



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE
MEXICO Y MUNICIPIOS
UNIDAD ACADÉMICA

HOSPITAL REGIONAL NEZAHUALCOYOTL

**LA RELACION ENTRE OBESIDAD Y SINDROME DEPRESIVO EN
PACIENTES ADULTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL
HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM NEZAHUALCOYOTL**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA INES TORRES RIOS

NEZAHUALCOYOTL, ESTADO DE MEXICO

2013



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.

**LA RELACIÓN ENTRE OBESIDAD Y SINDROME DEPRESIVO EN
PACIENTES ADULTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL
HOSPITAL REGIONAL ISSEMYM NEZAHUALCOYOTL**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

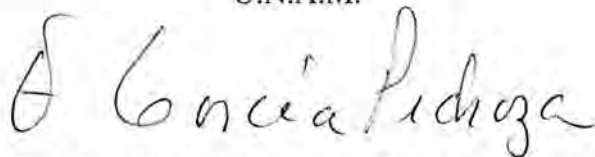
PRESENTA:

DRA. INES TORRES RIOS

AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

**LA RELACION ENTRE OBESIDAD Y SINDROME DEPRESIVO EN PACIENTES
ADULTOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL REGIONAL
ISSEMYM NEZAHUALCOYOTL**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. INES TORRES RIOS

AUTORIZACIONES:

DR. LIBRADO CARLOS BARNAD ROMERO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN
EN MEDICINA FAMILIAR EN
ISSEMYM NEZAHUALCOYOTL

DRA. MARIA BEATRIZ FLORES ORTEGA
ASESOR METODOLOGIA DE TESIS
MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
CON ALTA ESPECIALIDAD EN ORIENTACION FAMILIAR

DR. FERNANDO MORENO AGUILERA
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
DIRECTOR ISSSTE CLINICA ORIENTE
JEFE DE DEPARTAMENTO CLINICO UMF 78 IMSS
MEDICO FAMILIAR

DR. ULISES ADOLFO SILVA BRISEÑO
ASESOR DEL TEMA DE TESIS
JEFE DE ENSEÑANZA ISSSTE CLINICA ORIENTE
MEDICO FAMILIAR

M.E. CRUZ FIERRO CLAUDIO M.
DIRECTOR DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD



AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios, por ayudarme a superar obstáculos en la vida y haber iluminado mi camino.

Con todo cariño y mi amor a las personas más importantes en mi vida mis padres José Leobardo y María de los Ángeles; por haberme dado la vida, a enseñarme a luchar en esta vida, gracias por sus consejos, enseñanzas, por su amor, comprensión y cariño, por haberme acompañado en mis noches de desvelo, mis tristezas, y alegrías. Que hicieron todo para que yo pudiera lograr mi sueño. Los amo.

A mis hermanos (a) Gerardo, Ma. Araceli y Lorenzo por su apoyo incondicional y cariño. Los amo

A mis sobrinas (os): Brenda, Karla Yunuen, Itzia Damara, Valeria Alexandra, Alejandro, José Diego, y Luna; ya que los momentos más difíciles ellos me alegraban la vida con sus travesuras y sonrisas.

A mis profesores: Dra Ma. Beatriz Flores, por haber confiado en mi persona, por ayudarme a salir adelante, asesorarme en la tesis, por sus enseñanzas y consejos. Dr. Carlos Librado Barnad, gracias por sus enseñanzas, asesorías, y sobre todo el ánimo que me brindo día a día.

A los directivos del Hospital Regional Issemym Nezahualcoyotl, en especial al Dr. Ramón Lora, gracias por su apoyo.

INDICE

	Página
1. Marco teórico.....	1
1.1 Obesidad.....	1
1.1.1 Antecedentes históricos.....	1
1.1.2 Definición.....	2
1.1.3 Epidemiología.....	3
1.1.4 Clasificación.....	6
1.1.5 Etiología.....	8
1.1.5.1 Factores genéticos.....	8
1.1.5.2 Cambios en el patrón de alimentación y actividad física.....	8
1.1.5.3 Fármacos que pueden causar ganancia de peso.....	9
1.1.6 signos y síntomas.....	10
1.1.7 Diagnóstico.....	12
1.1.8 Valoración.....	13
1.1.9 Tratamiento.....	13
1.1.9.1 Tratamiento nutricional.....	14
1.1.9.2 Actividad física.....	14
1.1.9.3 Tratamiento Farmacológico.....	15
1.1.9.4 Tratamiento quirúrgico.....	16

1.2 Depresión.....	17
1.2.1 Antecedentes históricos.	17
1.2.2 Definición.....	17
1.2.3 Epidemiología.....	19
1.2.4 Tipos de depresión.....	22
1.2.5 Síntomas.....	23
1.2.6 Tratamiento.....	24
1.3 Obesidad y depresión.....	25
1.4 Redes de apoyo.....	34
2.0 Planteamiento de problema.....	36
3.0 Justificación.....	37
4.0 Objetivos.....	38
4.1 General.....	38
4.2 Específicos.....	38
5.0 Metodología.....	39
5.1 Tipo de estudio.....	39
5.2 Población.....	39
5.2.1 Lugar.....	39
5.2.2 Tiempo.....	39
5.3 Muestra.....	40
5.4 Criterios de selección de la muestra.....	40
5.5 Variables.....	41
5.6 Procedimiento para integrar la muestra.....	42

5.7 Descripción del instrumento.....	42
5.8 Recursos.....	44
5.8.1 Recursos humanos.....	44
5.8.2 Recursos materiales.....	44
5.8.3 Recursos físicos.....	44
5.9 Análisis de la información.....	45
6.0 Consideraciones éticas.....	45
7.0 Resultados.....	46
8.0 Análisis de resultados.....	81
9.0 Conclusiones.....	87
10.0 Bibliografía.....	91
11.0 Anexos.....	97

INTRODUCCION.

La Obesidad, representa un problema sanitario y socioeconómico de primera magnitud que exige la máxima atención. Es por ello que los programas de prevención y control de la misma son fundamentales para las instituciones de salud.

Enfrentarse a una enfermedad como la obesidad es un reto importante tanto para el profesional de la salud, como para el paciente mismo, ya que se ve afectado en su cotidianidad.

La obesidad incrementa el riesgo de presentar depresión, la correlación entre ambas patologías es frecuente y su impacto es importante debido a las numerosas complicaciones que originan.

Investigaciones recientes demuestran que los pacientes obesos tienen mayor incidencia de depresión que los pacientes no obesos.

La depresión está asociada a un mal pronóstico de la obesidad debido a las alteraciones cognitivas y afectivas (imposibilidad para llevar plan nutricional o de actividad física).

En anteriores investigaciones se ha encontrado que tratar de manera conjunta la obesidad y la depresión es de vital importancia ya que este binomio patológico repercute de manera fundamental sobre la calidad de vida del individuo. Por lo que tanto es esencial que el Médico Familiar reconozca esta asociación e intervenga en su curso.

1.0 MARCO TEORICO

1.1 OBESIDAD.

1.1.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

La obesidad se conoce desde la edad de piedra. La única constatación que tenemos es la representación de la figura femenina con exceso de volumen en sus formas. La más conocida es la Venus de Willendorf, una pequeña estatua, con gran abdomen y voluminosas mamas péndulas, representa probablemente un símbolo de maternidad y fecundidad.¹

Aunque la interpretación que se ha dado a la obesidad ha variado de una época a otra, en diversas culturas, la gordura estuvo asociada al atractivo físico y/o sexual, a la salud, al bienestar, riqueza y estatus social.^{1,2}

Hipócrates, padre de la medicina fue el primero en reconocer a la obesidad como un problema de salud, observó que la mortalidad se daba mayormente en las personas obesas que en las que tenían menor peso.^{1,2}

Hoy en día la obesidad se considera poco atractiva y como un serio problema de salud pública.²

1.1.2 DEFINICION

La obesidad, se define como el incremento del peso corporal asociado a un desequilibrio en las proporciones de los diferentes componentes del organismo, en la que aumenta fundamentalmente la masa grasa con anormal distribución corporal, se considera hoy en día una enfermedad crónica originada por muchas causas y numerosas complicaciones.³

La Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010. Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. La define como: enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 Kg/m^2 y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m^2 .⁴

Otra definición por parte de la Secretaria de Salud la establece como enfermedad sistémica, crónica, progresiva y multifactorial que se define como una acumulación de 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. La obesidad se clasifica fundamentalmente con base en el índice de masas corporal (IMC) o Índice de Quetelet, que se define como el peso en kg dividido por la talla, expresada en metros y elevada al cuadrado, en el adulto un $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg/m}^2$ determina obesidad.⁵

De Acuerdo a la Organización Mundial de la Salud: se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.⁶

1.1.3 EPIDEMIOLOGIA:

La obesidad representa un serio problema epidemiológico en el mundo contemporáneo constituyéndose como uno de los mayores desafíos de salud pública del siglo XIX.⁷

El IOTF (Current Internacional Obesity Task Force) ha estimado 1,1 miles de millones de sujetos con sobrepeso en todo el mundo, de los cuales 312 millones padecen obesidad.¹

En América Latina se está produciendo un rápido y alarmante incremento en la prevalencia de obesidad, debido principalmente a factores tales como el crecimiento económico, la urbanización progresiva y el consiguiente cambio en los estilos de vida que involucra un mayor consumo de alimentos de alta densidad energética, el abandono de dietas tradicionales y la disminución generalizada de los niveles de actividad física.⁸

México y Estados Unidos de Norteamérica, ocupan los primeros lugares de prevalencia mundial de obesidad.⁵

En Estados Unidos se estima que 97 millones de personas mayores de 20 años de edad tienen obesidad (54.9%) y sobrepeso (32.6%).¹

El porcentaje de adultos que son obesos en los Estados Unidos subió de 15.3% en 1995 a 23.9 en 2005 de los cuales el 4.8% tiene un IMC $>40\text{kg/m}^2$. La obesidad, particularmente abdominal, está asociada con riesgo aumentado de hipertensión, diabetes, hiperlipidemia y enfermedad coronaria de esta manera se estima que la obesidad podría llevar a una disminución en la esperanza de vida en Estados Unidos de Norteamérica.⁹

De acuerdo a estimaciones de la Organización Mundial de la Salud, al igual que la Organización para la Cooperación y el desarrollo Económico refieren que México, ocupa el segundo lugar mundial en obesidad en adultos, después de Estados Unidos. Mientras que en cuanto a la obesidad infantil México tiene el primer lugar.^{10,11}

En México la epidemia de obesidad es un problema de gran magnitud en todos los grupos sociales, de edad y género.³

La ENSANUT (Encuesta Nacional de Salud y Nutrición) 2012 reveló una prevalencia combinada de sobrepeso u obesidad en adultos de 73% para las mujeres y 69.4% para los hombres, y la prevalencia de obesidad es más alta en el sexo femenino que en el masculino. De 1988 a 2006 la prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres de 20 a 49 años se incrementaron extremadamente. Si bien la tendencia de sobrepeso disminuyó 5.1% entre el año 2006 y 2012, la de obesidad aumentó únicamente 2.9%. En el caso de los hombres mayores de 20 años, en el periodo de 2000 a 2012 la prevalencia de sobrepeso aumentó 3.1% y la de obesidad incrementó 38.1 %. Al agrupar el sobrepeso y la obesidad, la prevalencia incrementó 14.3% entre la encuesta del año 2006 y la de 2012. Sin embargo, la velocidad de incremento en el periodo 2006 a 2012 fue menor (sobrepeso=0.2% y obesidad=10.7%) que el observado en el periodo 2000-2006 (sobrepeso=2.9% y obesidad=24.7%).¹²

Las tasas de prevalencia más altas de obesidad se concentran en la Región Norte y Sureste de México. Además de Baja California Sur, Durango, Chihuahua, Nuevo León, Nayarit, Sonora y Tamaulipas destacan por su frecuencia en el Sureste de México los estados de Campeche, Tabasco, Quintana Roo y Yucatán, con cifras que van de 28.7 a 38.3%. La prevalencia en mujeres 79.9% es mucho más alta que la de los hombres 66.7%.¹³

La prevalencia observada en la población adulta de sobrepeso y obesidad, en el Estado de México, alcanzan tres cuartos de la población femenina con 70.0% y 69.0% para la masculina; esto refleja un problema en los hábitos alimenticios. En las zonas urbanas la incidencia de obesidad es de 75.4% en zonas rurales el sobrepeso y la obesidad alcanzan 72.2% en la mujer, mientras que la prevalencia en los hombres es de 70.2 y 57.4% respectivamente.¹⁴

El Estado de México ocupa el primer lugar nacional de obesidad en adultos y el segundo lugar en niños menores de 12 años.¹⁵

Los municipios con mayores índices de sobrepeso y obesidad son Nezahualcóyotl, con 33.3%; Ecatepec, con 32.1%; Capulhuac, con 31.9%; Papalota, con 31.6%; Rayón, con 31.3%; Tlalnepantla, con 31.1%; Chinconcuac, con 31.8%; Cuautitlán Izcalli, con 30.5%; Apaxco, con 30.2%; Coacalco, con 29.9%, e Isidro Fabela; con 29.8%.¹⁵

1.1.4 CLASIFICACION:

❖ Según su origen:

- Endógena: este tipo de obesidad es debida a problemas provocados a la disfunción de alguna glándula endocrina como:
 - ✓ La tiroides,
 - ✓ Síndrome de Cushing.
 - ✓ Diabetes mellitus.
 - ✓ Síndrome de ovarios poliquísticos.
 - ✓ Hipogonadismo.
 - ✓ Entre otras.
- Exógena: es aquella que se debe a un exceso de la alimentación o a determinados hábitos sedentarios. Es la más común y no es causada por ninguna enfermedad o alteración propia del organismo.³

❖ Según el Índice de Masa Corporal (IMC) o índice de Quételet:

- Normal: el IMC se encuentra entre 18.5 y 24.5 kg/m²
- Sobrepeso: el IMC se encuentra entre 25 y 29.9 kg/m²
- Obesidad: el IMC es mayor o igual a 30 kg/m²
 - ✓ Clase I: IMC de 30 a 34.9 kg/m²
 - ✓ Clase II: IMC 35 a 39.9 kg/m²
 - ✓ Clase III: IMC mayor o igual a 40. Kg/m².^{16,17}

❖ Según la Norma Oficial Mexicana, para el tratamiento de la obesidad con base en el IMC:

- Personas adultas existe un IMC igual o mayor a $30\text{kg}/\text{m}^2$
- Personas adultas de estatura baja existe un IMC o mayor a $25\text{ kg}/\text{m}^2$

La estatura baja, es la clasificación que se hace como resultado de la medición de estatura menor a 1.50 metros en la mujer y menor a 1.60 metros para el hombre adulto.⁴

❖ Según su topografía regional de tejido adiposo:

- Ginecoide
- Androide
- Visceral o generalizada.^{7,16}

1.1.5 ETIOLOGIA

La obesidad es una enfermedad compleja multifactorial que aparece por la influencia interactiva de factores sociales, ambientales, genética. ¹

1.1.5.1 Factores genéticos:

Esta demostrada la tendencia familiar hacia la obesidad; casi siempre los niños obesos son hijos de padres obesos. El riesgo de que un niño sea obeso cuando todos los miembros de la familia son obesos, es hasta de 27.5% en los hombres y de 21.1% en las mujeres. ⁷

Investigaciones recientes indican que en el mapa genético de la obesidad existen más de 200 genes o marcadores locus con potencial de influir por alteración o disfunción en la génesis de la obesidad. Se estima que 40 a 70% de la variabilidad en obesidad se relaciona con el fenotipo de la obesidad. Entre los genes estudiados están: el ob, la leptina, el Fat, Tub, TUB, TULP1 y TULP2, ASP, POMC y MC4R, B3-AR, UCP,INS, IGF2 y BBS1. ¹

1.1.5.2 Cambios en el patrón de alimentación y actividad física:

La biotecnología alimentaria, ha posibilitado consumir durante todo el año cualquier tipo de alimento. ¹⁷

Otro factor es el estilo de vida actual, en el que los horarios laborales de los padres a menudo dificultan la tarea diaria de elaboración de los alimentos, optando por comidas rápidas, alimentos de origen animal, y bebidas ricas en carbohidratos como zumos artificiales de frutas y bebidas carbonatadas en lugar de agua natural. ¹⁷

El hábito de comer fuera de casa de manera permanente contribuye también al incremento progresivo de tejido adiposo ya que dichas comidas suelen ser ricas en grasas y con elevado contenido calórico.^{1,17}

El sedentarismo de la sociedad, influido por la urbanización de ciudades muy extensas que obliga a depender del transporte motorizado y disminuye las áreas destinadas para la actividad física.¹

El incremento en el tiempo de estar frente al televisor, computadora o video juegos son factores que disminuyen la actividad física.⁷

Por otro lado tenemos a los medios de comunicación que inducen al consumo desmesurado de alimentos chatarra, así como la preferencia de sabores dulces.¹

1.1. 5.3 FÁRMACOS QUE PUEDEN CAUSAR GANANCIA DE PESO:

- ✓ Glucocorticoides
- ✓ Esteroides progestágenos
- ✓ Antidepresivos tricíclicos.
- ✓ Inhibidores de MAO
- ✓ Sulfonilureas
- ✓ Tiazolidinodionas
- ✓ Anti-psicóticos
- ✓ Beta bloqueantes.^{7,18}

1.1.6 SIGNOS Y SINTOMAS:

- Aumento de peso:
 - Se ve reflejado en el aumento de tejido adiposo que se observa alrededor del cuerpo.

- Dermatológicos:
 - Estrías cutáneas: se generan por distensión de la piel, por lo que son de color blanquecino y rosado, se localizan en caderas, en la región superior de los muslos, en brazos.

 - Acantosis nigricans: manifestación dermatológica del hiperinsulinismo, causando oscurecimiento y engrosamiento de la piel con pliegues irregulares, por lo general en zonas como la nuca, los laterales del cuello, axila e ingle.

