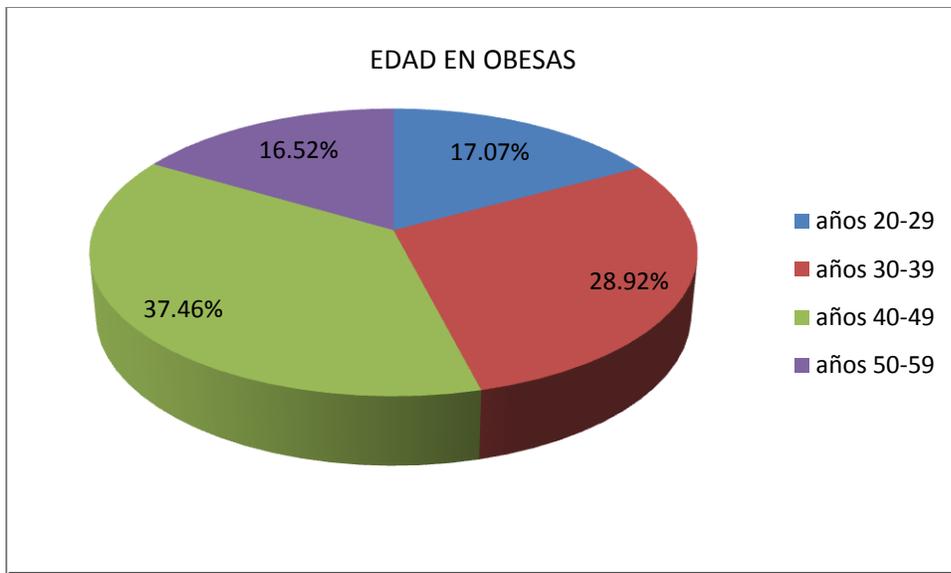
TABLAS Y GRÁFICAS

TABLA 1: Distribución por edad en mujeres con obesidad de 20 a 59 años de edad adscritas a la UMF No.33.

Edad (años)							
20-29	%	30-39	%	40-49	%	50-59	%
62	17.07	105	28.92	136	37.46	60	16.52

Fuente: Encuesta de pacientes mujeres con obesidad de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.

GRÁFICA 1: Distribución por edad en mujeres con obesidad de 20 a 59 años de edad adscritas a la UMF No.33.



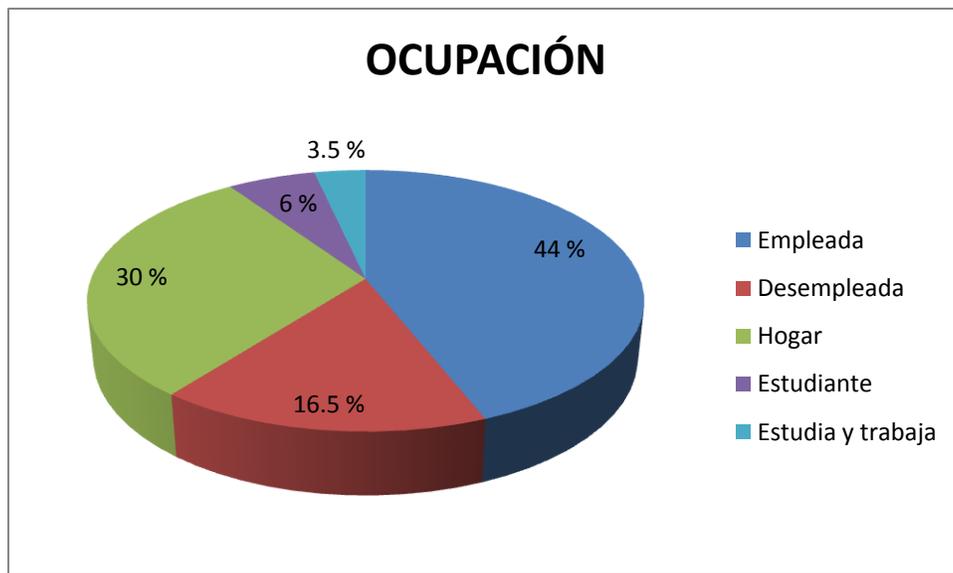
Fuente: Encuesta de pacientes mujeres con obesidad de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.

TABLA 2: Distribución de ocupación en mujeres con obesidad de 20 a 59 años de edad adscritas a la UMF No.33.

Ocupación	No de mujeres	%
Empleada	160	44.07
Desempleada	60	16.52
Hogar	108	29.75
Estudiante	22	6.06
Estudia y trabaja	13	3.58

Fuente: Encuesta de pacientes mujeres con obesidad de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.

GRÁFICA 2: Distribución de ocupación en mujeres con obesidad de 20 a 59 años de edad adscritas a la UMF No.33.



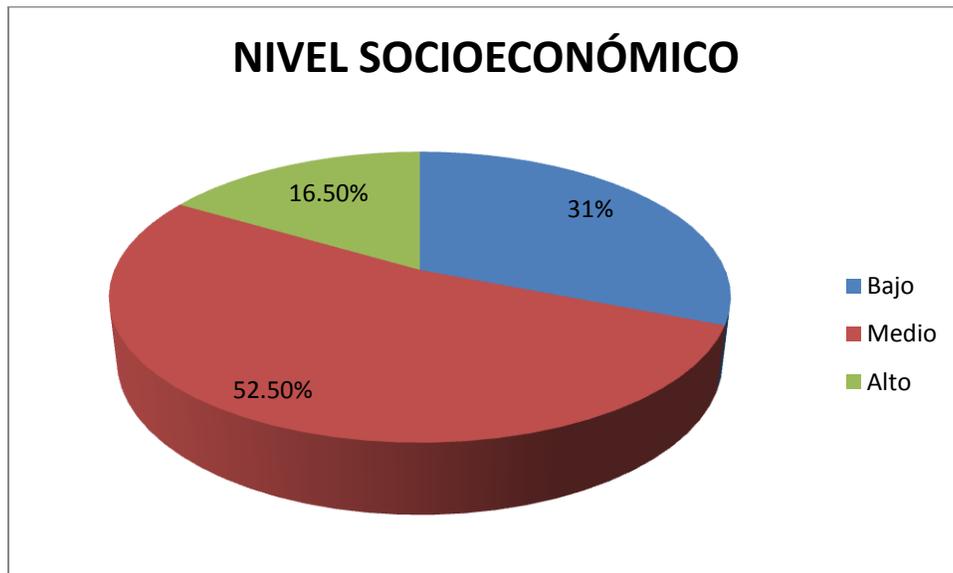
Fuente: Encuesta de pacientes mujeres con obesidad de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.

TABLA 3: Distribución de nivel socioeconómico en mujeres con obesidad de 20 a 59 años de edad adscritas a la UMF No.33.

Nivel socioeconómico	No de mujeres	%
Bajo	113	31.12
Medio	190	52.34
Alto	60	16.52

Fuente: Encuesta de pacientes mujeres con obesidad de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.

GRÁFICA 3: Distribución de nivel socioeconómico en mujeres con obesidad de 20 a 59 años de edad adscritas a la UMF No.33.



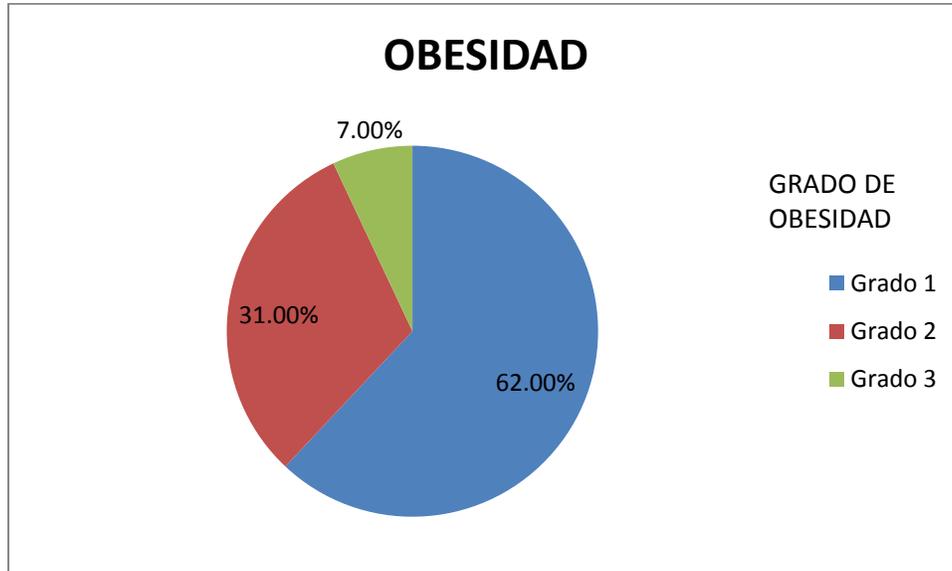
Fuente: Encuesta de pacientes mujeres con obesidad de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.

TABLA 4: Distribución de grado de obesidad en mujeres de 20 a 59 años de edad adscritas a la UMF No. 33

Grado de obesidad	Número de mujeres	Porcentaje
Grado 1	226	62.25 %
Grado 2	112	30.85%
Grado 3	25	6.88 %

Fuente: Encuesta de pacientes mujeres con obesidad de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.

GRÁFICA 4: Distribución de grado de obesidad en mujeres de 20 a 59 años de edad adscritas a la UMF No. 33



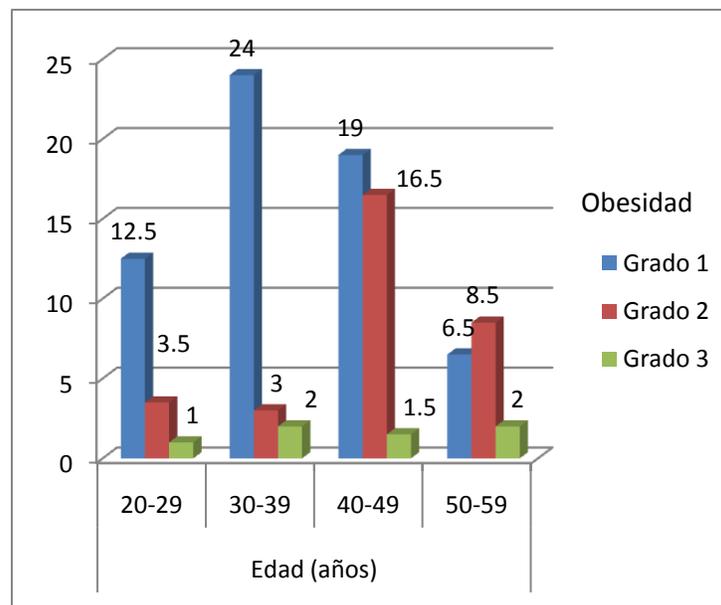
Fuente: Encuesta de pacientes mujeres con obesidad de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.

TABLA 5: Distribución de grado de obesidad por edad en mujeres de 20 a 59 años de edad adscritas a la UMF No. 33.

Grado de Obesidad	Edad (años)							
	20-29	%	30-39	%	40-49	%	50-59	%
Grado 1	45	12.39	88	24.24	70	19.28	23	6.33
Grado 2	12	3.30	10	2.75	60	16.52	30	8.26
Grado 3	5	1.37	7	1.92	6	1.65	7	1.92
Total	62		105		136		60	

Fuente: encuesta de pacientes mujeres con obesidad de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.

GRÁFICA 5: Distribución de grado de obesidad por edad en mujeres de 20 a 59 años de edad adscritas a la UMF No. 33.