- Ortopédicos:
 - Debido al aumento de peso, se comienza a tener dolores de huesos de los pies, dolor de columna lumbar, rodillas, e incluso deformaciones de los huesos.

- Caracteres sexuales:
 - Se presenta infertilidad, en algunos hombres se pueden originar acumulación de grasa en el pene.

 - Acumulación de grasa en glándulas mamarias, el crecimiento de mamas se observa más en hombres y mujeres.

- Cardiopulmonar:
 - Se presentan cuando hay una disminución de la capacidad física, originando fatiga, somnolencia, hipercapnia, hipoxia e insuficiencia cardiaca.

 - Existe un aumento de su presión arterial.

- Problemas psicológicos:
 - Depresión, baja autoestima, ansiedad, soledad.

- Alteraciones metabólicas:
 - Aumento en glucosa, triglicéridos, colesterol.⁷

1.1.7 DIAGNOSTICO:

En la obesidad, como en cualquier otra enfermedad crónica, es imprescindible la realización de una historia clínica, donde se recogen antecedentes familiares y personales de interés, una anamnesis dirigida, pormenorizada, en la cual se profundice sobre la evolución de la obesidad a lo largo de la vida y se recogen aquellos aspectos de interés en cuanto a la alimentación, hábitos de vida, se determine el grado de obesidad y se identifique al paciente de alto riesgo.

La historia clínica debe de incluir los siguientes datos:

- La predisposición familiar a la obesidad.
- Historia de los patrones de alimentación
- Actividad física que realiza.
- La edad de presentación, la descripción del aumento y la pérdida de peso, los hechos desencadenantes proporcionan claves para los posibles factores que han contribuido a la obesidad y cómo el paciente ve su problema.
- Aunque la mayoría de los casos de sobrepeso y obesidad, se pueden atribuir a alteraciones el comportamiento de los patrones de alimentación y de actividad física, los antecedentes del paciente pueden indicar otras causas secundarias menos frecuentes, que necesitan una investigación más profunda.
- Los pacientes con trastornos de la alimentación o emocionales (por ejemplo depresión profunda, enfermedad bipolar).
- Siempre se debe realizar un historial completo de los antecedentes farmacológicos, para descubrir posible ganancia de peso, inducido por fármacos y aquellos fármacos que interfieren con el adelgazamiento.
- Expectativas y motivación del paciente para el cambio.
- Alteraciones y factores de riesgo asociadas a obesidad.¹⁸

1.1.8 VALORACION:

- ❖ Historia clínica.
- ❖ Exploración física.
- ❖ Índice de masa corporal.
- ❖ Exámenes de laboratorio:
 - ✓ Glicemia basal.
 - ✓ Perfil de lípidos completo.
 - ✓ Hemograma.
 - ✓ Ácido úrico.
 - ✓ Pruebas de funcionamiento hepático.
 - ✓ Valoración de la función renal en pacientes con sobrepeso y obesidad.¹⁸

1.1.9 TRATAMIENTO:

La Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología considera a la obesidad como una enfermedad crónica que requiere de un tratamiento que debe continuarse por toda la vida. Este incluye tres medidas centrales:

1. Un plan de alimentación estructurado de acuerdo con las características particulares del paciente obeso.
2. Un programa de actividad física. Adecuada a las características y estado de salud del paciente obeso.
3. Fármacos para el tratamiento de la obesidad y sus comorbilidades. En casos de obesidad mórbida cirugía bariátrica.¹⁹

1.1.9.1 Tratamiento nutricional:

Es uno de los elementos centrales del plan terapéutico integral, interdisciplinario y personal de la obesidad. Sus dos propósitos fundamentales son:

- a) Reducir el exceso de masa grasa, sin disminuir la masa magra.
- b) Corregir los hábitos alimenticios incorrectos y promover los correctos como parte del cambio del estilo de vida.

La dieta del obeso debe de ser hipo-energética pero completa, equilibrada, variada y adecuada para cada individuo y compatible por lo menos la comunidad inmediata.

La prescripción de dieta de 1200, 1500 o 1800 kcal según el caso, no se recomiendan dietas menores de 800 kcal., en caso de que la dieta sea menor de 1000 kcal/día es necesario administrar vitaminas y nutrimentos inorgánicos.¹⁹

1.1.9.2 ACTIVIDAD FISICA:

El principal valor del ejercicio se encuentra relacionado con el mantenimiento a largo plazo de la pérdida de peso.

Se recomienda que el ejercicio forme parte de todos los programas que el profesional proponga al paciente obeso para su tratamiento. La vigilancia de la frecuencia cardiaca durante el ejercicio da seguridad al paciente y garantiza que se alcancen los objetivos propuestos.¹⁹

En pacientes adultos, la realización de mayores niveles de actividad física reduce el riesgo de mortalidad prematura y enfermedades crónicas (enfermedad

cardiovascular, enfermedad vascular cerebral, hipertensión, cáncer de colon, cáncer de mama, diabetes mellitus, osteoporosis, en otras.).⁵

En los adultos de 18 a 64 años de edad se recomienda realizar un mínimo de 150 minutos semanales de actividad física aeróbica moderada, o bien 75 minutos de actividad física aeróbica vigorosa cada semana. La actividad aeróbica se practicara en sesiones de 10 minutos de duración, como mínimo.^{1,5}

Se recomienda que el paciente siga por 6 meses el programa no farmacológico antes de considerar el uso de fármacos.¹⁹

1.1.9.3 TRATAMIENTO FARMACOLOGICO:

Se debe prescribir fármacos anti-obesidad a largo plazo a pacientes de ambos sexos con un IMC igual o mayor 30, cuando el tratamiento no farmacológico haya fracasado.¹⁹

Orlistat, es el único fármaco aprobado para uso a largo plazo. Dosis recomendada: 1 capsula 3 veces al día con las comidas.²⁰

1.1.9.4 TRATAMIENTO QUIRURGICO:

Por Norma Oficial Mexicana y de acuerdo con los criterios de la Organización Mundial de la Salud. Así como La Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología consideran que el tratamiento quirúrgico de la obesidad debe reservarse a obesos mayores de 18 años con:

- ✓ Un IMC > 40 en ausencia o presencia de comorbilidades de la obesidad.

- ✓ Un IMC > 35 en presencia de comorbilidades tales como diabetes, apnea del sueño, hipertensión, dislipidemia, enfermedad coronaria, enfermedad tromboembólica, estasis venosa y litiasis vesicular. ^{1,19}

1.2 DEPRESIÓN

1.2.1 ANTECEDENTES HISTORICOS

La depresión es tan vieja como la humanidad y durante muchos siglos fue manejada por amigos, brujos, sacerdotes, y tratada con todo tipo de pócimas, brebajes, baños, y cambios de ambiente.²¹

La historia de la enfermedad de los desordenes del afecto comenzó en la medicina occidental en donde se le considero a la melancolía como una perturbación de la mente caracterizada por una gran tristeza sin causa aparente y se le atribuyó a un exceso de la bilis negra (Hipócrates).²¹

Galeno definió un concepto de melancolía y ofreció una explicación filosófica de tipo humoral. Samuel Jonhson cambió el terminó desorden melancólico por depresión.²¹

1.2.2 DEFINICION:

Depresión del latín “depressus”, que significa “abatido”, “derribado”.²²

La Organización Mundial de la Salud define a la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, perdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.²³

La Secretaria de Salud, define a la depresión como una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) además, en mayor o menor grado, están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que es una afectación global de la vida psíquica.²⁴

Según el DSM IV-TR la depresión se considera como un trastorno del estado de ánimo, cuya característica principal es la alteración del humor. La depresión se manifiesta como un trastorno cuyo rasgo esencial es un estado de ánimo deprimido (tristeza, melancolía, abatimiento, desánimo) o una pérdida de interés o placer por todas o casi todas las actividades; con síntomas asociados como alteración del apetito, cambio de peso, alteraciones del sueño, agitación o lentitud psicomotora, disminución de energía, sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa, dificultades de pensamiento o de concentración e ideas de muerte recurrentes o ideas e intentos suicidas.²⁵

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo que puede presentarse en cualquiera de las etapas del ciclo vital y que se caracteriza por un descenso del humor que termina en tristeza, acompañado de diversos síntomas y signos que persisten por lo menos 2 semanas. Los síntomas se relacionan con tres alteraciones vivenciales centrales: en el ánimo, en el pensamiento y la actividad. Los cambios anímicos incluyen tristeza y/o irritabilidad, con una pérdida de interés en actividades hasta entonces queridas. Los cambios cognitivos se concentran en un pensar ineficiente con gran autocrítica. Físicamente las personas deprimidas se tornan menos activas, aunque esto puede ser ocultado por la presencia de ansiedad o agitación.²⁶

1.2.3 EPIDEMIOLOGÍA:

La depresión es un problema de salud pública de proporciones muy importantes. Se considera que para el año 2020 será la segunda causa de años vida saludable perdidos a escala mundial y la primera en países desarrollados.^{24,26,27}

Afecta a más de 350 millones de personas de todas las edades y en todas las comunidades y contribuye de modo significativo a la carga mundial de morbilidad,²⁰ con un predominio en el sexo femenino.⁷

La depresión ocupa el tercer lugar a nivel mundial, el octavo lugar en los países de ingresos altos y el primer lugar en los países de ingresos bajos y medios. Para las mujeres es la principal causa de carga de enfermedad.²⁶

Un estudio realizado en población adulta por Aragonés, en el Instituto Catalán de Salud, reporta una prevalencia que va desde un 10.7 a un 18.7% para depresión mayor y de 7.2 a 13.6% para la moderada.²⁷

En Colombia, Gómez-Restrepo, Bojórquez, Pinto, Gil y Díaz-Granados utilizando una encuesta domiciliaria, reportan una prevalencia que va desde 7.8 a 9.2% y una relación de 2 a 1 de mujer a hombre. Amezcuita, González y Zuluaga en la Universidad de Caldas, encontraron una prevalencia de 48.8% de depresión en estudiantes de Licenciaturas de distintas carreras.²⁷

Los trastornos del ánimo son el segundo trastorno mental más común 5.1% en mayores de 18 años en Estados Unidos, la prevalencia de un mes del trastorno depresivo mayor es de 2.2%. La prevalencia del trastorno depresivo mayor en pacientes ambulatorios en atención primaria es de 4.8 a 8.6% constituyendo la cuarta enfermedad más común.²²

Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica 2005, indican que 8.8% de la población mexicana ha presentado por lo menos un cuadro de depresión alguna vez en su vida y 4.8% lo presentó en el año previo a la realización de la encuesta. Se calcula que la mitad de estos casos son severos. La depresión es 1.5 veces más frecuente en las mujeres que en los hombres.²⁸

En México se ha observado el incremento de depresión en las ciudades con más habitantes como son los estados de Nuevo León (50.3), Distrito Federal (44.3) y Jalisco (43.3), donde se registran los mayores porcentajes de personas con eventos depresivos que cuentan con diagnóstico médico.²⁹

En la población estudiantil, un estudio llevado a cabo por Rosales, Gallardo y Conde, en médicos residentes del Hospital Juárez de México, muestra una prevalencia de depresión 16.04% de la cual 88.4% fue leve y el resto moderada. Para el caso de preuniversitarios, Balcazar, Bonilla, y Santamaría, reportaron una prevalencia del 26.3%, compuesta por 0.12% para depresión leve, 0.14% moderada y 0.08% para estado severo de depresión.²⁷

Bello (2005) menciona que en la Encuesta Nacional de adicciones en 1988, en un estudio que se llevo a cabo entre personas de 18 a 65 años de edad, se encontró que 34% de la población estudiada presentó uno o más síntomas de depresión, durante el mes anterior al estudio. El 13% de la población presentó sintomatología severa con importantes variaciones de acuerdo con el sexo: 8.5% entre los hombres y 17% en las mujeres. En otro estudio efectuado en la Ciudad de México se encontró una prevalencia de episodios depresivos durante la vida de 8.3%, con un claro predominio de las mujeres.³⁰

En la población mexicana, entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan: ser mujer, dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo, tener un bajo nivel socioeconómico, estar desempleado (a), el aislamiento social, tener experiencias de violencia, consumir sustancias adictivas y la migración.²⁹

De acuerdo con estadísticas clínicas es dos veces más frecuente en mujeres que en hombres, pues son más vulnerables y tienden a expresar más sus emociones, así lo menciona Blanca Patricia Morales Esponda, especialista en salud Mental del Instituto del Seguro Social Siglo XXI (IMSS), informo que la depresión se presenta a lo largo de la vida, con mayor frecuencia entre los 18 y 44 años de edad. Se ha observado que después de casarse, las mujeres tienden a deprimirse, debido a que tienen mayor carga de tensión y estrés.³¹

La tasa de prevalencia anual de depresión en México fue de 4.8% entre la población general de 18 a 65 años. La depresión ha sido asociada a otras conductas como adicciones, suicidio y violencia particularmente en jóvenes.³²

El suicidio se relaciona con factores como la depresión, las pérdidas afectivas, el aislamiento social, el desempleo o las dificultades financieras.¹⁴

La epidemiología de la conducta suicida actual muestra que el problema ha alcanzado dimensiones similares a otros países tradicionalmente afectados. En una comparación internacional, México fue el sexto país con tasas de crecimiento más altas para el suicidio, con un 90.3% en los hombres y de 25% en las mujeres.³³

La conducta suicida (ideación, planes e intento) es más frecuente entre las mujeres de México, sin embargo el suicidio consumado es más común en el hombre.^{14, 34}

Actualmente el suicidio se incrementa rápidamente en el grupo de 15 a 29 años, y se constituye ya en una de las primeras causas de muerte en este grupo de edad. Para los hombres jóvenes, la mortalidad por esta causa en el grupo de 14 a 19 años representa el 10.64% del total de las muertes por suicidio, el 15.49% en el grupo de 20 a 24 años y el 13.73% en el grupo de 25 a 29 años en el sexo

masculino, en la mujeres, en el mismo orden, los porcentajes son 18.11, 17.34 y 12.16%.³⁴

El instituto Nacional de Psiquiatría, menciona que el estilo de vida y el nivel de estrés son importantes en la génesis de los trastornos mentales del país.³⁵

1.2.4 TIPOS DE DEPRESION:

➤ **TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR.**

Es la depresión más frecuente. Se caracteriza por un cambio en el estado de ánimo que dura más de dos semanas, y puede presentar cinco de los nueve síntomas que se mencionan a continuación.^{36,37}

➤ **DISTIMIA.**

Se considera una depresión leve, se caracteriza por una perspectiva persistente de sombría, dura de manera común por lo menos dos años, y en algunas veces más de cinco años.^{36,37}

➤ **TRASTORNOS DE ADAPTACION.**

Se presenta por lo regular después de una pérdida, o evento muy estresante es perfectamente comprensible sentirse tenso, triste, abrumado o enojado. La mayoría de la gente se adapta a las consecuencias de estos factores estresantes de la vida, pero algunas no, y a esto es lo que se conoce como trastorno de adaptación.^{36,37}

➤ **TRASTORNOS BIPOLARES.**

También conocida como depresión maniaca o trastorno maniaco depresivo, en el cual los períodos de depresión alternan con períodos de alto estado de ánimo, aumento de energía, agitación entre otros síntomas.³⁶

➤ **TRASTORNO DEPRESIVO NO ESPECIFICADO.**

Puede darse un solapamiento de síntomas depresivos con un trastorno por ansiedad (síndrome ansioso depresivo). O también el llamado trastorno disforico premenstrual.³⁷

➤ **TRASTORNO AFECTIVO ESTACIONAL.**

Se manifiesta por el comienzo y remisión de los episodios en épocas predecibles del año. Este trastorno es más frecuente en las mujeres.³⁶

1.2.5 SÍNTOMAS:

- ✓ Depresión persistente, el cual se encuentra presente la mayor parte del día, casi todos los días.
- ✓ La anhedonia generalizada (la pérdida de interés en los placeres de la vida.
- ✓ Otros síntomas comprenden los trastornos del sueño (insomnio/ hiperinsomnio).
- ✓ La pérdida o aumento de apetito, la pérdida o ganancia de peso.
- ✓ Fatiga.
- ✓ La agitación.
- ✓ La dificultad para la concentración.
- ✓ El sentimiento de culpa o de baja autoestima.
- ✓ Pensamientos recurrentes acerca de la muerte o la idealización suicida.^{36,37}

1.2.6 TRATAMIENTO:

En los últimos años el uso de medicamentos antidepresivos se ha convertido en una de las principales estrategias para el tratamiento de la depresión y de otros trastornos psiquiátricos, entre los que se encuentran:

1. Antidepresivos tricíclicos
2. Heterocíclicos (segunda y tercera generación)
3. Inhibidores selectivos de recaptación de serotonina
4. Inhibidores de la monoaminoxidasa.^{36,37}

1.3 OBESIDAD Y DEPRESION:

La obesidad se considera como uno de los principales problemas de salud, en las personas obesas hay una mayor propensión a sufrir enfermedades como los trastornos cardiovasculares, la diabetes, elevados niveles de ansiedad, depresión, baja autoestima, en otras.³⁸

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.³⁸

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.³⁹

Un estudio elaborado por investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) determinó que más de la mitad de las personas que presentan algún grado de obesidad suelen presentar depresión, lo que viene a complicar el problema de salud, considerando las repercusiones que tiene esta enfermedad. En las encuestas hechas entre personas con obesidad, llamó la atención que la depresión se detectó en 4 mujeres por cada hombre, a pesar de que los parámetros internacionales hablan de que la prevalencia de la depresión en mujeres es de 2 a 1 hombre.⁴⁰

El rango de edad de personas obesas con más afectación por depresión, en el estudio que se llevó a cabo en el IMSS, es de los 30 a los 39 años y los grados de depresión van desde la considerada leve que forma la tercera parte un 31.7%, de los estudiados y avanza a moderado con un 12.8% y severa en un 6.6%, dando un total de 51.1%.⁴⁰