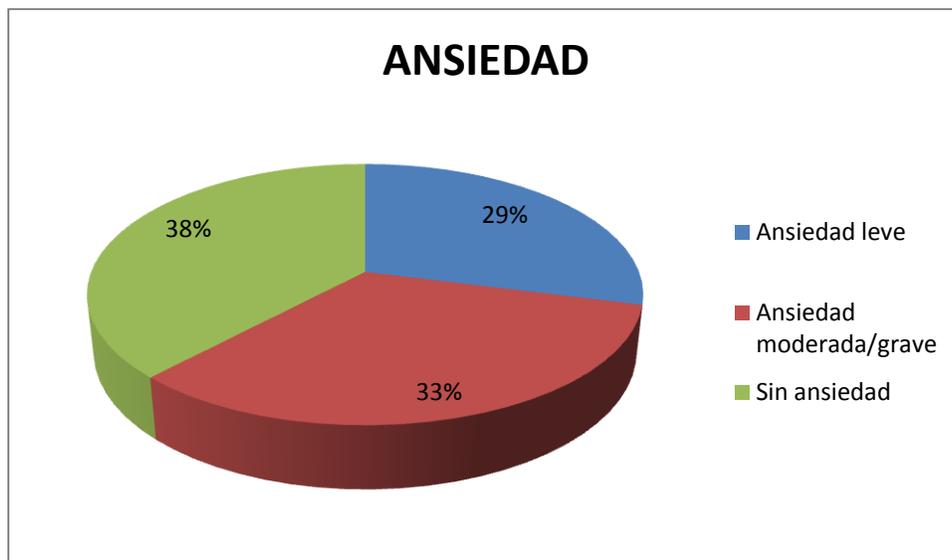
Fuente: Encuesta de pacientes mujeres con obesidad de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.

TABLA 6: Distribución del grado de ansiedad en mujeres de 20 a 59 años con obesidad adscritas a la UMF No. 33.

Grado de ansiedad	No de mujeres	Porcentaje %
Sin ansiedad	138	38.01
Ansiedad leve	105	28.92
Ansiedad moderada/grave	120	33.05

Fuente: encuesta de pacientes mujeres con obesidad de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.

GRÁFICA 6: Distribución del grado de ansiedad en mujeres de 20 a 59 años con obesidad adscritas a la UMF No. 33.



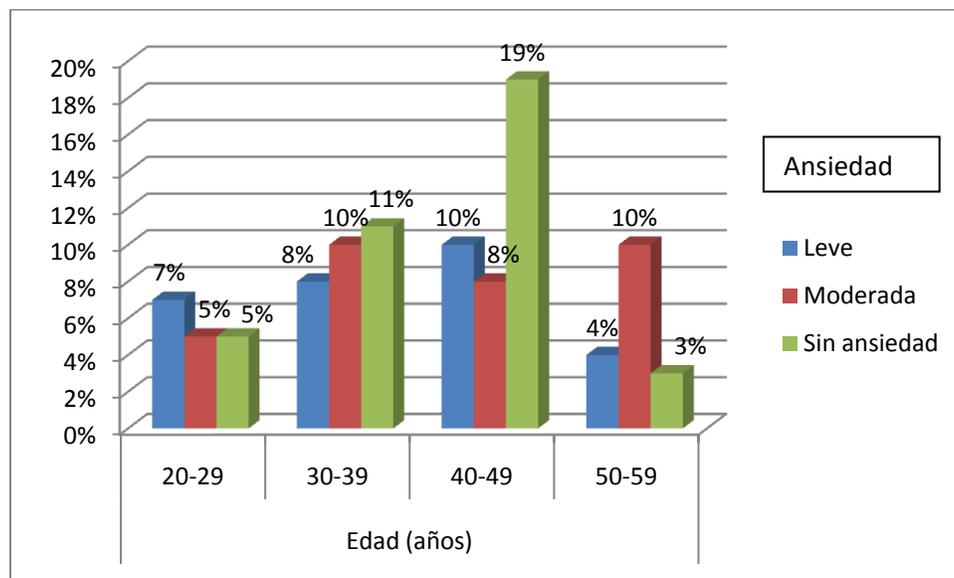
Fuente: Encuesta de pacientes mujeres con obesidad de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.

TABLA 7: Distribución del grado de ansiedad por edad en mujeres con obesidad adscritas a la UMF No. 33.

Grado de ansiedad	Edad (años)							
	20-29	%	30-39	%	40-49	%	50-59	%
Sin ansiedad	17	4.68	40	11.01	71	19.55	10	2.75
Leve	25	6.88	30	8.26	35	9.64	15	4.13
Moderada	20	5.50	35	9.64	30	8.26	35	9.64

Fuente: encuesta de pacientes mujeres con obesidad de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.

GRÁFICA 7: Distribución del grado de ansiedad por edad en mujeres con obesidad adscritas a la UMF No. 33.



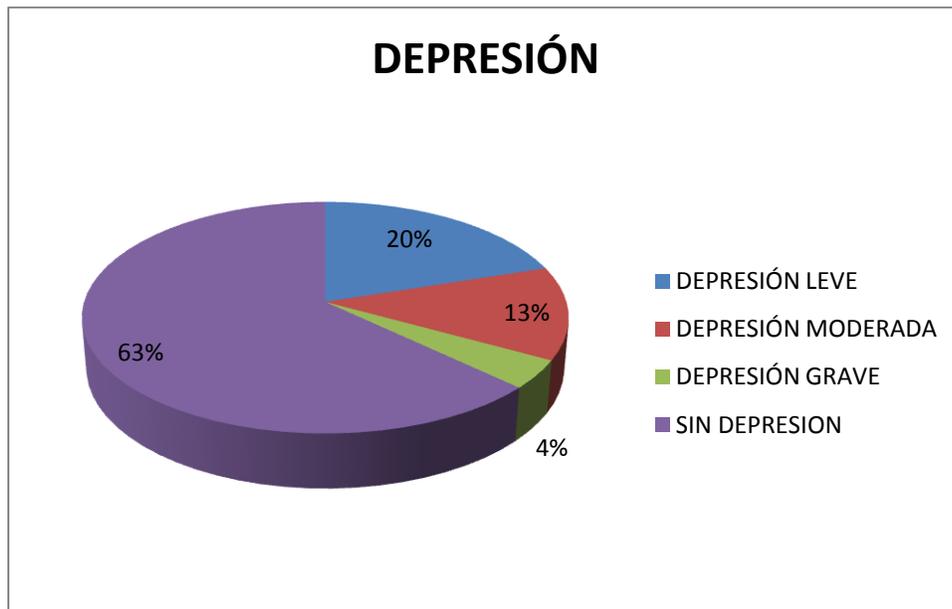
Fuente: Encuesta de pacientes mujeres con obesidad de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.