La depresión es un problema de salud que requiere mayor atención debido a su naturaleza como consecuencia de suicidio. Cuando hay depresión, las personas presentan estado de ánimo bajo, tristeza, falta de energía, disminución de las actividades de la vida diaria, pérdida de interés en el arreglo personal, falta de motivación y de la capacidad de disfrutar. La autoestima disminuye o se pierde desde que comienza a manifestarse. También provocan el padecer enfermedades crónicas como la diabetes, hipertensión arterial o discapacidad física, el consumo de alcohol y otras drogas, la automedicación con tranquilizantes, ser adolescente o adulto mayor con problemas existenciales, sobrecarga de trabajo y antecedentes familiares de depresión.⁴⁰

Magdalena Labrandero; miembro de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, precisó que la depresión mayor, el trastorno bipolar, la ansiedad y el trastorno de la personalidad son los más comunes. Así mismo menciona que la depresión mayor es la que está estrechamente relacionada con la obesidad y que este tipo de diagnóstico, en la población joven, puede llevar al intento de suicidio.⁴¹

Existen muchas investigaciones que demuestran la relación que tiene la obesidad con complicaciones médicas, sin embargo, poco se sabe sobre la relación que se tiene entre esta enfermedad y problemas psicológicos sea depresión, ansiedad, autoconcepto, personalidad.³⁹

Pocos trastornos son tan visibles a los demás como la obesidad y generan tanta ridiculización de estas personas y condena de parte de las demás. Los obesos típicamente responden con vergüenza, pena y culpa. Muchos de ellos 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.⁴²

La depresión a menudo coexiste con otras enfermedades. Tales enfermedades pueden presentarse antes de la depresión, causarla, y/o ser el resultado de esta.³⁸

La presencia de complicaciones como la diabetes puede intensificar los sentimientos de culpa. La frustración y la vergüenza se intensifican cuando los pacientes, luego de una pérdida de peso, vuelven a subirlo.⁴²

Las personas con sobrepeso viven en una sociedad obeso fóbica, en donde se estigmatiza al obeso, esto trae consecuencias en la autoestima, alteración en sus relaciones interpersonales, menos posibilidades de acceso a los mejores trabajos, a las mejores parejas. Los obesos viven sentimientos de desvalorización cotidianos, todos se enfrentan a la misma presión social. La obesidad, muchas veces sirve como excusa o justificación, para no lograr aquello que se desea.³⁸

Para algunas personas, la comida es una vía de escape para no pensar en los problemas que tienen. La utilizan como una estrategia de evasión, dejando los problemas en espera, en lugar de enfrentarlos a ellos y resolverlos.³⁸

Las personas más expuestas al estigma del peso pueden ser vulnerables a efectos psicológicos como la depresión y sociales como el aislamiento. Las consecuencias de los prejuicios hacia la persona estigmatizada, como el aislamiento puede contribuir a la exacerbación del sobrepeso, como resultado del aumento de alto contenido energético para compensar la ansiedad, o la disminución de la actividad física para evitar la exposición social a las burlas o señalamientos. Incluso algunos estudios reportan que estos individuos presentan una mayor incidencia de depresión, nerviosismo, tabaquismo y alcoholismo desde edades tempranas.⁴³

En México algunos estudios han demostrado que los niños y adolescentes mexicanos prefieren la amistad de un niño con peso normal y seleccionan al niño con sobrepeso en último lugar.⁴³

Se han realizado estudios sobre obesidad y depresión en hombres, mujeres, adolescentes, entre otros. Dentro de los resultados que se han encontrado esta 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.⁴⁴

Las personas obesas tienen una mayor dificultad para participar en eventos sociales y deportivos, también se presenta dificultad en sus relaciones interpersonales, logros, heridas emocionales, agresión, apetito sexual.^{39,44}

Alvarado menciona que la gente obesa muestra miedos e inseguridad personal, pérdida de autoestima, desordenes alimenticios, distorsión de la imagen corporal, frigidez e impotencia, perturbación emocional por hábitos de ingesta errónea, así como tristeza, infelicidad y depresión.⁴⁵

Villaseñor hace referencia en un estudio realizado por Brito en el año 2000 en adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 21 años de edad señaló una mayor tasa de padecimientos psiquiátricos en los pacientes obesos, entre estos padecimientos destacan: los trastornos de ánimo, ansiedad, alteraciones de la conducta alimentaria con pérdida de control, trastornos somáticos, sobre todo, en los pacientes con obesidad mórbida.⁴⁶

Aproximadamente entre el 25% y el 30% de los pacientes obesos que buscan tratamiento para reducción de peso padecen una marcada depresión u otro trastorno psicológico.⁴⁷

La importancia de los factores psicológicos en el desarrollo y el tratamiento de la obesidad es evidente, por lo se debe 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 áreas afectiva y cognitiva, como una baja autoestima y pobre autoimagen.³⁸

Gutiérrez 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.³⁸

Una característica de muchos obesos es la dificultad para identificar y expresar las propias emociones, lo cual hace que recurran a comer en exceso como una estrategia mal adaptativa para manejarlas. Se sabe que cursa con aumento o disminución del apetito y que en general tiende a amplificar los patrones de cambio de peso asociados con la edad, es decir, los adultos jóvenes con depresión tienden a aumentar de peso, mientras que los adultos mayores bajan de peso.⁴⁸

Cabe mencionar que la obesidad es también vista como un estigma, pues la gente que la padece es por lo general objeto de burlas y otras conductas hirientes.³⁶

Cabello y Zuñiga (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.³⁸

Goldberg, menciona que una de las principales consecuencias de la obesidad, es la pérdida de la autoestima, la cual puede llevar a la persona a presentar un cuadro de depresión, por lo que algunas personas tratan de compensar dicha depresión usando la comida para aliviarla. Álvarez menciona que los pacientes obesos con problemas de depresión y autoestima son factores que impiden a que se baje de peso.⁴⁵

Bravo hace mención a lo que refiere Bresh que muchas personas 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, depresión.³⁸

Lim y colaboradores (2008) sugirieron que los síntomas depresivos en las mujeres están más influenciados por el peso corporal que en los hombres. El 61.40% de los pacientes estudiados que padecieron depresión fueron mujeres obesas y de los cuales el 8.77% presento obesidad severa de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud.⁴⁷

Villaseñor refiere que 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).⁴⁶

Por otro lado, existen estudios que no concuerda con lo antes mencionado en donde se expresa que no existe relación entre depresión, el sobrepeso y la obesidad.³⁹

Se ha detectado el uso de laxantes y diuréticos principalmente en mujeres para tratar de controlar el peso.⁴⁹

Actualmente, la depresión y la obesidad son enfermedades altamente prevalentes y principales problemas de salud pública que provocan una gran carga para la sociedad. Ambas condiciones son además importantes factores de riesgo para enfermedades físicas crónicas como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y la hipertensión.⁵⁰

En estudios europeos mencionan que los pacientes que buscan un tratamiento para perder de peso tienen considerablemente más trastornos psicológicos que los obesos que no se preocupan por el mismo o quienes no son obesos.⁵¹

En Estados Unidos el 31% de las mujeres hacen dieta por lo menos una vez al mes; el 16% de las mujeres se consideraban en dieta perpetua; 25% de los hombres y 44% de las mujeres estaban tratando de bajar de peso.⁴⁸

No existe un patrón específico de afección psicológica en los pacientes obesos, sin embargo, éstos perciben su imagen corporal y peso de una manera negativa que los delgados, y frecuente presentan depresión y ansiedad, con más frecuencia las mujeres que los hombres.⁵¹

La imagen corporal está íntimamente ligada a la autoimagen, a la autoestima y al sentimiento de si o identidad. Estas tres esferas están íntimamente relacionadas en la constitución de la imagen corporal y los componentes de cada una de ellas son más problemáticos en los individuos obesos.⁵¹

Las personas con obesidad tienen distorsión en cuanto al tamaño corporal, están insatisfechas y preocupadas con su apariencia física. La alteración en este componente en los obesos es la subestimación, donde el cuerpo se percibe en dimensiones inferiores a las reales.⁵¹

En la sociedad actual sobre-preocupada por la apariencia física, la persona con obesidad es juzgada como físicamente menos atractiva, carente de voluntad y conducta, esto lleva a que las personas con sobrepeso desarrollen una imagen corporal negativa.⁵¹

Diversos estudios documentan que las mujeres poseen actitudes más negativas hacia la imagen corporal que los hombres.⁵¹

La obesidad provoca que los individuos realicen menos actividades físicas, repercutiendo directamente en su salud. Esta falta de actividad es provocada por la negativa a participar en ejercicios con otros de sus compañeros y amigos que pueden ridiculizarlos por su figura. Aunado a ello, el tamaño de su figura los afecta

directamente en su ejecución motora, dejándolos en desventaja en actividades con sus pares.⁷

En las mujeres con obesidad existen repercusiones en disfunciones del tracto urinario. De acuerdo con Soderlund las mujeres pueden presentar mayor presión intra-abdominal, lo que incide en la incontinencia urinaria, vaciamiento incompleto, y aun en dolores al orinar. Sánchez-Bravo, Gómez- Pérez-Mitre y Guerra-Rivera encontraron que en las mujeres, la obesidad se relaciona a trastornos sexuales tales como trastorno orgásmico femenino, deseo sexual hipoactivo, dispaurenia, disritmia, trastorno de la excitación, vaginismo e incluso puede verse reflejada en una aversión hacia el sexo. Incluso, Kahn y Fawcett (2008) reportan complicaciones relacionadas a la disfunción menstrual y la fertilidad.⁷

En el caso de los hombres, Soderlund refiere que la obesidad trae como consecuencias padecer disfunción eréctil.⁷

En el plano social, las consecuencias de la obesidad sobre la sexualidad están fuertemente asociadas a la discriminación que sufren las personas obesas. En México, Morin (2008) reporta que las personas con obesidad demuestran mayor dificultad para comunicarse con otros, demostrar sus sentimientos e incluso manifestarle sus necesidades y preocupaciones a la pareja, esto se refleja en culpa y finalmente en insatisfacción en las relaciones sexuales.⁷

Aun sin hablar puede llegar a comunicar una serie de conductas y actitudes tales como tristeza, alegría, temor, enojo, porque no hay nada que sea lo contrario de conducta.⁵²

El primer axioma de la comunicación dice que no es posible no comunicarse, porque desde el primer instante en que dos o más personas interactúan todo es comunicación: sus gestos, palabras, silencios, presencia o ausencia. Todo lleva un

mensaje, porque la no comunicación no existe, ya que toda conducta es comunicación y es imposible no comportarse.⁵³

Los gestos son movimientos psicomusculares con valor comunicativo. Los gestos faciales, realizados fundamentalmente con los ojos, las cejas, el entrecejo y el ceño, la frente, los pómulos, la nariz, los labios, la boca y la barbilla y los gestos corporales, realizados fundamentalmente, con la cabeza, los hombros, los brazos, las manos, los dedos, las caderas, la piernas y los pies.⁵⁴

1.4 REDES DE APOYO

El apoyo social es definido como el conjunto de recursos sociales, de diferentes naturalezas que recibe un individuo en una situación dada, en su vínculo con el ambiente a través de las relaciones interpersonales y que pueden ser percibidos de manera positiva o negativa, influyendo en su bienestar y capacidad de funcionamiento frente a la enfermedad de manera dinámica.⁵⁵

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo, y ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social. Esto se manifiesta cuando un miembro de la familia padece una enfermedad crónica que requiere la contribución afectiva y material de su red de apoyo familiar, en especial para cumplir un conjunto de indicaciones médicas en las que pueden estar implicadas las personas que conviven o comparten la vida cotidiana con el paciente.⁵⁵

Algunas características de estas redes sociales son:

Número de personas que las integran

Frecuencia de contactos

Grado en que los miembros de la propia red pertenecen simultáneamente a otras redes.

Las actividades de la familia extensa modificada y redes sociales de parentesco son básicamente:

Cuantitativas o estructurales, que hacen referencia al número de personas y contactos sociales a los que puede recurrir el individuo. Implican la ayuda mutua económica y financiera, así como el intercambio de bienes y servicios regular u

ocasionalmente, sobre todo durante sentimientos situaciones críticas; el auxilio en tareas domesticas, compras, cuidado de los niños actividades sociales a través de visitas, recreaciones y en ceremonias.⁵³

Una red de apoyo es la religión, en México la más preponderante es la católica, de acuerdo a las cifras reportadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía.¹⁴

Cualitativas o funcionales: se refieren a aspectos de apoyo que acusan en el individuo sentimientos de bienestar afectivo y que le aportan cariño, reconocimiento, consejo o guía.

2.0 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México la obesidad y la depresión han presentado un aumento importante dentro de sus estadísticas principalmente en el Distrito Federal, Guadalajara, y Monterrey. El Instituto Nacional de Psiquiatría menciona que el estilo de vida y el estrés son importantes en la génesis de estos trastornos ya sean solos o combinados ya que estos se relacionan con eventos de la vida diaria como el estrés los cambios en los hábitos alimenticios y la vida sedentaria.

En la última Encuesta Nacional de adicciones que se llevo acabó en México establece que el 13% de la población general a presentado síntomas de depresión encontrándose en un 8.5% en hombres y un 17% en mujeres, esto se suma a lo que menciona Bravo y Espinosa en su artículo sobres rasgos de personalidad de paciente con obesidad en donde se menciona que muchas personas comen cuando están angustiadas, deprimidas, cansadas o se sienten solas como una manera de disminuir su respuesta ante estas situaciones.

En el Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl en el año 2012 se tiene un registro de 153 pacientes obesos, desafortunadamente el diagnostico de síndrome depresivo en estos pacientes resulta difícil, ya que algunas manifestaciones pasan desapercibidas generando un sub-diagnóstico y surgiendo la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación que existe entre obesidad y síndrome depresivo en el adulto del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl?

3.0 JUSTIFICACION:

Recientemente se ha mostrado que las personas con Obesidad presentan una probabilidad mayor de sufrir Síndrome Depresivo en comparación con las personas sin obesidad. Esto destaca la necesidad de proporcionar apoyo a las personas portadoras de Obesidad, pues se ha identificado que ellos puede presentar Síndrome Depresivo.

Como resultado de las alteraciones cognitivas y emocionales que condicionan la Depresión, es común observar un pobre control de los pacientes obesos y por ende se incrementa el riesgo de desarrollar complicaciones. Ello pudiera explicar la frecuente renuencia de los pacientes obesos a seguir un plan nutricional y físico.

Los vínculos entre depresión y obesidad estudiados en otros países resultan preocupantes ya que los pacientes con obesidad presentan un mayor riesgo de desarrollar enfermedades crónico-degenerativas como: diabetes mellitus, hipertensión arterial, enfermedades cardiacas en comparación con los pacientes que no tienen obesidad, es por ello la necesidad de mejorar ambos diagnósticos y de dar un tratamiento oportuno en el primer nivel de atención ya que el prevenir la aparición temprana en pacientes portadores de obesidad mejora el pronóstico de los pacientes y sus familias.

4.0 OBJETIVOS:

4.1 General:

- Identificar la relación que existe entre depresión y obesidad en pacientes de ambos sexos adultos del ISSEMYM Nezahualcoyotl.

4.2 Específicos:

- Identificar el grado de obesidad de los pacientes en estudio.
- Identificar el sexo de los pacientes en estudio.
- Identificar la edad de los pacientes en estudio.
- Identificar la ocupación de los pacientes en estudio.
- Identificar el estado civil de los pacientes en estudio.
- Identificar el nivel de estudios de los pacientes en estudio.
- Identificar en los pacientes en estudio si practican alguna religión.
- Identificar si existe depresión y el grado de ella.

5.0 METODOLOGIA:

5.1 TIPO DE ESTUDIO:

- Descriptivo
- Observacional
- Transversal

5.2 POBLACION:

Se realizo con población derechohabiente de ISSEMYM Nezahualcoyotl que acudió a la consulta externa, de ambos sexos de 18 a 75 años de edad con el diagnostico de obesidad.

5.2.1 LUGAR:

El estudio se llevo a cabo en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl, ubicado en la calle: San Juan de Aragón S/N colonia Vicente Villada, Estado de México, Ciudad Nezahualcoyotl.

5.2.2 TIEMPO:

Durante el periodo de mayo 2013.

5.3 MUESTRA:

En el Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl se tiene un registro de 153 pacientes obesos, manejándose un nivel de confianza del 95%, una precisión del 3%, y una proporción del 5%, se obtiene un total de 89 encuestas.

5.4 CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA

Inclusión

- Derechohabientes del Hospital Regional Issemym Nezahualcoyotl.
- Derechohabiente que acudan a la consulta externa como paciente.
- Derechohabiente con diagnóstico de Obesidad.
- Derechohabiente de ambos sexos.
- Derechohabiente entre 18 a 75 años de edad.
- Derechohabiente de ambos turnos.
- Derechohabiente que acepten participar en forma libre en el estudio.

Exclusión:

- No ser derechohabiente del ISSEMYM.
- No pertenecer al grupo de edad requerido para el estudio.
- No tener el diagnóstico de obesidad.
- No querer participar en el estudio.

Eliminación

- Pacientes que abandonen el estudio.
- Cuestionarios mal llenados.
- Cuestionarios incompletos.

5.5 VARIABLES

VARIABLE	TIPO	DEFINICION OPERACIONAL	FUENTE	ANALISIS
DEPRESION	Dependiente	Trastorno mental frecuente que se caracteriza por la presencia de tristeza, perdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastorno del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración	Cuestionario	Gráfica
OBESIDAD	Dependiente	Enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo, la cual se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 Kg/m ²	Cuestionario	Gráfica
EDAD	Independiente	Es el tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Cuestionario	Gráfica
ESCOLARIDAD	Independiente	Periodo de tiempo durante el cual se asiste a la escuela	Cuestionario	Gráfica
SEXO	Independiente	Características biológicas que diferencian al hombre de la mujer.	Cuestionario	Gráfica
ESTADO CIVIL	Independiente	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes	Cuestionario	Gráfica
OCUPACION	Independiente	Es la actividad realizada, como trabajo, empleo o diversión	Cuestionario	Gráfica

5.6 PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA.

Previa autorización de las autoridades correspondientes se llevo a cabo dentro de las instalaciones del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl, en la consulta externa, en ambos sexos, en calidad de paciente de 19 a 75 años de edad con obesidad, se le hizo la invitación a participar en el presente estudio de investigación en forma voluntaria y anónima, y posteriormente se le aplico el cuestionario de auto-llenado, anónimo con el contenido de datos sobre depresión.

ANEXO 1.

5.7 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO

La escala de valoración de Hamilton para la evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale (HDRS)) es una escala, heteroaplicada, diseñada para ser utilizada para diagnosticar síndrome de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se valora de acuerdo con la información obtenida en la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes secundarias.

Si bien su versión original constaba de 21 ítems, posteriormente se realizó una versión reducida con 17 ítems, que es la recomendada por el Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos, y que es la que llevamos a cabo, ya que la validación de la versión castellana de esta escala se realizó en 1986 por Ramos-Brieva. Diferentes evaluaciones han permitido comprobar la validez discriminante, la fiabilidad y la sensibilidad al cambio, tanto en poblaciones hospitalizadas como ambulatorios.

Cada cuestión tiene entre tres y cinco posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 ó de 0-4 respectivamente. La puntuación total va de 0 a 52. Pueden usarse diferentes puntos de corte a la hora de clasificar el cuadro depresivo.

No deprimido: 0-7

Depresión ligera/menor: 8-13

Depresión moderada: 14-18




Depresión severa: 19-22

Depresión muy severa: >23







VER ANEXO 2

5.8 RECURSOS:



5.8.1 RECURSOS HUMANOS:

-  Investigador principal.
-  Enfermera general de la consulta externa, encargada de tomar la somatometría
-  Personal de estadística.

5.8.2 RECURSOS MATERIALES:

-  Computadora Lap Top portátil.
-  Impresora.
-  Cuestionario de depresión.
-  Bolígrafos de tinta negra, lápices, gomas para borrar y sacapuntas.
-  Engrapadora.
-  Hojas de recolección de datos.

5.8.3 RECURSOS FISICOS:

-  Consultorio del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.
-  Sala de espera del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

5.8.4 RECURSOS FINANCIEROS:

-  Correrán a cargo del investigador principal.

5.9 ANÁLISIS DE LA INFORMACION

Una vez obtenida la muestra, los datos procedentes de las hojas de recolección de información, se procede a su análisis mediante estadística descriptiva, utilizando porcentajes. La información obtenida se presenta en tablas y gráficas.

6.0 CONSIDERACIONES ETICAS.

**DECLARACIÓN DE HELSINKI
RECOMENDACIONES PARA GUIAR A LOS MÉDICOS EN LA
INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS.**

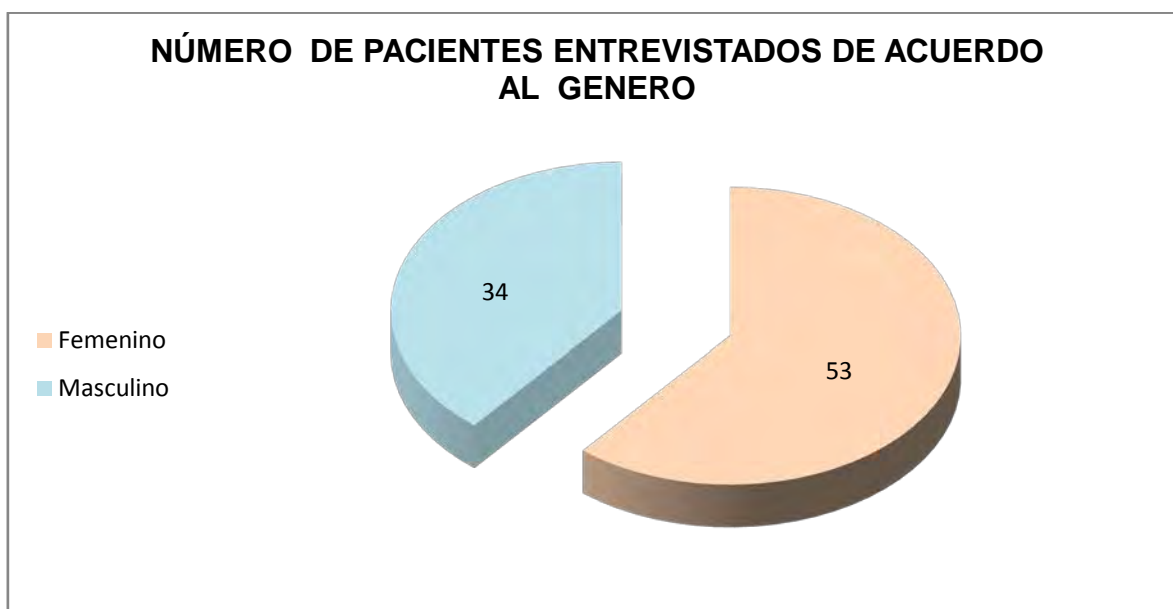
VER ANEXO 3.

7. RESULTADOS:

Se aplicaron 89 cuestionarios de Hamilton en pacientes adultos que acudieron a la consulta externa en el Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl; antes de iniciar el análisis de resultados debo informar que 2 pacientes quedaron fuera del protocolo de estudio ya que no completaron el llenado de sus cuestionarios siendo 1 para el sexo femenino y 1 para el sexo masculino, por lo cual para este estudio se contabilizaron 87.

De acuerdo al sexo se obtuvo lo siguiente; 53 pacientes femeninas (61%); y 34 pacientes masculinos (39%) del total de 87 pacientes entrevistados.

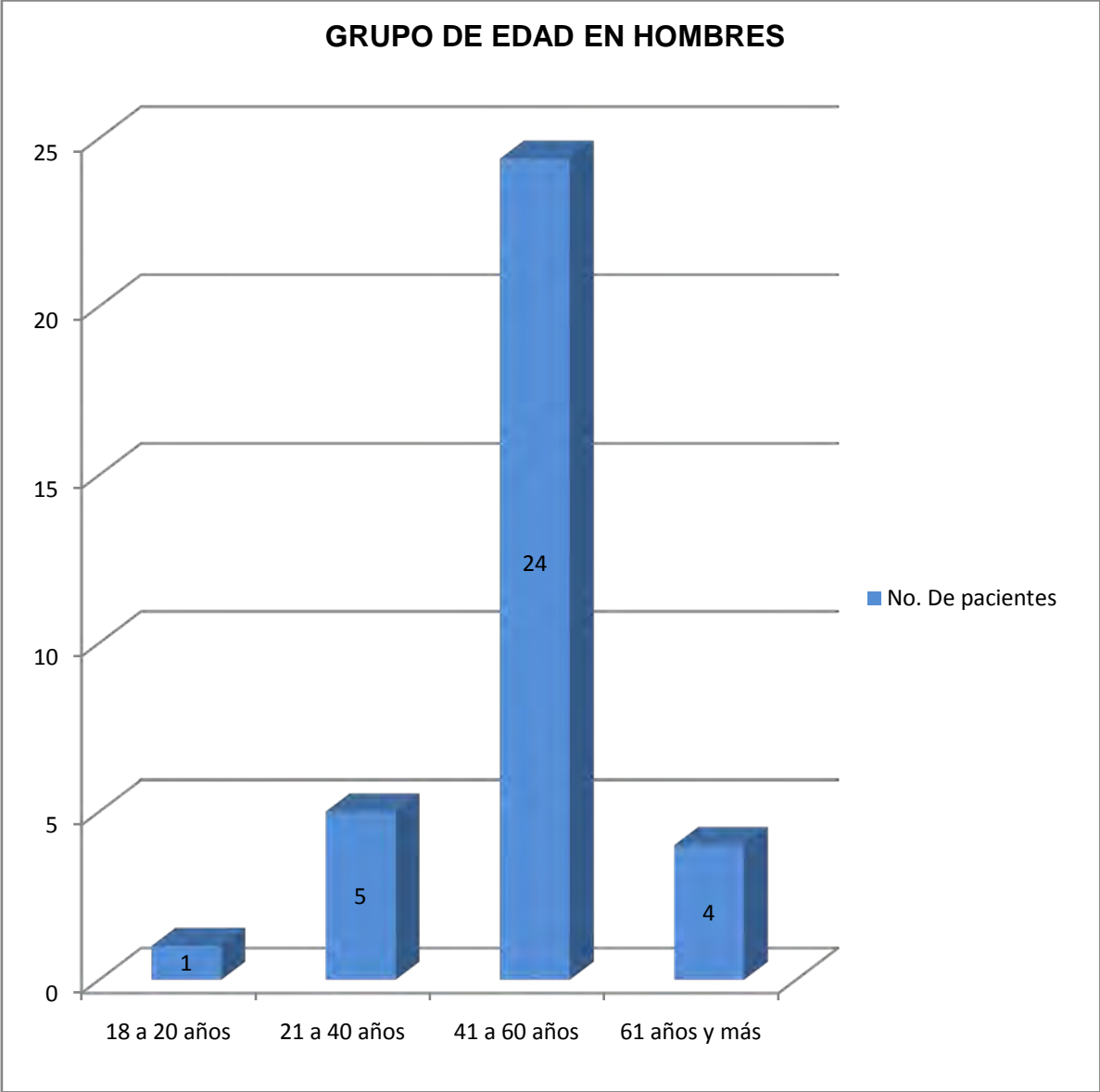
Gráfica 1



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 89 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl

En relación a la edad en hombres se obtuvo lo siguiente: en el grupo de 18 a 20 años 1 paciente (3%); de 21 a 40 años 5 (15%); de 41 a 60 años 24 (70%); y más de 61 años 4(12%) del total de nuestros 34 pacientes entrevistados.

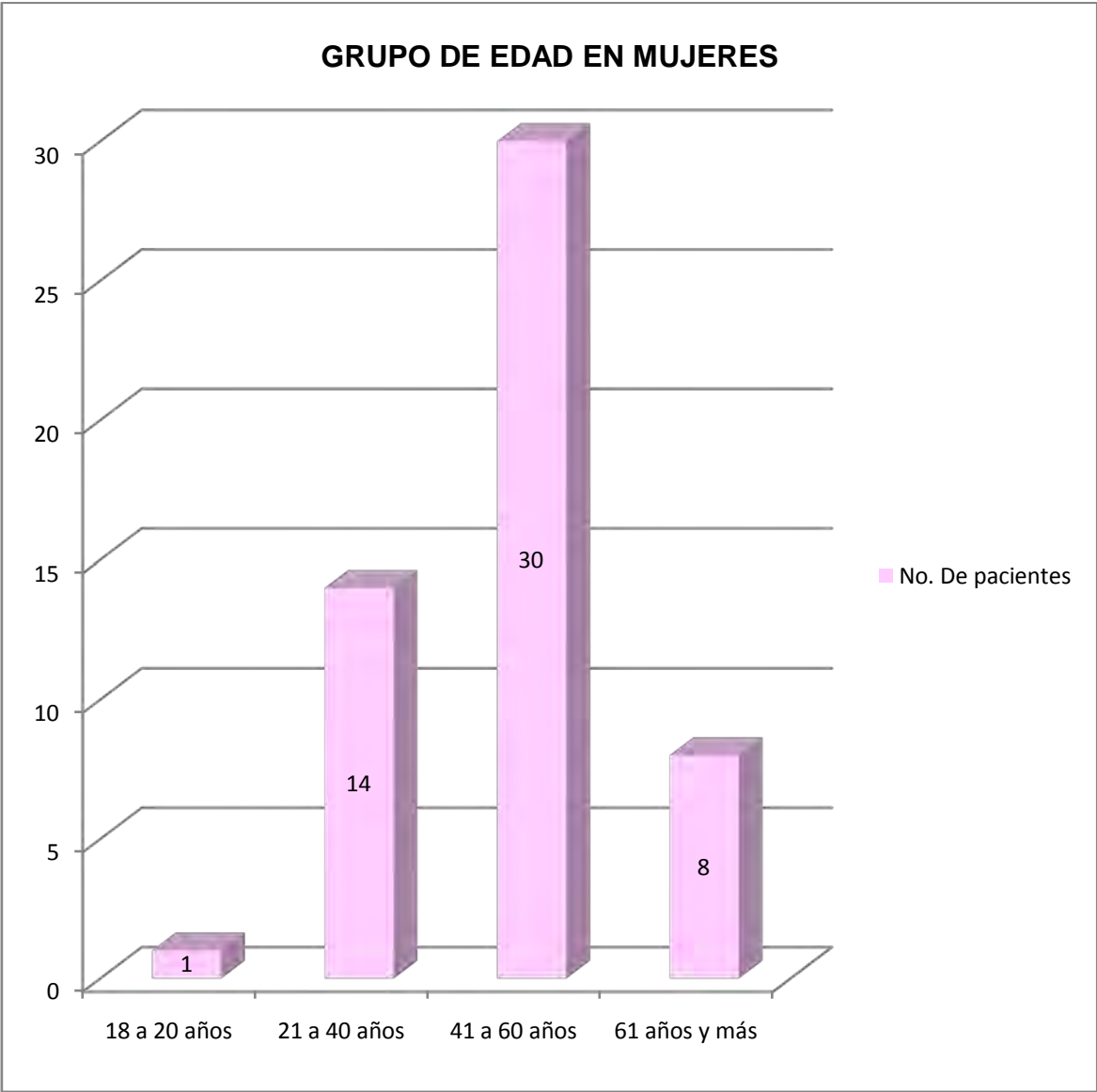
Gráfica 2



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 34 pacientes masculinos del Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcoyotl.

En relación a la edad en mujeres: se obtuvo lo siguiente en el grupo de 18 a 20 años 1 paciente (2%); de 21 a 40 años 14 (26%); de 41 a 60 años 30 (57%), y en el grupo de más de 61 años 8 (15%) del total de nuestras 53 pacientes entrevistadas.

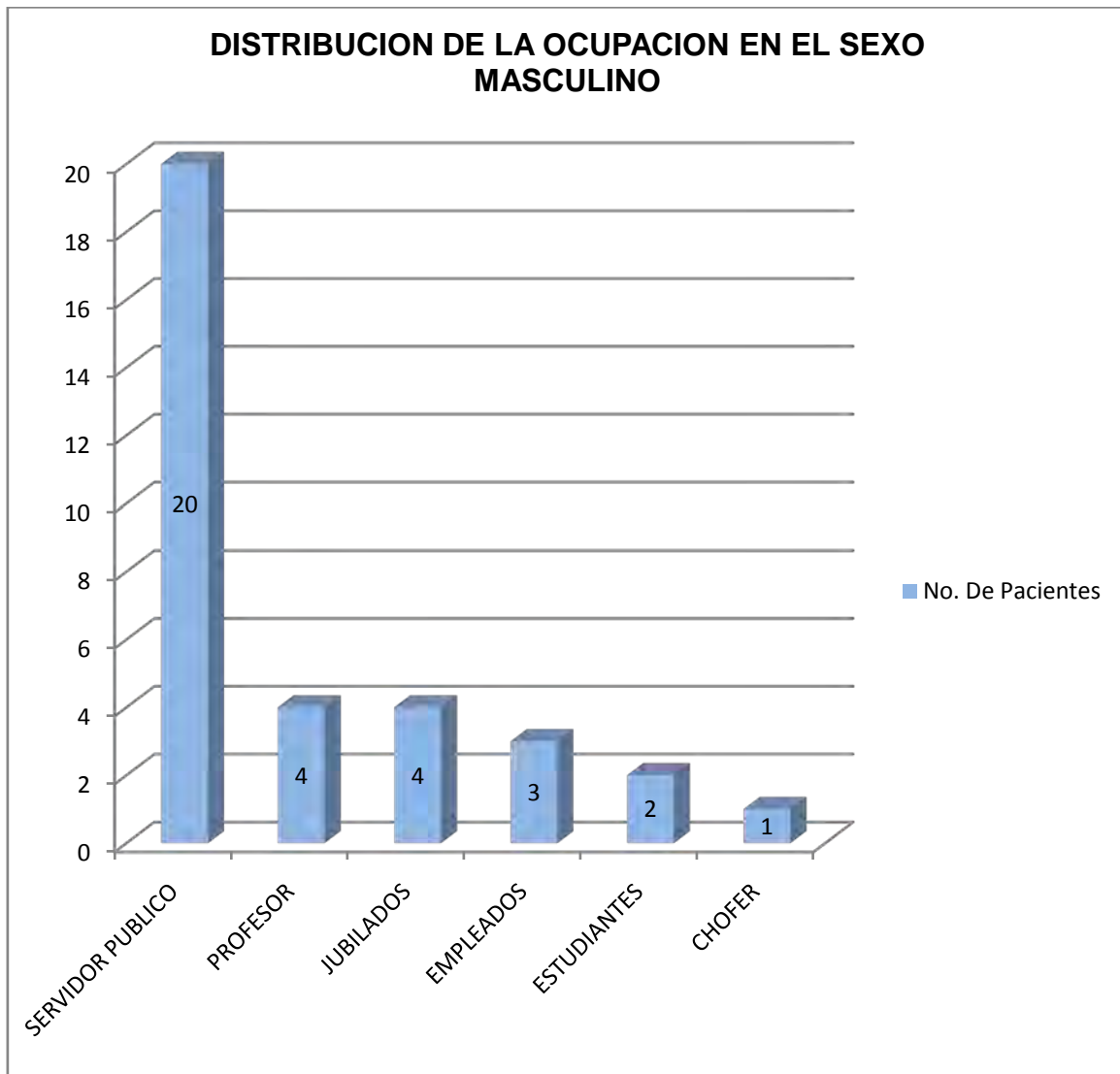
Gráfica 3



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 53 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En cuanto a su ocupación en el hombre se obtuvo lo siguiente: 20 (59%) servidores públicos; 4 (12%) profesores, 4 (12 %) jubilados, 3 (9%) empleados, 2 (6%) estudiantes; y 1 (2%) chofer del total nuestros 34 pacientes entrevistados.