TABLA 8: Distribución del grado de depresión en mujeres de 20 a 59 años con obesidad adscritas a la UMF No. 33.

Grado de depresión	No de mujeres	Porcentaje %
Sin depresión	227	62.53
Depresión leve	75	20
Depresión moderada	47	12.94
Depresión grave	14	3.85

Fuente: encuesta de pacientes mujeres con obesidad de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.

GRÁFICA 8: Distribución del grado de depresión en mujeres de 20 a 59 años con obesidad adscritas a la UMF No. 33.



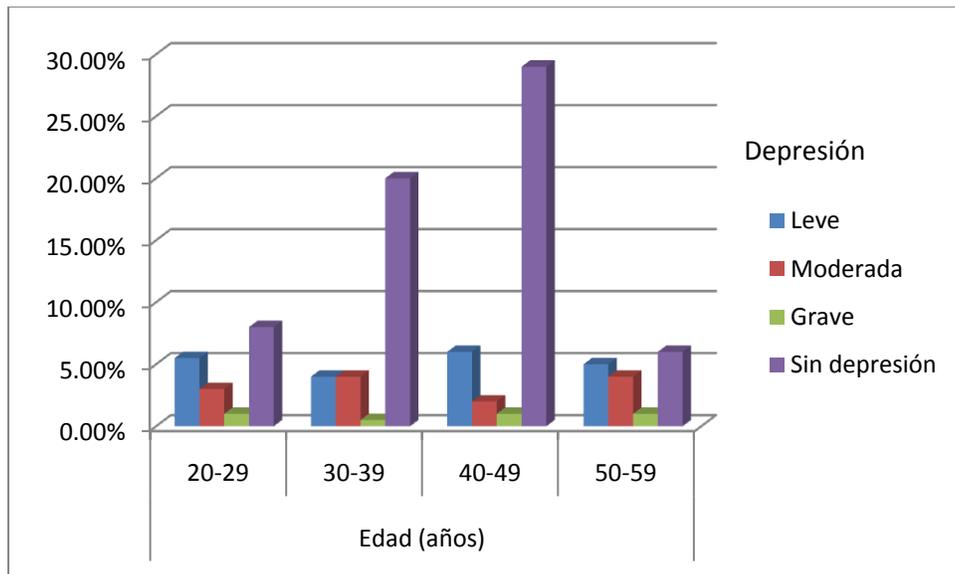
Fuente: Encuesta de pacientes mujeres con obesidad de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.

TABLA 9: Distribución del grado de depresión por edad en mujeres con obesidad adscritas a la UMF No. 33.

Grado de depresión	Edad (años)							
	20-29	%	30-39	%	40-49	%	50-59	%
Sin depresión	29	7.98	73	20.11	104	28.65	21	5.78
Leve	20	5.5	15	4.13	21	5.7	19	5.23
Moderada	10	2.75	15	4.13	7	1.92	15	4.13
Grave	3	0.82	2	0.55	4	1.10	5	1.37

Fuente: Encuesta de pacientes mujeres con obesidad de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.

GRÁFICA 9: Distribución del grado de depresión por edad en mujeres con obesidad adscritas a la UMF No. 33.



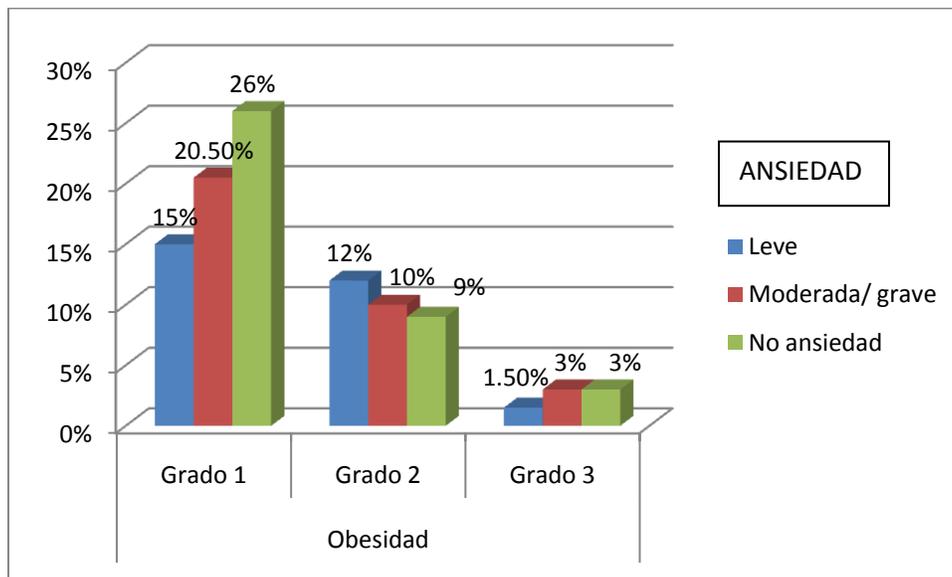
Fuente: encuesta de pacientes mujeres con obesidad de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.

TABLA 10: Distribución del grado de ansiedad de acuerdo al grado de obesidad en mujeres de 20 a 59 años de edad adscritas a la UMF No.33.

Grado de obesidad	Grado de ansiedad					
	Leve	%	Moderada/ grave	%	No ansiedad	%
Grado 1	55	15.15	75	20.66	96	26.44
Grado 2	45	12.39	35	9.64	32	8.81
Grado 3	5	1.37	10	2.75	10	2.75

Fuente: Encuesta de pacientes mujeres con obesidad de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.

GRÁFICA 10: Distribución del grado de ansiedad de acuerdo al grado de obesidad en mujeres de 20 a 59 años de edad adscritas a la UMF No.33.



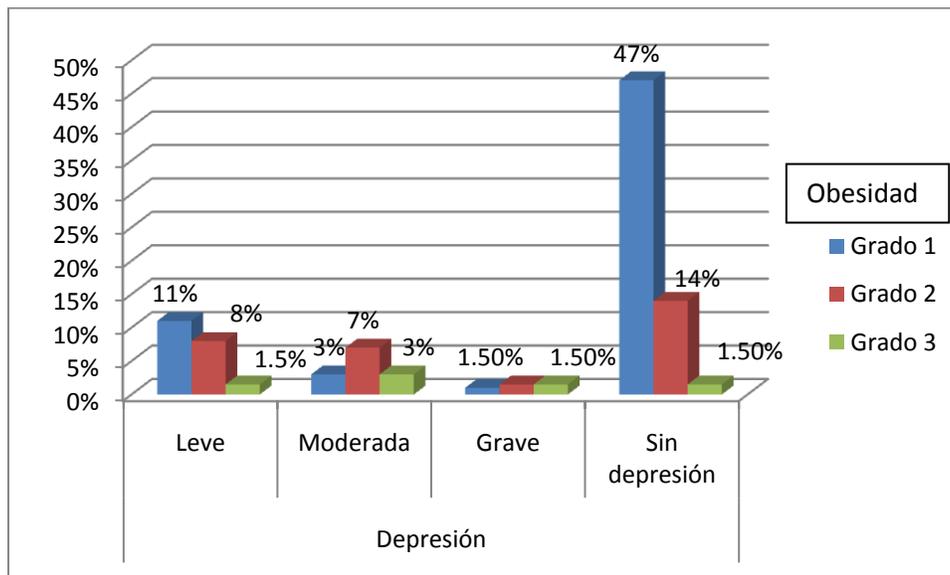
Fuente: Encuesta de pacientes mujeres con obesidad de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.

TABLA 11: Distribución del grado de depresión de acuerdo al grado de obesidad en mujeres de 20 a 59 años de edad adscritas a la UMF No.33.

Grado de Obesidad	Grado de depresión							
	Leve	%	Moderada	%	Grave	%	Sin depresión	%
Grado 1	40	11.01	12	3.30	4	1.10	170	46.83
Grado 2	30	8.26	25	6.88	5	1.37	52	14.32
Grado 3	5	1.37	10	2.75	5	1.37	5	1.37

Fuente: encuesta de pacientes mujeres con obesidad de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.

GRÁFICA 11: Distribución del grado de depresión de acuerdo al grado de obesidad en mujeres de 20 a 59 años de edad adscritas a la UMF No.33.



Fuente: Encuesta de pacientes mujeres con obesidad de 20 a 59 años adscritas a la UMF No. 33.

DISCUSIÓN

En cuanto a la ocupación nuestras pacientes en estudio son principalmente empleadas con 160 mujeres que corresponde a 44.07% seguida de pacientes dedicadas al hogar y en menor número a pacientes que se dedican a estudiar y a trabajar solamente con 13 mujeres que corresponde a 3.58 %.

El nivel socioeconómico de las pacientes en estudio es principalmente de estado medio con 190 pacientes que corresponde a 52.34 % y en un menor cantidad con nivel socioeconómico alto solamente con 60 pacientes con 16.52 %.

En cuanto a la presencia de obesidad en las pacientes en estudio la obesidad grado 1 es la que más frecuencia presenta con 62.25 % seguida de la obesidad grado 2 con 30.85 % mientras que la obesidad grado 3 con 6.88 %.

De acuerdo a la presencia de obesidad en mujeres se encontró que el grado 1 es el de mayor porcentaje en pacientes de 30 a 39 años con 24.24 %; existiendo un bajo porcentaje en el grado 3 en todas las edades.

Ríos y Cols en su artículo Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso, al valorar 296 pacientes obesos que acuden a una clínica de control de peso y aplicar la escala de Hamilton encontraron que existen niveles de ansiedad en el paciente obeso, teniendo las mujeres mayores grados de esta. En cuanto a nuestro estudio se encontró que existe un mayor número de mujeres obesas con ansiedad que aquellas que no la presentan siendo en mayor número de pacientes con ansiedad moderada/grave con un porcentaje de 33.05 % que con ansiedad leve con 28.92 %.

Voznesenkaya y Vein (2002) demostraron que 60% de personas obesas expuestas al estrés psicológico sufren hiperfagia como una forma patológica de defensa, acompañada de personalidades inmaduras, con rasgos ansiosos y depresivos

De acuerdo a la ansiedad en mujeres obesas por edades se encontró que el mayor número de casos presenta ansiedad moderada es en pacientes con edades de 30 a 39 años y de 50 a 59 años ambas con 9.64 %, así como en aquellas que presentan ansiedad leve son aquellas que se encuentran entre 40 a 49 años con 9.64 %; y existe un número importante de pacientes que no presentan ansiedad las cuales se encuentran con edades entre 40 a 49 años con 11.01%. No se han encontrado estudios previos que relacionen la edad con la presencia de ansiedad en las mujeres con obesidad.

Friedman *et al* (2002) en una investigación realizada con mujeres obesas que completaron el inventario Beck de depresión mostraron el grado de sobrepeso, depresión y baja autoestima. En cuanto a este estudio las pacientes con obesidad

existen un gran porcentaje de mujeres sin depresión 63% en comparación de aquellas que la presentan y dentro de ellas la depresión leve es la más frecuente con 20%, seguida de depresión moderada con 13 % y depresión grave con solo un 4 %.