Gráfica 4



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 34 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En cuanto a su ocupación en el sexo femenino se obtuvo lo siguiente: 29 (55%) se dedica al hogar, 9 (17%) son profesoras, 5 (10%) servidor público, 2 (4%) jubiladas, 2 (4%) secretarias; 2 (4%) enfermeras, 2 (4%) comerciantes, 1 (1%) odontóloga; y 1 (1%) estudiante del total de nuestras 53 pacientes entrevistadas.

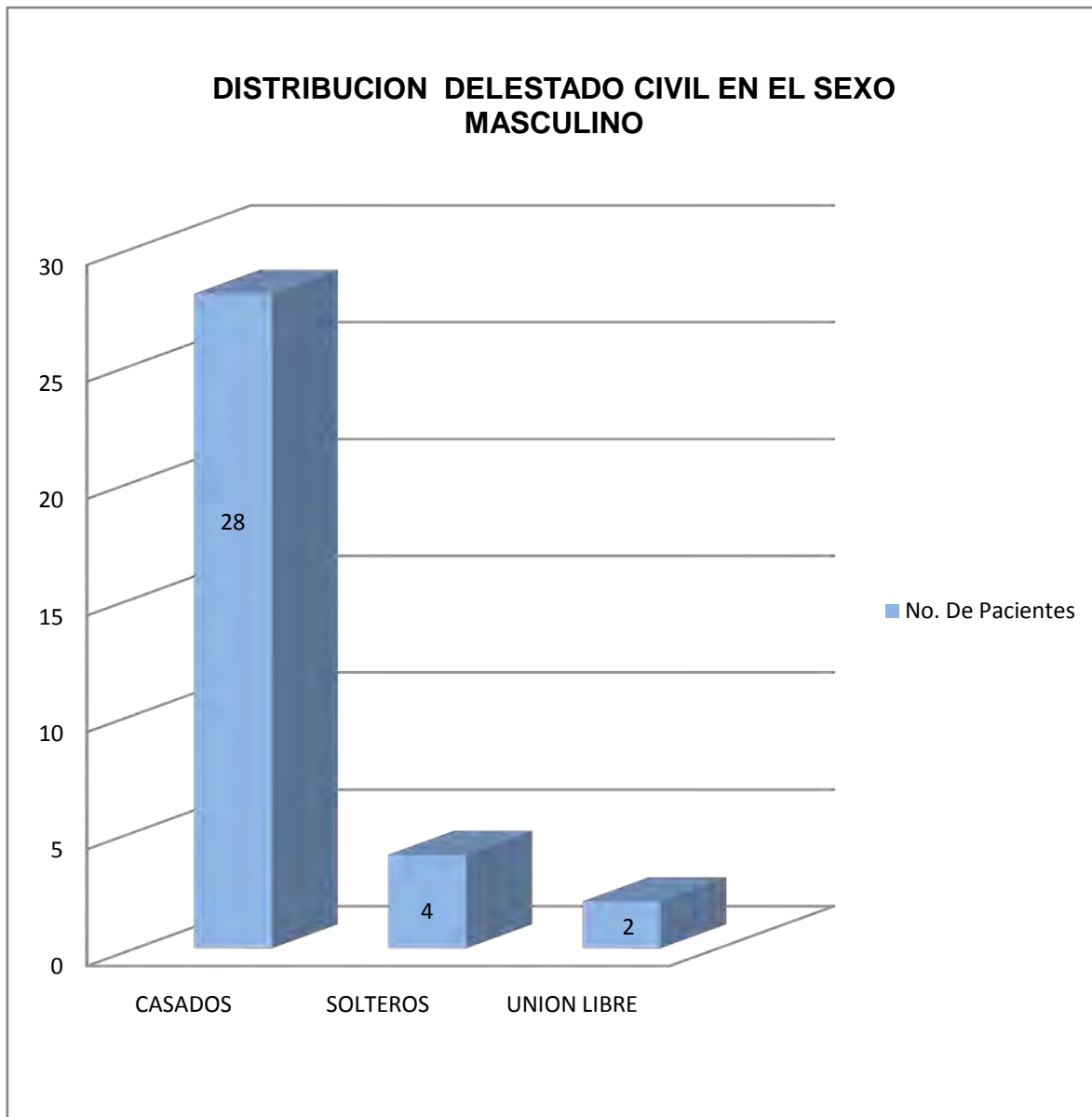
Gráfica 5



Fuente: Cuestionario de Hamilton aplicado a 53 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl

En relación a su estado civil en el hombre se obtuvo lo siguiente: 28 (82%) casados; 4 (12%) solteros, y 2(6%) unión libres del total de nuestros 34 pacientes entrevistados.

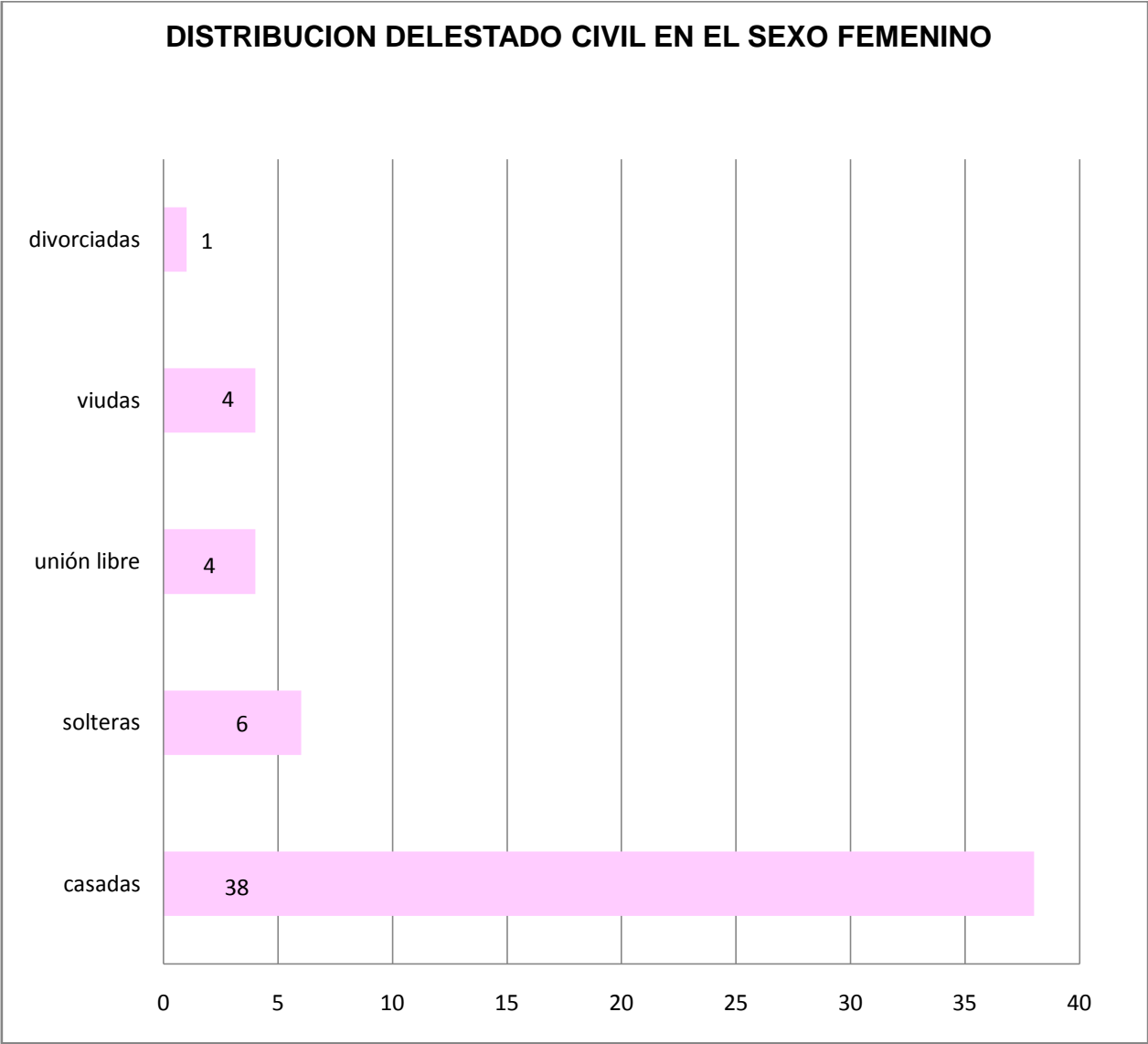
Gráfica 6



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 34 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En relación a su estado civil en la mujer se obtuvo lo siguiente: 38 (72%) casadas; 6 (11%) solteras; 4 (8%) unión libre; 4 (8%) viudas; y 1 (1%) divorciada del total de nuestras 53 pacientes entrevistadas.

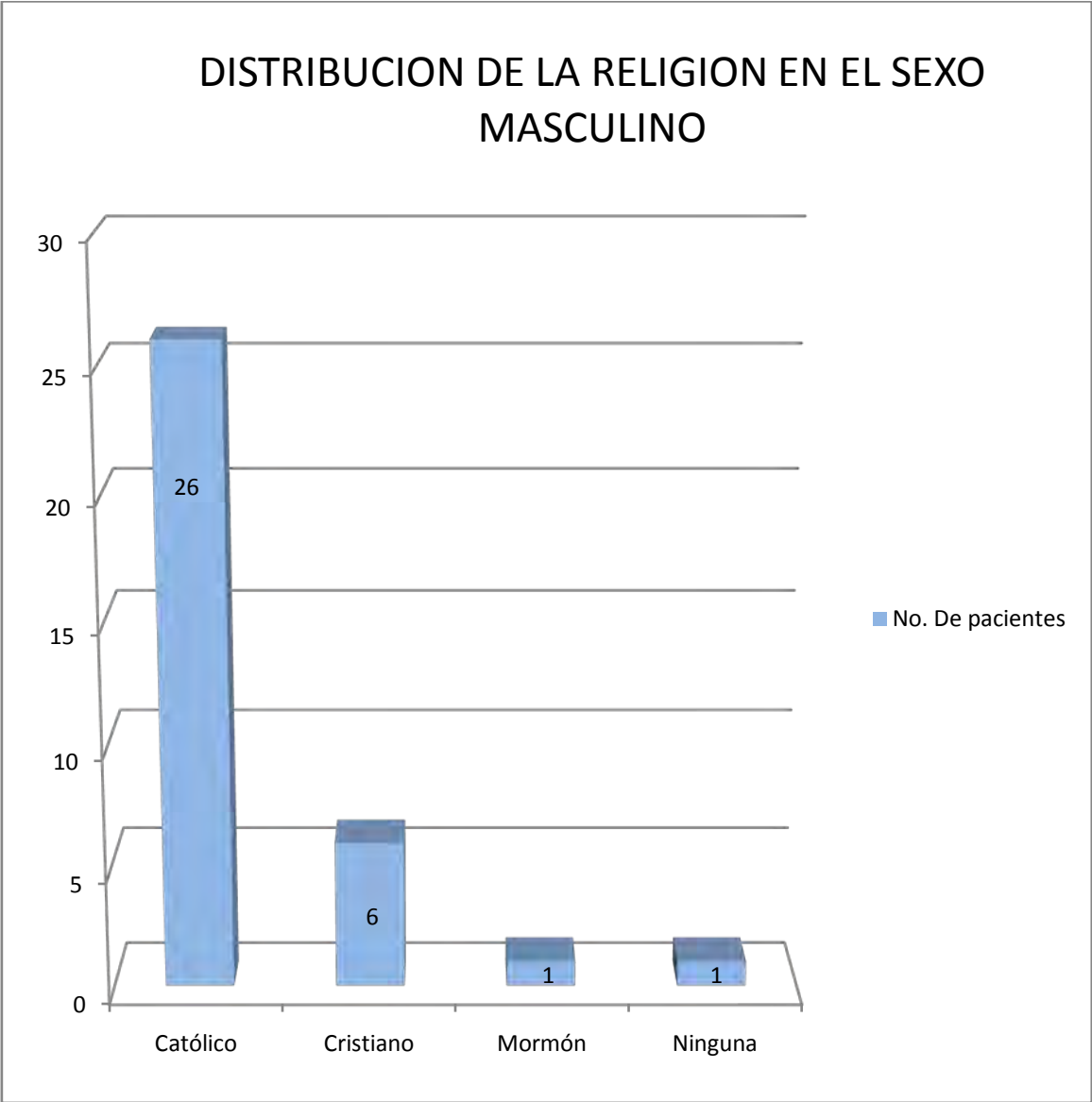
Gráfica 7



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 53 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En relación a la religión en el sexo masculino se obtuvo lo siguiente: 26 (76%) católicos; 6 (18%) cristianos, 1 (3%) mormón; y 1 (3%) que no practica ninguna religión del total de nuestros 34 pacientes entrevistados.

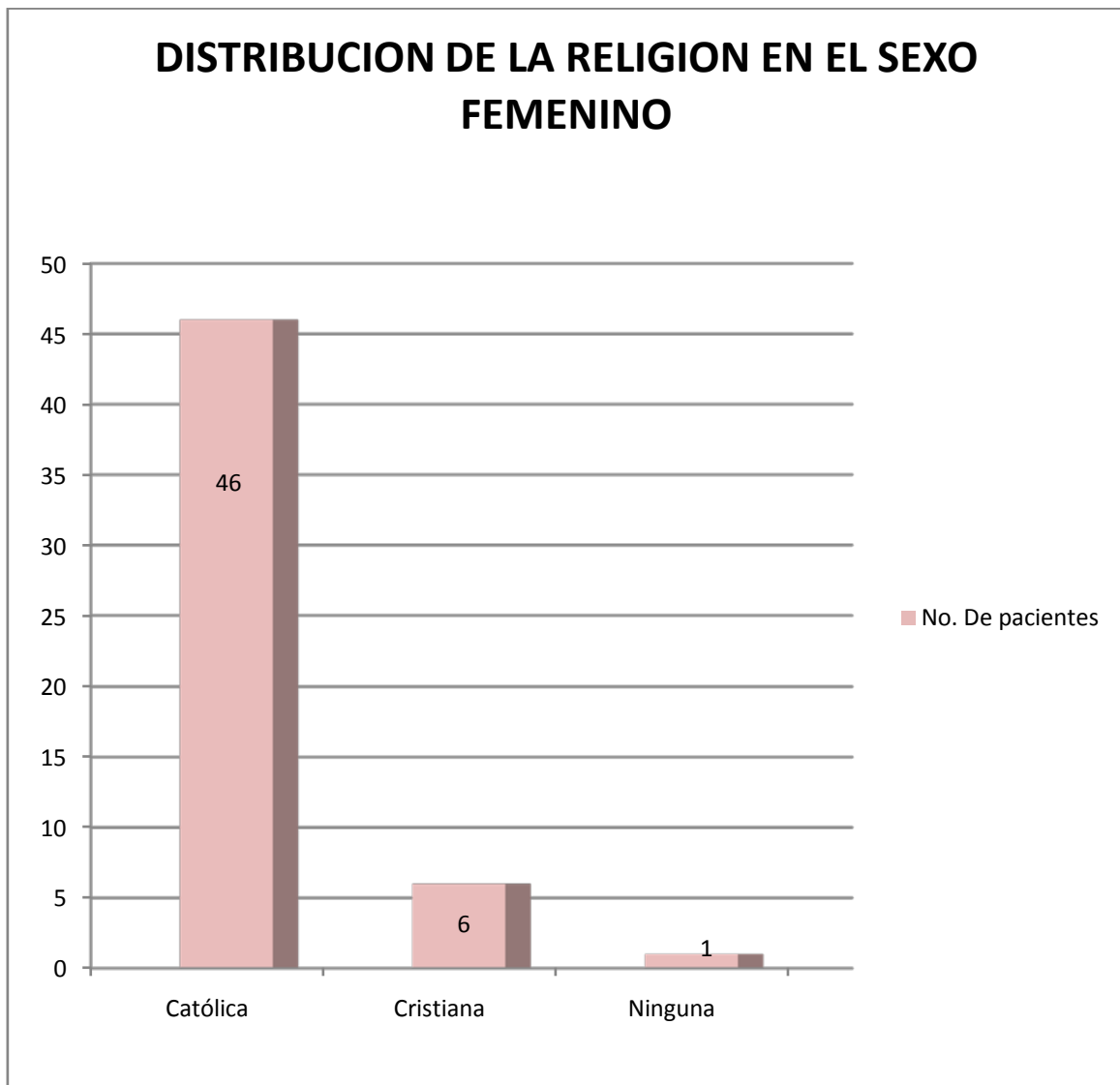
Gráfica 8



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 34 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En relación a la religión en el sexo femenino se obtuvo lo siguiente: 46 (87%) católicas; 6 (11%) cristianas, y 1 (2%) que no practica ninguna religión del total de nuestras 53 pacientes entrevistadas.

Gráfica 9



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 53 pacientes del Hospital regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En relación a su nivel de estudios en el sexo masculino se obtuvo lo siguiente: 2 (6%) primaria incompleta; 4 (12%) primaria completa; 1 (3%) secundaria incompleta; 10 (29%) secundaria completa; 1 (3%) preparatoria incompleta; 2 (6%) preparatoria actualmente en curso; 8 (23%) preparatoria completa; 1 (3%) licenciatura incompleta; y 5 (15%) licenciatura completa del total de nuestros 34 pacientes entrevistados.