De acuerdo a la depresión en mujeres obesas por edades se encontró que el mayor porcentaje lo presentan pacientes con depresión leve con edades entre 40 a 49 años con 5.7 %, con depresión moderada en mujeres de 30 a 39 años y de 50 a 59 años ambas con 4.13 %, existiendo un bajo porcentaje en pacientes con depresión grave incluyendo todas las edades; sin embargo existe un número importante de mujeres sin depresión con edades entre 40 a 49 años con 28.65 %. Por lo que la distribución de la depresión no varía en relación a la edad en las mujeres con obesidad.

La distribución del grado de ansiedad de acuerdo al grado de obesidad en nuestro estudio se encontró que el mayor número de pacientes sin ansiedad cuentan con obesidad grado 1 con 96 pacientes lo que corresponde a 26.44 %, sin embargo el mayor número de pacientes que presentan ansiedad son aquellas pacientes con obesidad grado 1 con ansiedad moderada/grave con 75 pacientes que corresponden al 20.66 %, continuando con la presencia de ansiedad leve con 55 pacientes el cual corresponde al 15.15 %. En cuanto a las pacientes con obesidad grado 2 que presentan ansiedad principalmente cuentan con ansiedad leve que cuenta con 45 mujeres que corresponde al 12.39%.

En obesidad grado 3 con menos número de pacientes que presentan algún grado de ansiedad, en comparación con otros grados de obesidad.

La distribución del grado de depresión de acuerdo al grado de obesidad en nuestro estudio se encontró que el mayor número de pacientes sin depresión cuentan con obesidad grado 1 con 170 pacientes lo que corresponde a 46.83 %, sin embargo el mayor número de pacientes que presentan depresión, son aquellas pacientes con obesidad grado 1 con depresión leve, 40 pacientes que corresponden al 11.01 %. En cuanto a las pacientes con obesidad grado 2 que presentan depresión principalmente cuentan con depresión leve que cuenta con 30 mujeres que corresponde al 8.26 %. En Obesidad grado 3, solo 20 pacientes presenten algún grado de depresión siendo solo 5(1.37%) con depresión grave. Por lo que la mayoría de las pacientes 107 pacientes 29%, con obesidad grado 1 ó 2 presentan depresión de leve a moderada. Las pacientes con obesidad grado 3, 15 pacientes 4% presentan depresión leve a moderada, siendo solo 5 que corresponde 1.37% las de depresión grave. Por lo tanto la mayoría de las pacientes con depresión leve a moderada están con obesidad grado 1 a 2, por lo que la detección oportuna de la depresión y su abordaje podrán evitar que aumente la obesidad.

CONCLUSIONES

Existen un gran número de pacientes con presencia de obesidad las cuales no han sido diagnosticadas como tal; y obviamente no se les ha dado ningún seguimiento ni tratamiento, así como también no se ha buscado la causa de su origen ni tampoco se ha llegado a pensar que pudiera estar relacionado con la presencia de ansiedad o depresión.

Existen en la consulta externa de medicina familiar un gran número de pacientes con presencia de ansiedad y depresión las cuales no han sido diagnosticadas como tal, y por ende no reciben ningún tratamiento y pueden llegar a ser susceptibles de alguna complicación.

En un gran porcentaje estas pacientes con algún grado de obesidad, y que se identificaron con presencia de ansiedad y depresión no solamente presentan un grado inicial leve, sino que ya se encuentran en una etapa más avanzada lo que nos habla hasta de un padecimiento ya crónico lo cual incluso podría complicar su manejo y tratamiento así como afectar de una forma más severa provocando mayor número de complicaciones.

Las personas obesas al no encontrar ayuda tienden a deprimirse y a tener complicaciones y ese es el momento indicado donde se debe dar el tratamiento y seguimiento adecuado para que no e siga alterando su estado de ánimo.

Es importante de ver y tratar al paciente de una forma sistemática y de saber asociar a la obesidad con trastornos como la ansiedad y depresión no solamente con trastornos metabólicos y saber dar un tratamiento oportuno y ofrecerle un seguimiento adecuado.

La ansiedad y la depresión en pacientes con obesidad está presente en cualquier rango de edad de los 20 a 59 años de edad afectando por igual en las distintas edades de las pacientes en estudio.

La gran mayoría de las pacientes en estudio se encuentran en un grado inicial de obesidad lo cual es importante que se realice el diagnóstico oportuno y se inicie un plan de manejo integral en esta etapa, con lo cual se pueden evitar el avance de la historia natural de la enfermedad y por lo tanto la aparición de complicaciones como la diabetes mellitus e hipertensión arterial.

SUGERENCIAS

El Departamento de Nutrición y Dietética del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a través del programa “Chécate, Mídete, Muévete”, difunde y promueve consejos, a través de los medios de comunicación, para llevar a cabo cambios que mejorarán la salud y calidad de vida de las personas con obesidad.

Por otra parte el médico familiar es el responsable de reconocer y abordar al paciente y a la familia con obesidad, desde etapas iniciales como una patología que pudiera ser consecuencia de un problema de ajuste psicológico o social, que puede crear alteraciones emocionales, funcionales, en calidad de vida y relaciones personales, que deben ser tratadas al mismo tiempo que la obesidad.

De acuerdo a la investigación realizada se sugiere continuar con aspectos que permitan profundizar en el abordaje de la obesidad relacionada con la ansiedad y depresión, se debe considerar su probable existencia en las mujeres que acuden a consulta con la finalidad de ofrecer una atención integral. Recomiendo la utilización de los instrumentos de Hamilton para diagnosticar la ansiedad y el instrumento de Beck para depresión ya que son instrumentos que se pueden aplicar de una forma rápida y sencilla además de ser confiables para su diagnóstico. Ya que nos ayudarían para una detección temprana de estos padecimiento en mujeres con obesidad.