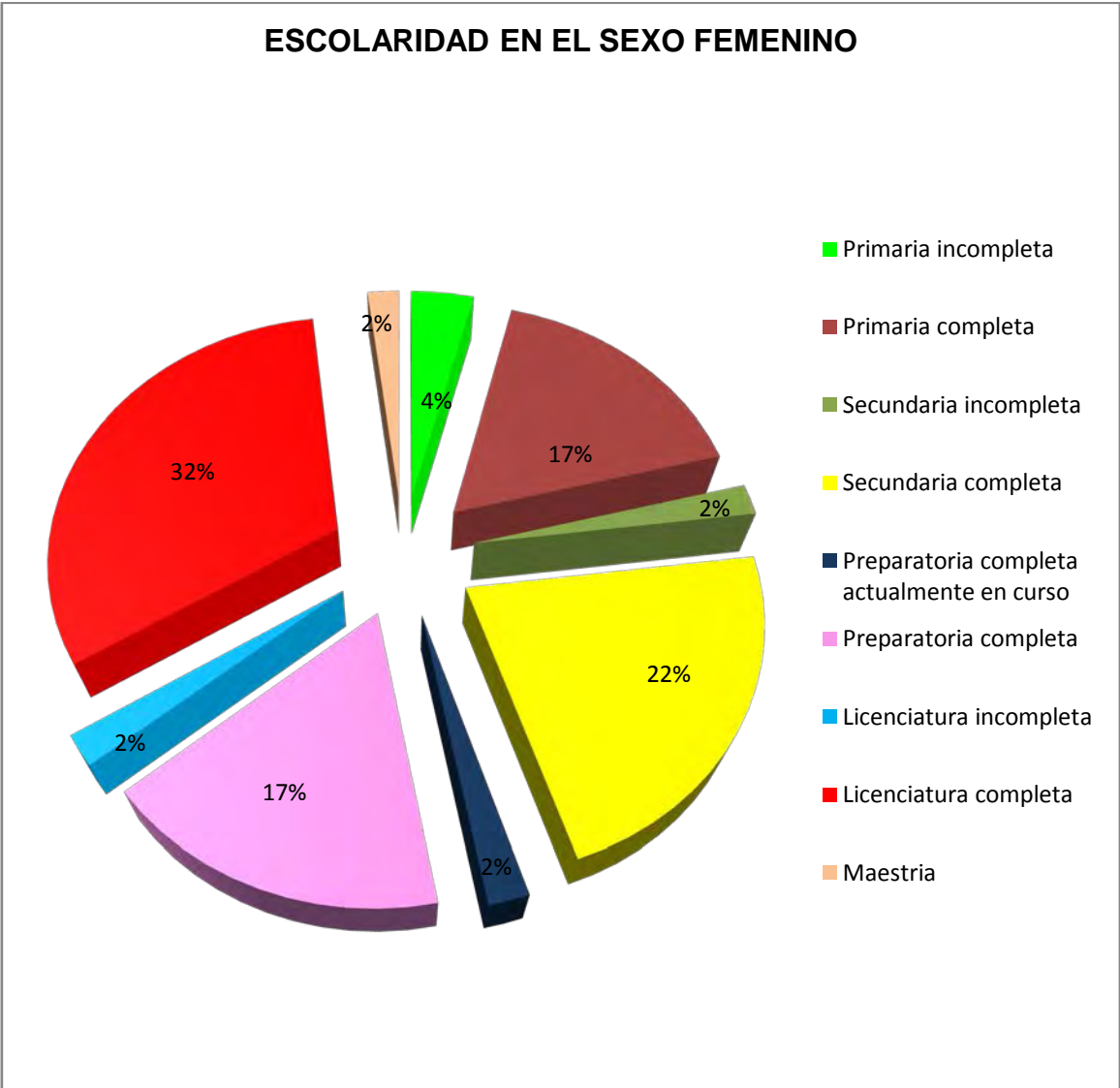
Gráfica 10



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 53 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En relación a su nivel de estudios en el sexo femenino: se obtuvo lo siguiente 2 (4%) primaria incompleta; 9 (17%) primaria completa; 1 (2%) secundaria incompleta; 12 (22%) secundaria completa; 1 (2%) preparatoria actualmente en curso; 9(17%) preparatoria completa; 1 (2%) licenciatura incompleta; 17 (32%) licenciatura completa; y 1 (2%) con maestría del total de nuestras 53 pacientes entrevistadas.

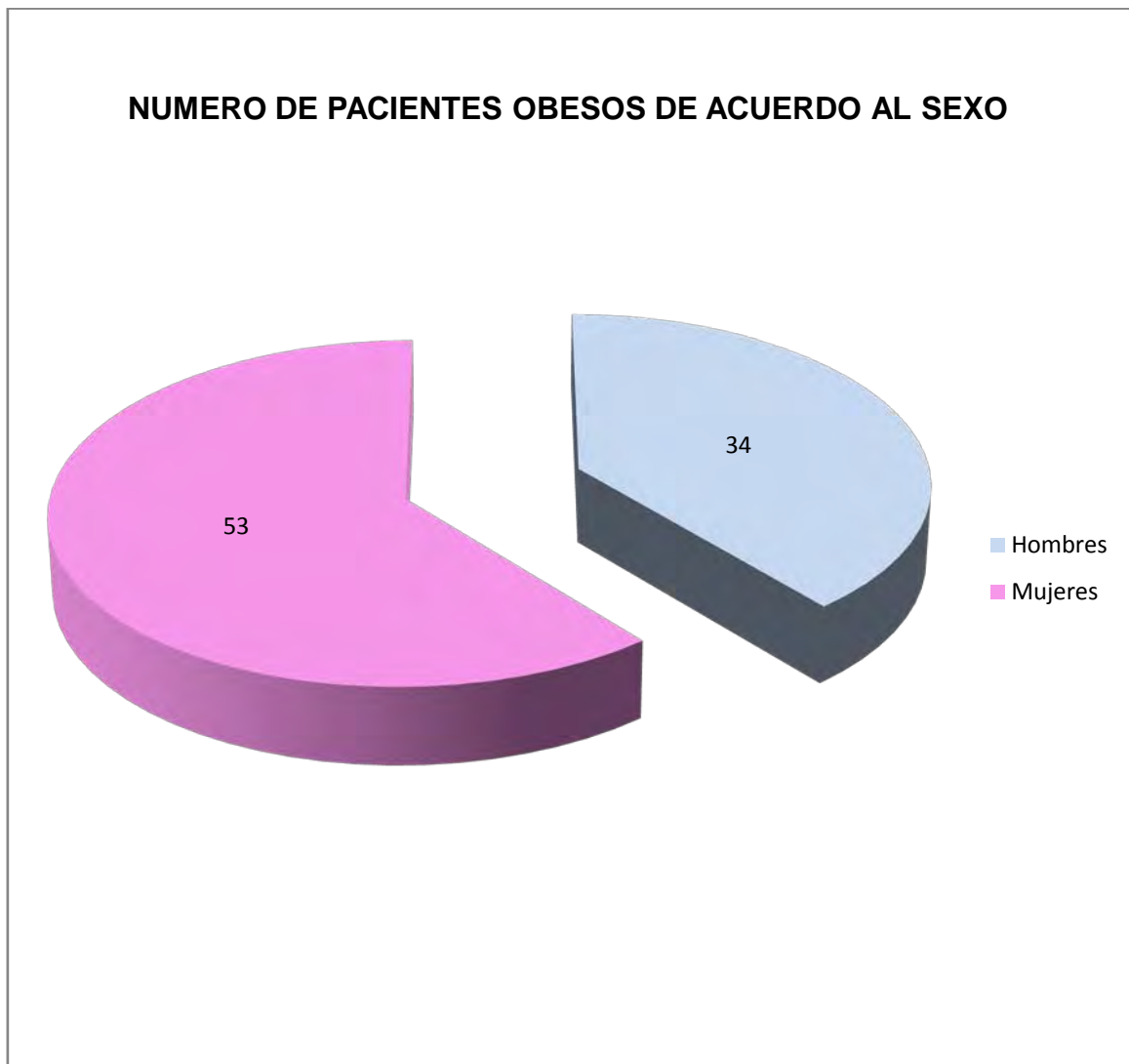
Gráfica 11



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 53 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En relación a obesidad en ambos sexos de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana y al índice de masa corporal (IMC) se obtuvo lo siguiente: 53 (61%) femeninas (61%), y 34 (39%) masculinos del total de 87 pacientes entrevistados.

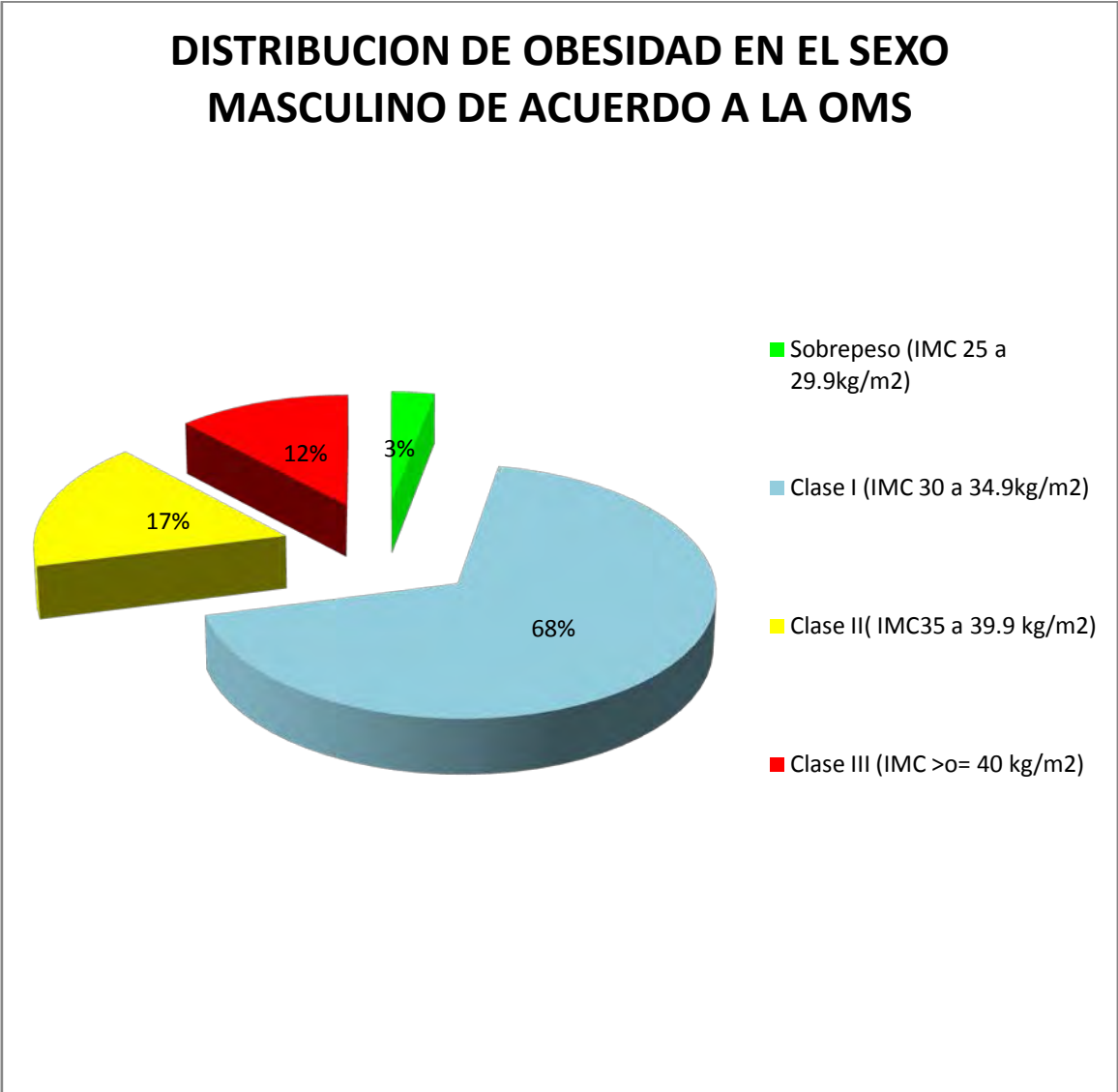
Gráfica 12



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 87 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En relación a la obesidad de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, y al índice de masa corporal (IMC), en el sexo masculino se obtuvo lo siguiente 1 (3%) sobrepeso; 23 (68%) clase I; 6 (17%) clase II; y 4 (12%) clase III; del total de nuestros 34 pacientes entrevistados.

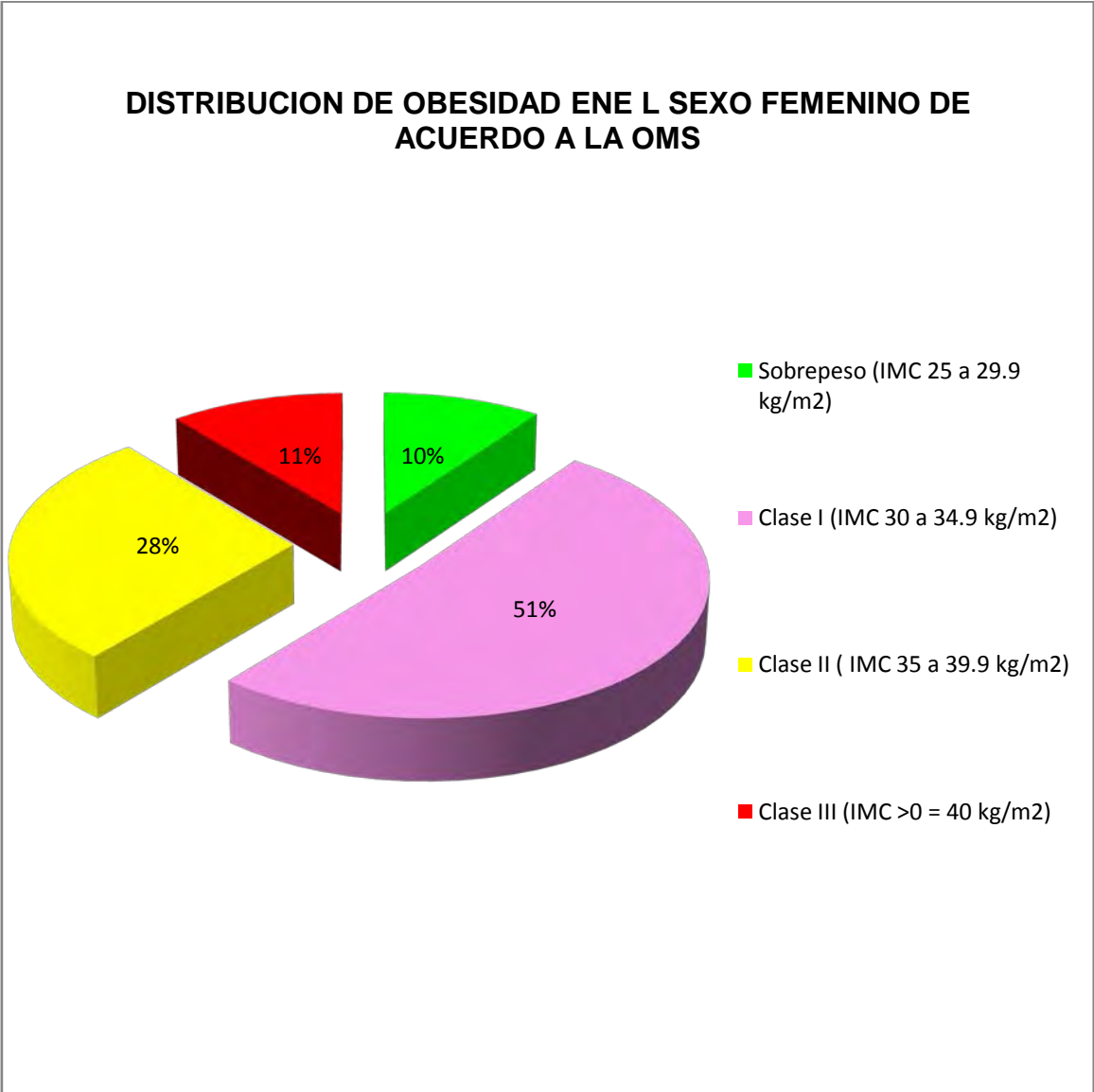
Gráfica 13



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 34 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl

En relación a la obesidad en el sexo femenino de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud y al índice de masa corporal, se obtuvo los siguiente: 5 (10%) sobrepeso; 27 (51%) clase I; 15 (28%) clase II; 6 (11%) clase III; del total de 53 pacientes entrevistadas.

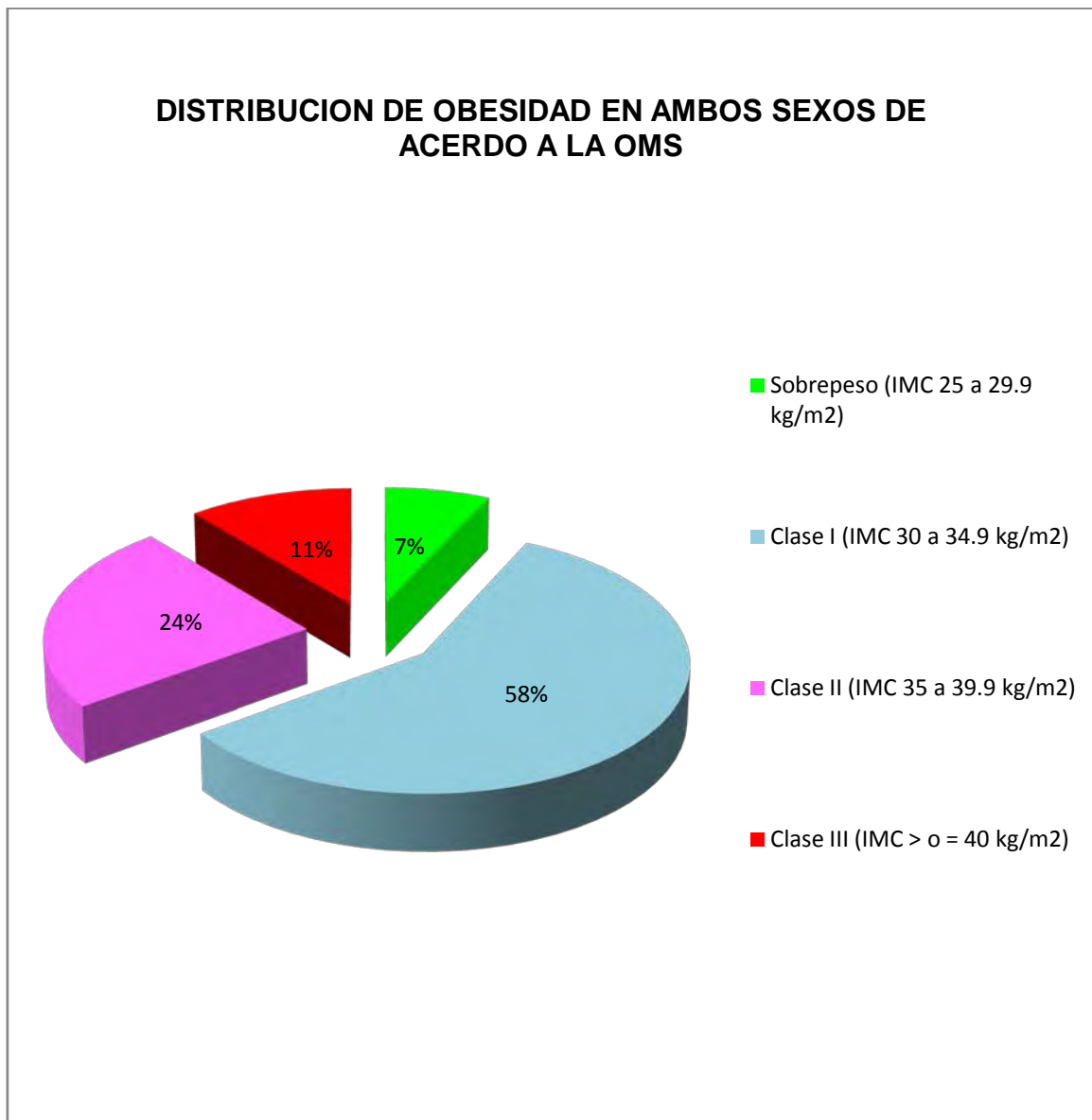
Gráfica 14



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 53 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En relación a la clase de obesidad en ambos sexos de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se obtuvo 6 (7%) sobrepeso; 50 (58%) clase I; 21 (24%) clase II (24%); y 10 (11%) clase III; del total de nuestros 87 pacientes entrevistados.

Gráfica 15



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 87 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En relación a la intensidad de depresión en el sexo masculino de acuerdo a la escala de Hamilton se obtuvo lo siguiente: 12 (35%) sin depresión; 7 (21%) depresión ligera; 6 (18%) depresión moderada; 2 (5%) depresión severa; y 7 (21%) depresión muy severa; del total de nuestros 34 pacientes entrevistados.

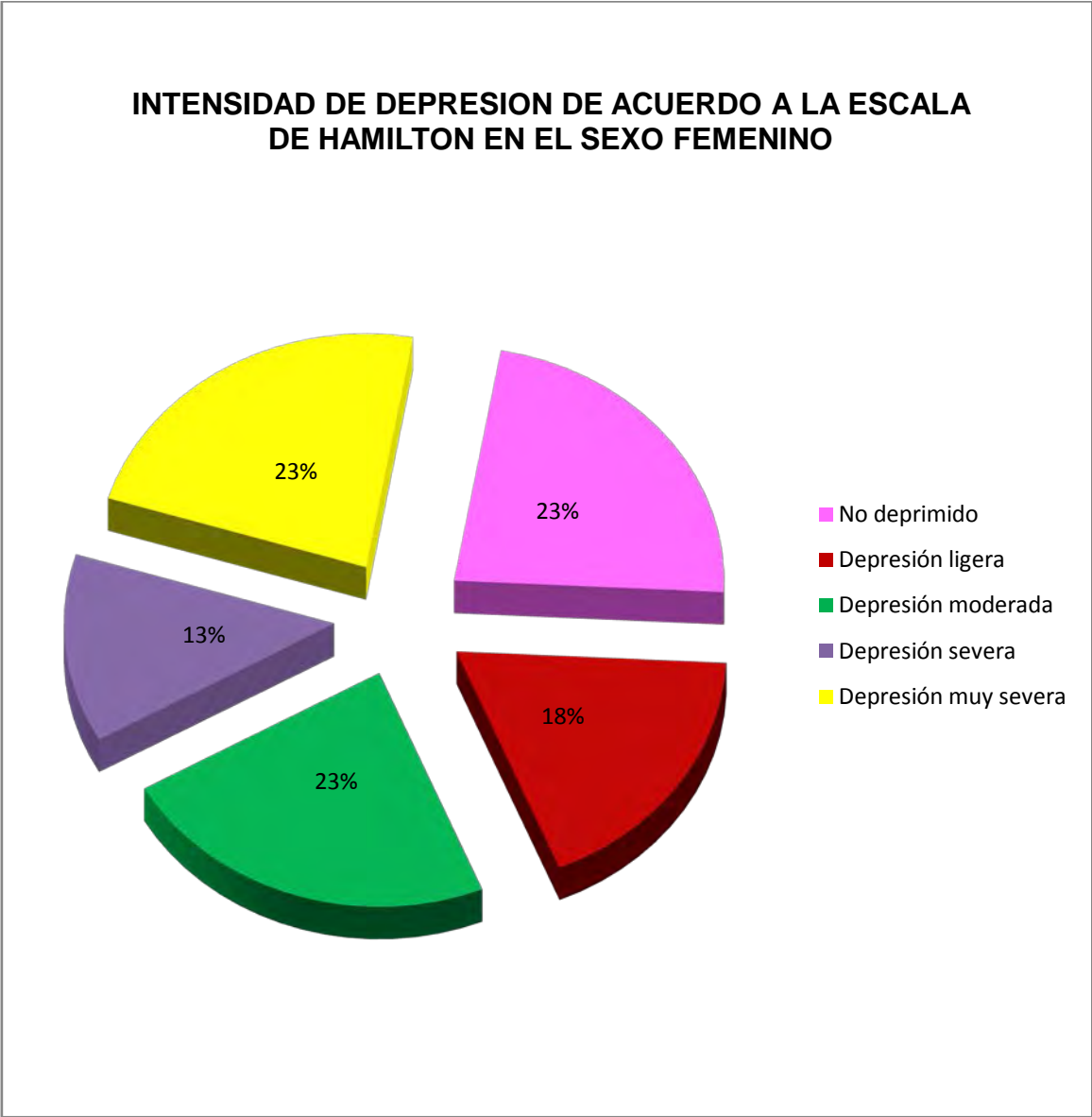
Gráfica 16



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 34 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En relación a la intensidad de depresión en el sexo femenino de acuerdo a la escala de Hamilton se obtuvo lo siguiente: 12 (23%) no deprimidas; 10 (18%) depresión ligera; 12 (23%) depresión moderada; 7 (13%) con depresión severa; y 12 (23%) depresión muy severa; del total de nuestras 53 pacientes entrevistadas.

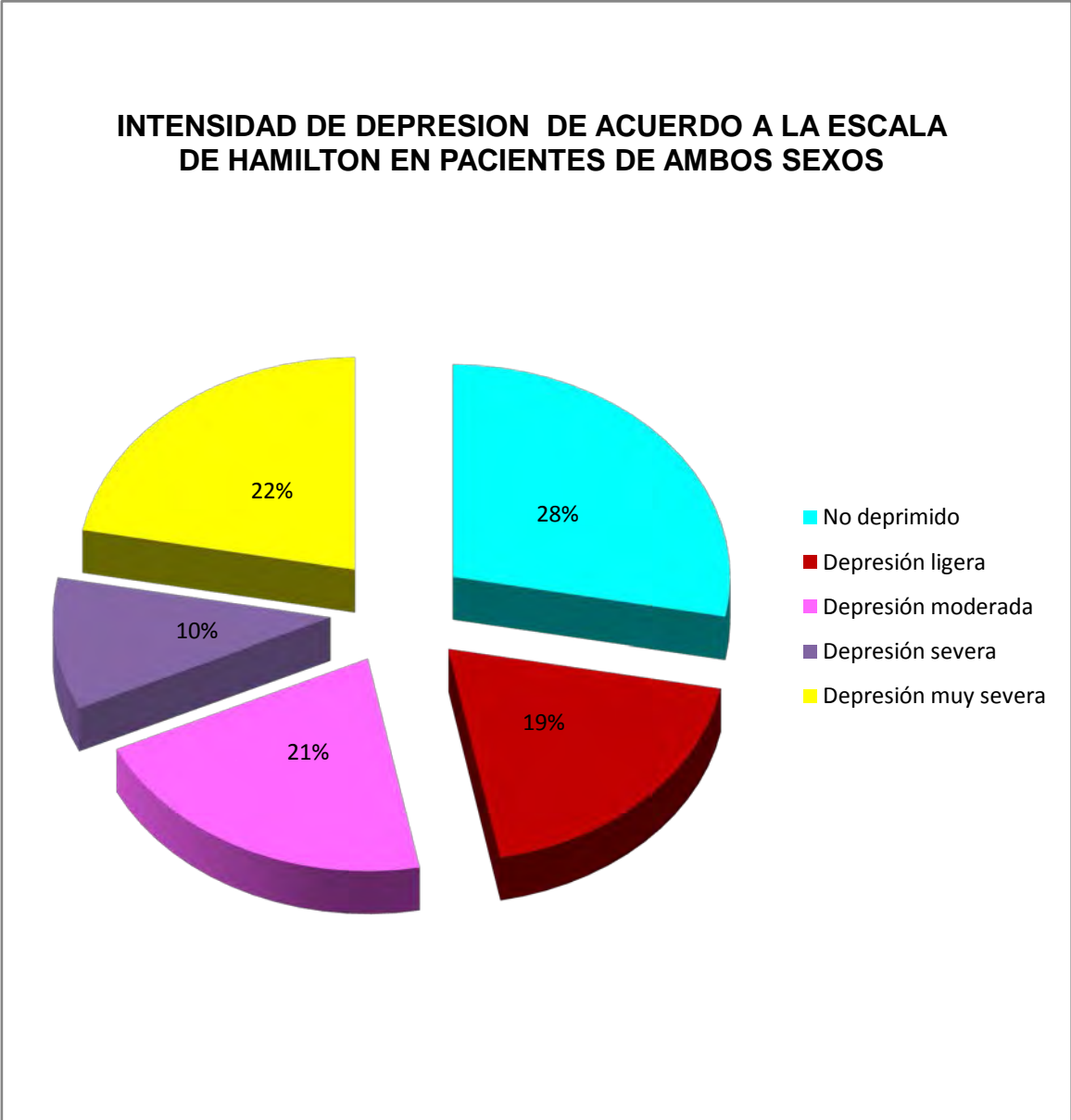
Gráfica 17



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 53 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En relación a la intensidad de depresión en ambos sexos de acuerdo al cuestionario de Hamilton: se obtuvo lo siguiente: 24 (28%) no deprimida; 17 (19%) depresión ligera; 18 (21%) depresión moderada; 9 (10%) depresión severa; y 19 (22%) depresión muy severa del total de nuestros 87 pacientes entrevistados.

Gráfica18



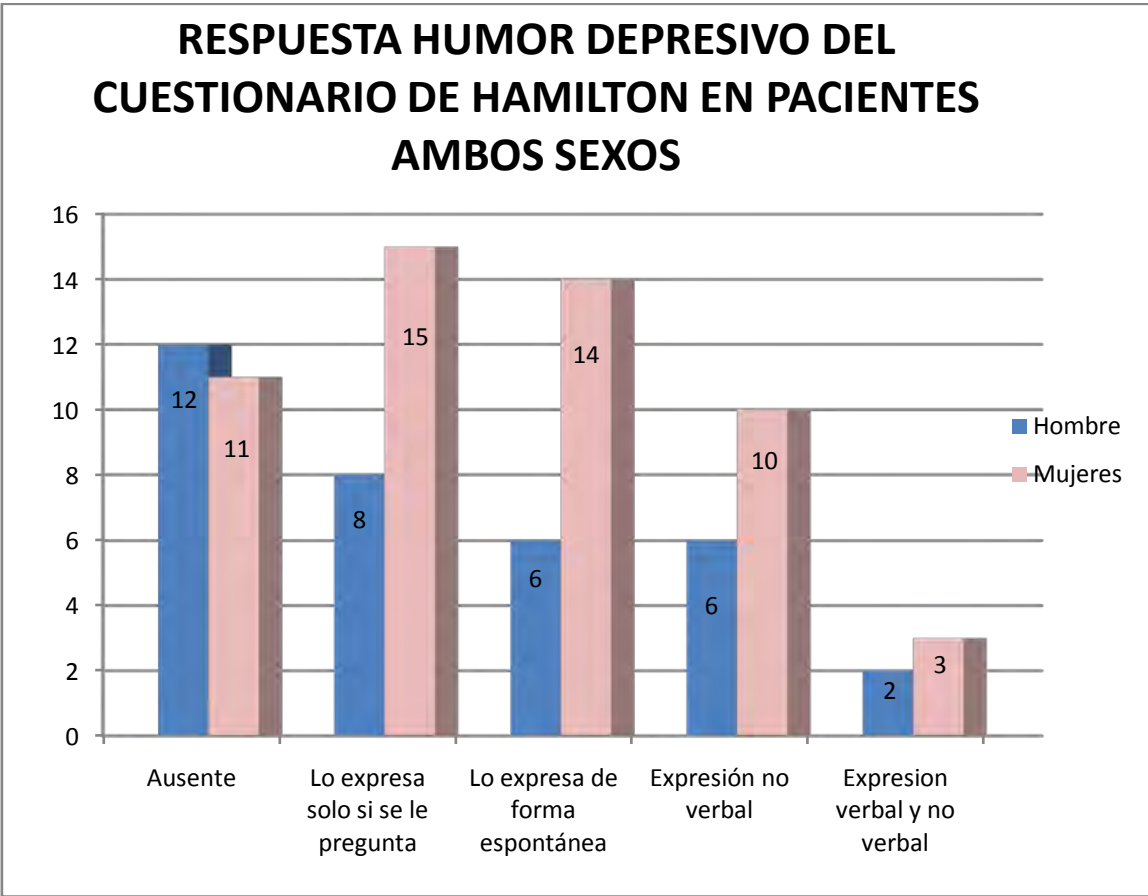
Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 87 pacientes en el Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl,

De acuerdo a las respuestas del cuestionario de Hamilton aplicado a 87 pacientes del Hospital Regional Issemym Nezahualcoyotl se obtuvo lo siguiente:

(NOTA: El cuestionario de Hamilton se encuentra en el área de anexo.)

En la pregunta número uno, que se refiere a humor depresivo se observó lo siguiente: en 11 (21%) mujeres y 12 (35%) hombres este se encuentra ausente; 15 (28%) mujeres y 8 (23%) hombres estas sensaciones las expresa solo si se le pregunta cómo se siente; 14 (26%) mujeres y 6 (18%) hombres lo expresan de forma espontánea; 10 (19%) mujeres y 6 (18%) hombres realizan expresión no verbal; 3 (6%) mujeres y 2 (6%) hombres expresión verbal y no verbal, del total de 87 pacientes entrevistados

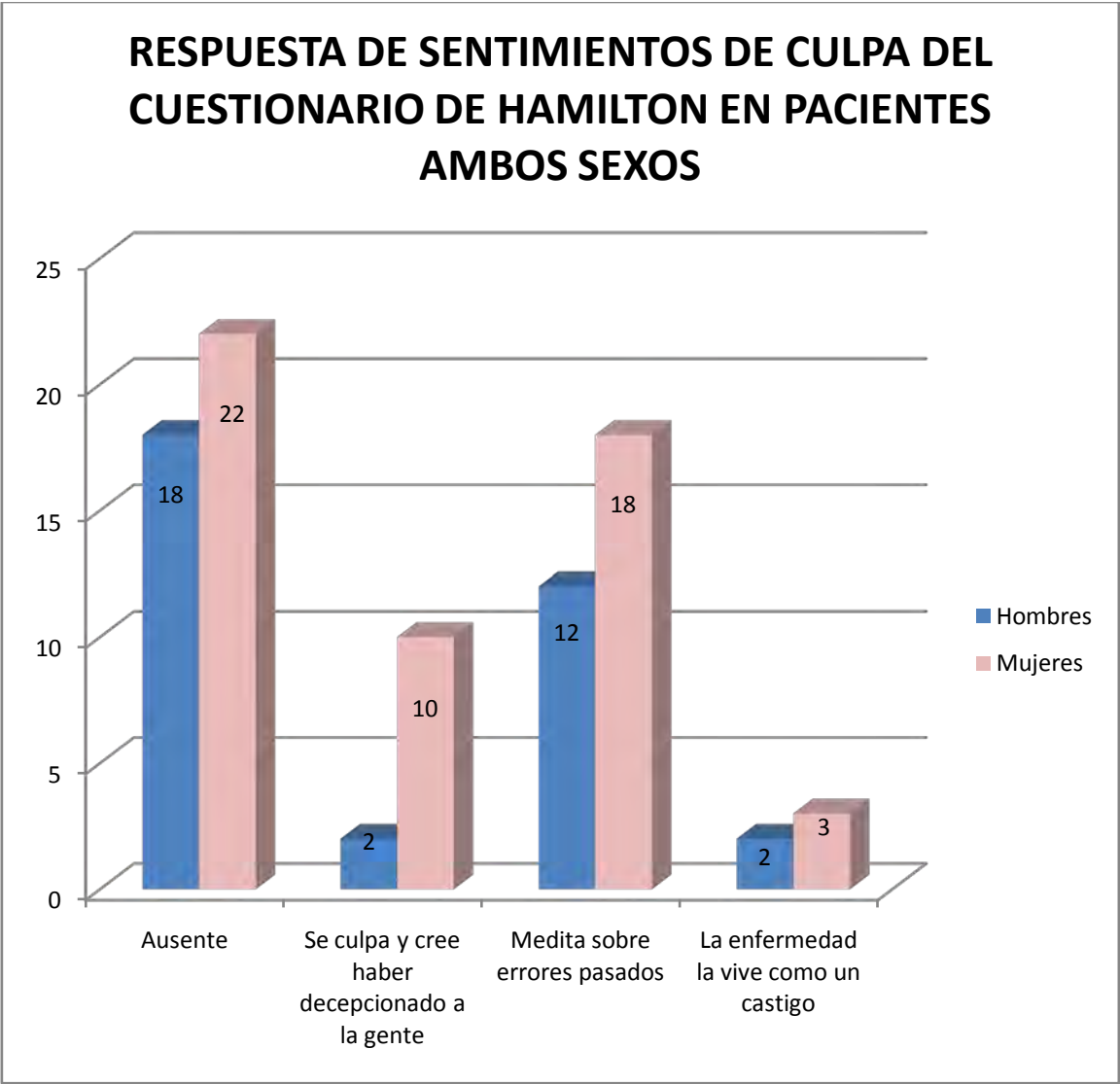
Gráfica 19



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 87 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl

En cuanto a la pregunta número dos, sobre sentimientos de culpa, se observo lo siguiente: 22(41%) mujeres y 18 (53%) hombres este se encuentra ausente; 10 (19%) mujeres y 2 (6%) hombres se culpan y creen haber decepcionado a la gente; 18 (34%) mujeres y 12 (35%) hombres meditan sobre errores pasados; 3 (6%) mujeres y 2 (6%) hombres la enfermedad la vive como un castigo del total de 87 pacientes entrevistados.