Interacción constante entre médico familiar, nutriólogo, enfermera y trabajo social, para manejo integral oportuno de nuestras pacientes con algún grado de obesidad.

Enfatizar en el personal paramédico y médicos familiares la importancia de la canalización continúa y oportuna del paciente obeso con presencia de ansiedad y depresión dentro de las unidades de medicina familiar, realizar actividades que propicien el desarrollo del conocimiento mediante sesiones educativas, y de participación en grupos autoayuda, así como continuar con la aplicación de los programas integrados de salud de acuerdo a cada grupo etario, existentes en el IMSS correspondientes al universo de trabajo de la UMF 33..

La atención médica integral del paciente con obesidad requiere de la participación de un equipo transdisciplinario (Endocrinólogo, Médico Internista, Psicólogo, Psiquiatra, Nutricionista Dietista) que permitan cumplir objetivos específicos de cada área biológica, psicológica y social del paciente, siendo prioritario considerar las expectativas y preferencias del paciente y su familia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corio AR. Nutrición sobrepeso y obesidad. Curso actualización en nutrición para atención primaria, 2007: 03-59.
2. Sánchez CC, Pichardo OE, López RP. Epidemiología de la obesidad. Gaceta médica Méx, 2004; 140(2): S3-20.
3. Pi-Sunyer FX. Proc Obesity: criteria and classification. Nutr Soc. 2000; 59(4): 505-509.
4. Ciark JM, Brancati FL. The Challenge of Obesity-related Chronic Diseases. J Gen Intern Med. 2000; 15(11): 828-829.
5. Rosenbaum Michael, Liebel L. Rudoiph, Hirsch Jules, Obesity; The New England Journal of Medicine; 1997; 337: 396.
6. Chiprut R, Castellanos-Urdaibay A, Sánchez-Hernández C, Martínez-García D et al. La obesidad en el siglo XXI: Avances en la etiopatogenia y tratamiento. GacMedMex 2001; 137: 323-334.
7. Papakostas G, Petersen T, Iosifescu D, Burns A et al. Obesity among outpatients with major depressive disorder. Int J Neuropsychopharmacol 2005; 8: 59-63.
8. Vázquez V, López JC. Psicología y Obesidad. Revista de Endocrinología y Nutrición 2001; 9: 91-96.
9. Casillas EM, Montaña CN. A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. Revista Biomédica, 2006; 17: 243-49.
10. Herva A, Laitinen J, Miettunen J, Veijola J et al. Obesity and depression: results from the longitudinal Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. Int J Obes 2006; 30: 520-527.
11. Ball K, Crawford D. An investigation of psychological, social and environmental correlates of obesity and weight gain in young women. Int J Obes 2006; 30: 1240-1249.
12. Mohammad S, Linström M. Socioeconomic, psychosocial, behavioural, and psychological determinants of BMI among young women: differing patterns for underweight and overweight/obesity. Eur J Public Health 2005; 16: 324-330.
13. Mindermann M, Mussgay L, Rüdell H. General and psychological aspects of obesity: Psychological state and physical complaints across the weight spectrum. Int J Obes 2001; 25: S115-S116.
14. Silvestri E, Stavile AE. Aspectos psicológicos de la obesidad. Posgrado Obesidad a distancia Universidad Favaloro, 2005: 1-37.
15. Peralta PM, Mercado CE. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. Rev. Med Inst. Seguro Soc, 2006; 44(5): 409-14.
16. Bello M, Fuentes RE. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud pública, 2005; 47(1): S4-11.
17. American Psychiatric Association. Handbook of Psychiatric Measures. Washington, 2000.
18. Beck AT, Steer RA. Manual for the Revised Beck Depression Inventory. San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1987.

19. Friedman KE, Reichmann SK, Costanzo PR, Musante GJ. Body image partially mediates the relationship between obesity and psychological distress. *Obes Res*, 2002;10(1):33-41.
20. Villaseñor BS, Ontiveros EC, Cárdenas CK. Salud mental y obesidad. *Revista investigación en salud*, 2006;VIII (002):86-90.
21. Gluck ME, Geliebter A, Satov T. night eating syndrome is associated with depression, low self-esteem, reduced daytime hunger, and less weight loss in obese outpatients. *Obes Res*, 2001;9(4):264-267.
22. Wardle J, Waller J, Rapoport L. Body dissatisfaction and binge eating in obese woman: The role of restraint and depression. *Obes Res*, 2001;9(12):778-787.
23. Padilla TE, Ruíz GJ, Rodríguez OA. Asociación depresión obesidad. *Salud Pública de México*, 2009;51(4): 275-6.
24. Ríos MB, Rangel RG, Álvarez CR, et al. Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta médica grupo Ángeles*, 2008; 6(4): 147-153.
25. García GE. ¿Qué es la obesidad? *Revista de Endocrinología y nutrición*, 2004 ;12 (4):80.
26. *Enciclopedia práctica planeta*, 2009;5(3):698.
27. *Enciclopedia práctica planeta*, 2009;5(5):1553.
28. Nivel Socioeconómico, *Medicina Familiar Wikiol* 2008 julio. Disponible en <http://www.nivel + socio + económico + familiar>

ANEXOS

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN.

FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y O DEPRESIÓN EN MUJERES DE 20 A 59 AÑOS CON OBESIDAD ADSCRITAS A LA UMF No. 33.

Peso: Talla: IMC: Tipo de obesidad: 1(), 2(), 3()

Edad: Ocupación:

Nivel socioeconómico:

- () Alto o ingresos mensuales mayor o igual a \$10,000 pesos.
- () Medio o ingresos mensuales de \$3,500.00 a \$9,999.00 pesos.
- () Bajo o ingresos mensuales iguales o menores de \$3499.00 pesos.

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Instrucciones: La lista de síntomas es para ayudar al médico o psiquiatra en la evaluación del grado de ansiedad del paciente y sin alteración patológica. Por favor anote la puntuación adecuada.

0 = Ninguno 1= Leve 2 = Moderada 3 = Grave 4 = Muy incapacitante Elemento	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión(anticipación temerosa), irritabilidad					
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.					
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.					
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.					

<p>5. Intelectual (cognitivo)</p> <p>Dificultad para concentrarse, mala memoria.</p>					
<p>6. Estado de ánimo deprimido.</p> <p>Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.</p>					
<p>7. Síntomas somáticos generales (musculares)</p> <p>Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.</p>					
<p>8. Síntomas somáticos generales (sensoriales)</p> <p>Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.</p>					
<p>9. Síntomas cardiovasculares.</p> <p>Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.</p>					
<p>10. Síntomas respiratorios.</p> <p>Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.</p>					
<p>11. Síntomas gastrointestinales.</p> <p>Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento</p>					
<p>12. Síntomas genitourinarios.</p> <p>Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.</p>					
<p>13. Síntomas autónomos.</p> <p>Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, pilo erección (pelos de punta)</p>					

<p>14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.</p>					
<p>TOTAL</p>					

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK.

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 se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0-1-2-3).

- 1).
 - No me siento triste
 - Me siento triste.
 - Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 - Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

- 2).
 - No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 - Me siento desanimado respecto al futuro.
 - Siento que no tengo que esperar nada.
 - Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

- 3).
 - No me siento fracasado.
 - Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.

- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4).

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5).

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6).

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7).

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8).

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9).

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10).

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11).

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12).

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13).

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14).

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15).

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16).

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17).

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18).

- Mi apetito no ha disminuido.

- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19).

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20).

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21).

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Guía para la interpretación del inventario de la depresión de Beck:

Puntuación Nivel de depresión*

- 1-10Estos altibajos son considerados normales.
- 11-16Leve perturbación del estado de ánimo.
- 17-20Estados de depresión intermitentes.
- 21-30Depresión moderada.
- 31-40Depresión grave.
- + 40Depresión extrema.

* Una puntuación persistente de 17 o más indica que puede necesitar ayuda profesional.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS 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:	FRECUENCIA DE ANSIEDAD Y O DEPRESIÓN EN MUJERES DE 20 A 59 AÑOS CON OBESIDAD ADSCRITAS A LA UMF NO. 33.
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno
Lugar y fecha:	Unidad de Medicina familiar No 33 "El Rosario" del 20/11/2013 al 10/12/ 2013.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	México está inmerso en un proceso de transición donde la población experimenta un aumento inusitado de IMC excesivo (sobre peso y obesidad) que afecta a las zonas urbanas y rurales, a todas las edades y a las diferentes regiones. Los aumentos en las prevalencias de obesidad en México se encuentran entre los más rápidos documentados en el plano mundial. De acuerdo a la encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012; y de 1988 a 2012, el sobrepeso en mujeres de 20 a 49 años de edad se incrementó de 25 a 35.3% y la obesidad de 9.5 a 35.2%. Afortunadamente en el último periodo de evaluación de 2006 a 2012 la prevalencia agregada de sobrepeso y obesidad en adultos ha mostrado una reducción en la velocidad de aumento que era cercana al 2% anual en el periodo 2000 a 2006 para ubicarse en un nivel inferior a 0.35% anual. Por su alta prevalencia se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública, que se encuentra en proceso de expansión en todo el mundo. En México su crecimiento ha sido más rápido que en otros países. El Informe Mundial sobre la Salud de 2001, refiere que la prevalencia puntual de depresión en el mundo en los hombres es de 1.9% y de 3.2% en las mujeres; la prevalencia para un periodo de 12 meses es de 5.8% y 9.5%, respectivamente. Por los datos antes mencionados es que se considera trascendente abordar a través de este estudio abordar la obesidad en mujeres de 20 a 59 años, a fin de conocer la magnitud del problema en un primer nivel de atención, así como su presencia junto con la ansiedad y la depresión específicamente en la población adscritas a la UMF 33 del IMSS. El beneficio de conocer cuantas mujeres obesas existen que estén cursando con ansiedad y depresión será para otorgarles un diagnóstico y tratamiento oportuno y de ser necesario canalizarlas a un segundo nivel de atención. Así también se beneficiará la unidad al tener datos confiables sobre este problema de salud. El realizar este tipo de estudio en pacientes obesas detectando la ansiedad y depresión esta de acode a las políticas de salud encaminadas en disminuir la población con obesidad ya que incidiríamos en el retardo de enfermedades cronicodegenerativas sobre todo cuando la obesidad se encuentra cursando con enfermedades del estado de ánimo como es la ansiedad y depresión. El estudio es factible de realizar ya que tenemos un área de influencia de mujeres con obesidad, el recurso económico será a cargo del investigador, no requerirá más que del consentimiento informado de las pacientes a quienes se les aplique los inventarios ya validados acorde a las políticas institucionales y de salud, ya que se contempla a la población de mujeres obesas como una población prioritaria de atención. Determinar la frecuencia de ansiedad y o depresión en mujeres de 20 a 59 años con obesidad adscritas a la UMF No. 33.
Procedimientos:	ELABORACION DE ENCUESTA
Posibles riesgos y molestias:	Ninguno
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	MAYOR CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y AUTOPREVENCIÓN.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	SI
Participación o retiro:	SI
Privacidad y confidencialidad:	SI
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<input type="checkbox"/> No autoriza que se tome la muestra. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio. <input type="checkbox"/> Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Ninguno
Beneficios al término del estudio:	MAYOR CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD Y AUTOPREVENCIÓN
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	Dra. Mónica Enríquez NeriMat. 5399548 dra_monica_en@hotmail.com Tel 57-52-80-59.
Colaboradores:	Dr. Gilberto Martínez Elizalde R3 de Medicina Familiar Mat. 99358260 gilberto_m80@hotmail.com Tel 53690227
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx	

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

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

Clave: 2810-009-013