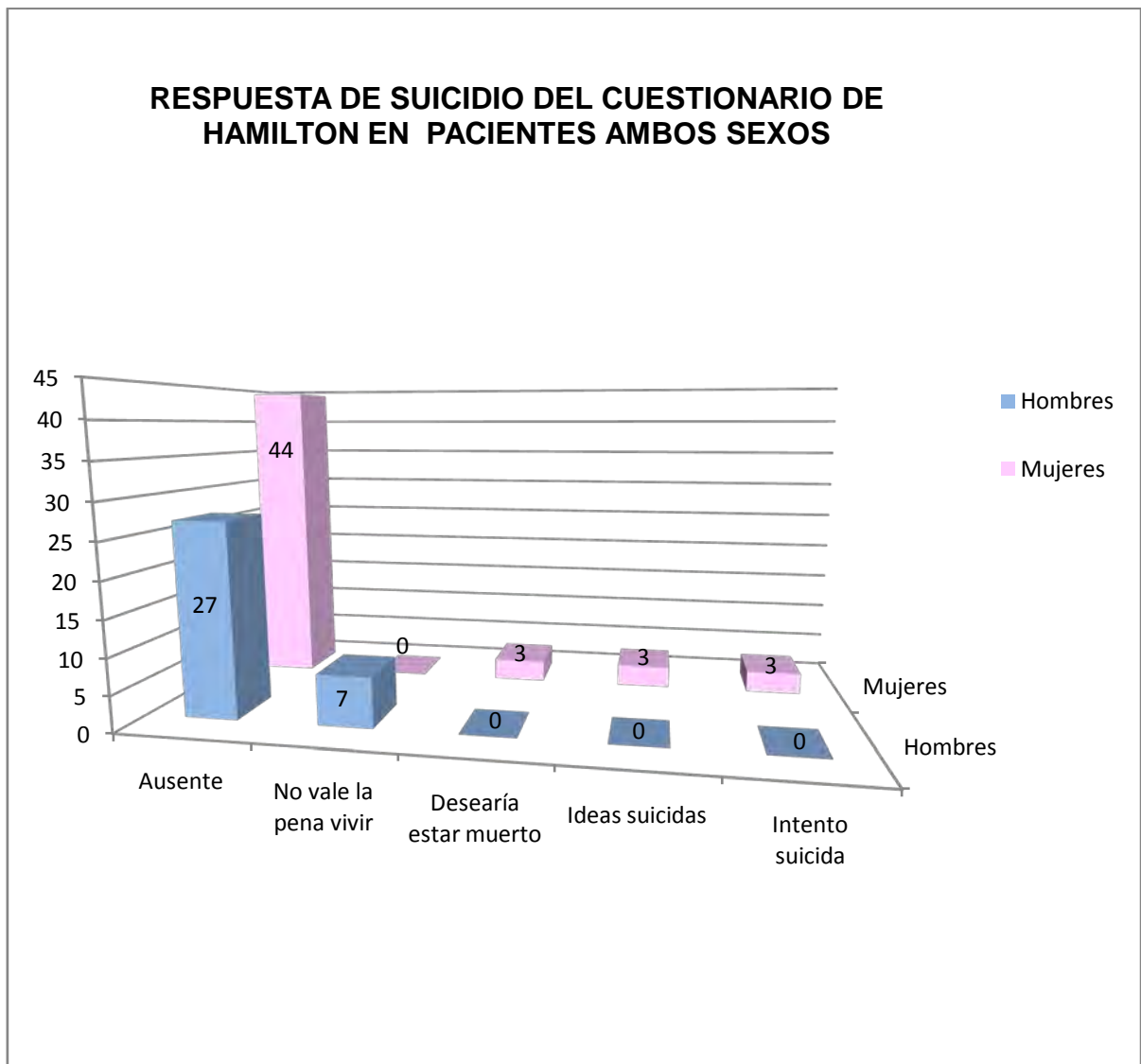
Gráfica 20



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 87 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En cuanto al suicidio que corresponde a la pregunta tres se observo lo siguiente: 44 (82%) mujeres y 27 (79%) hombres está se encuentra ausente; en 7 (21%) hombres refieren que la vida no vale la pena ser vivida; 3 (6%) mujeres desearían estar muertas, 3 (6%) mujeres tienen ideas suicidas y 3 (6%) mujeres con intento de suicidio, del total de 87 pacientes entrevistados.

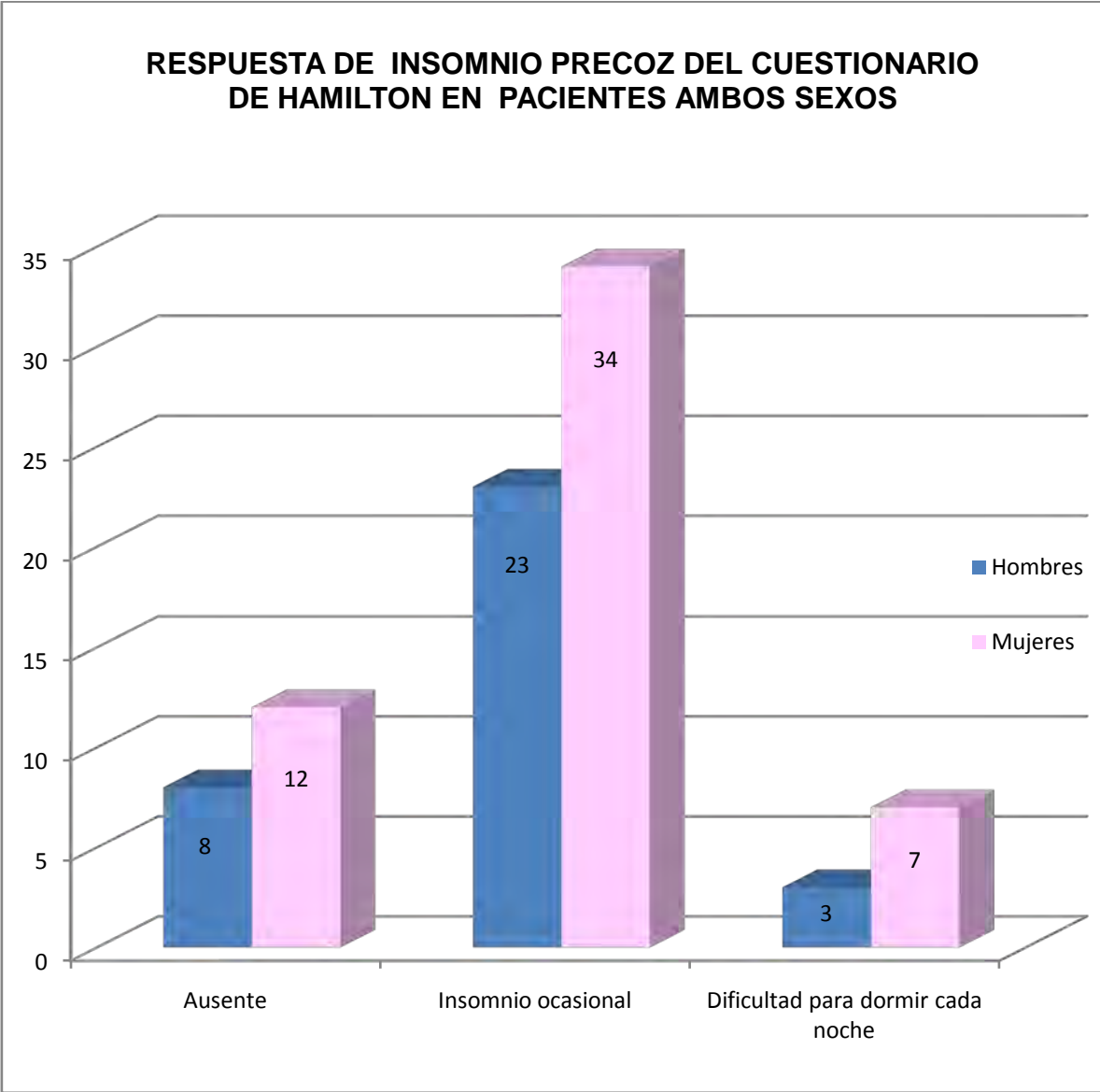
Gráfica 21



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 87 pacientes del hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl

La pregunta cuatro sobre insomnio precoz, se observo lo siguiente: en 12 (23%) mujeres y 8 (23%) hombres está se encuentra ausente; 34 (64%) mujeres y 23 (68%) hombres presenta insomnio ocasional para dormir, 7 (13%) mujeres y 3 (9%) hombres presenta dificultad para dormir cada noche, del total de 87 pacientes entrevistados

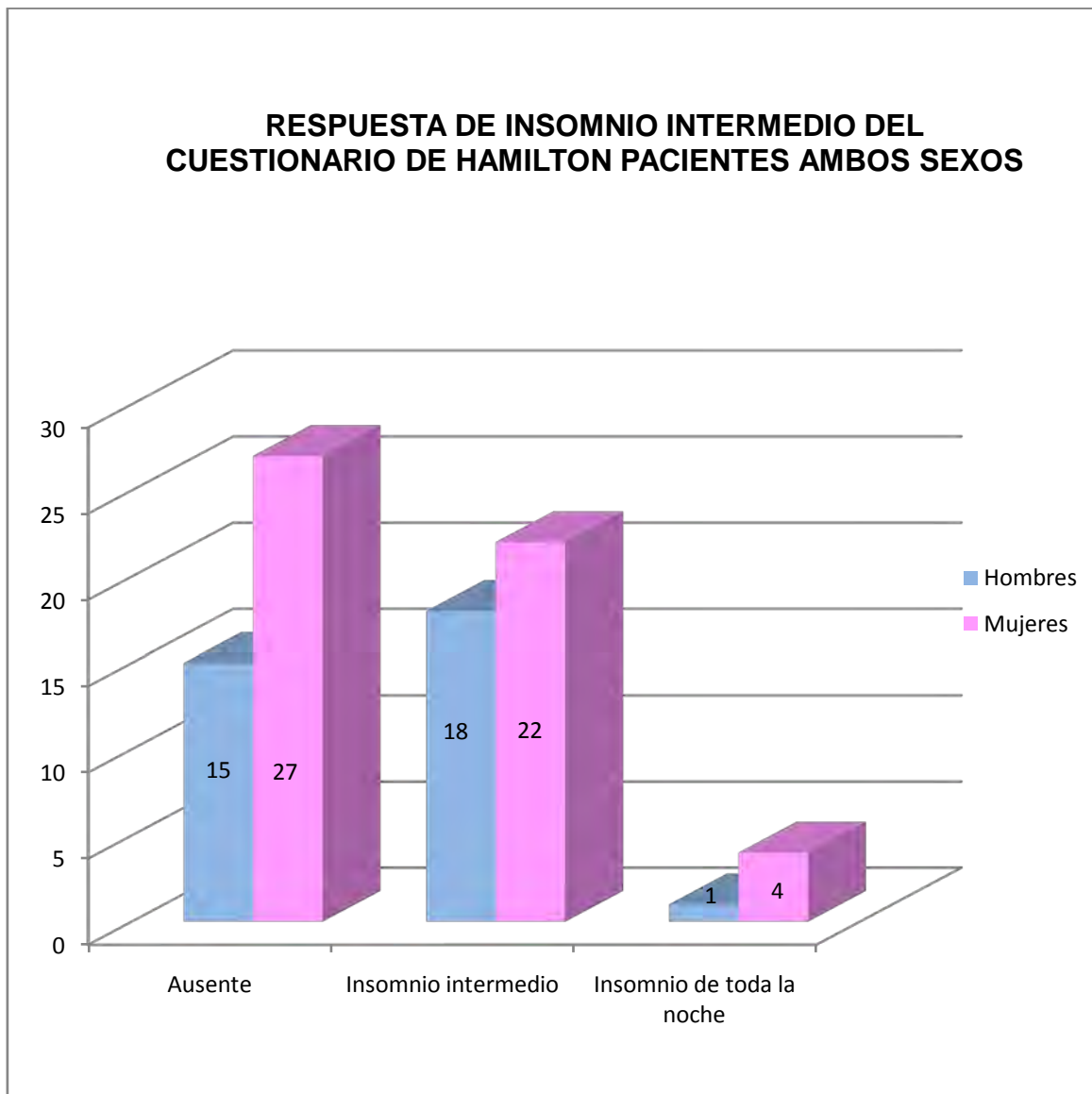
Gráfica 22



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 87 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En cuanto a la pregunta cinco sobre insomnio intermedio se observo: que en 27 (51%) mujeres y 15 (44%) hombres está se encuentra ausente; 22 (41%) mujeres y 18 (53%) hombres presento insomnio intermedio; 4 (8%) mujeres y 1 (3%) hombres refirió insomnio de toda la noche, del total de 87 pacientes entrevistados.

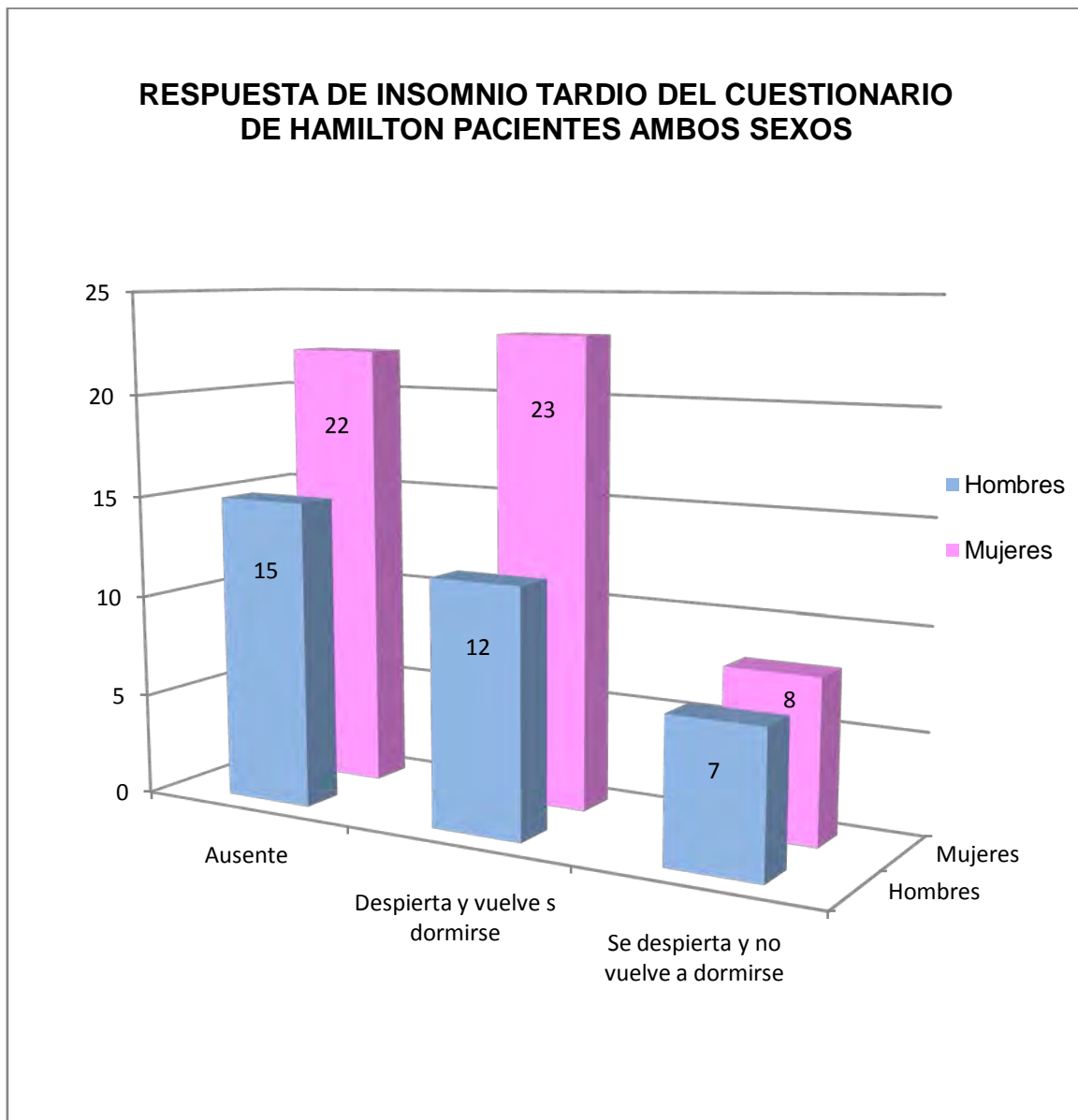
Gráfica 23



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 87 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En relación a la pregunta seis, sobre insomnio tardío; se observó lo siguiente: en 22 (42%) mujeres y 15 (44%) hombres está ausente; en 23 (43%) mujeres y 12 (35%) hombres se despiertan pero vuelven a dormirse; 8 (15%) mujeres y 7 (21%) hombres se despiertan y no vuelven a dormirse esto del total de 87 pacientes entrevistados.

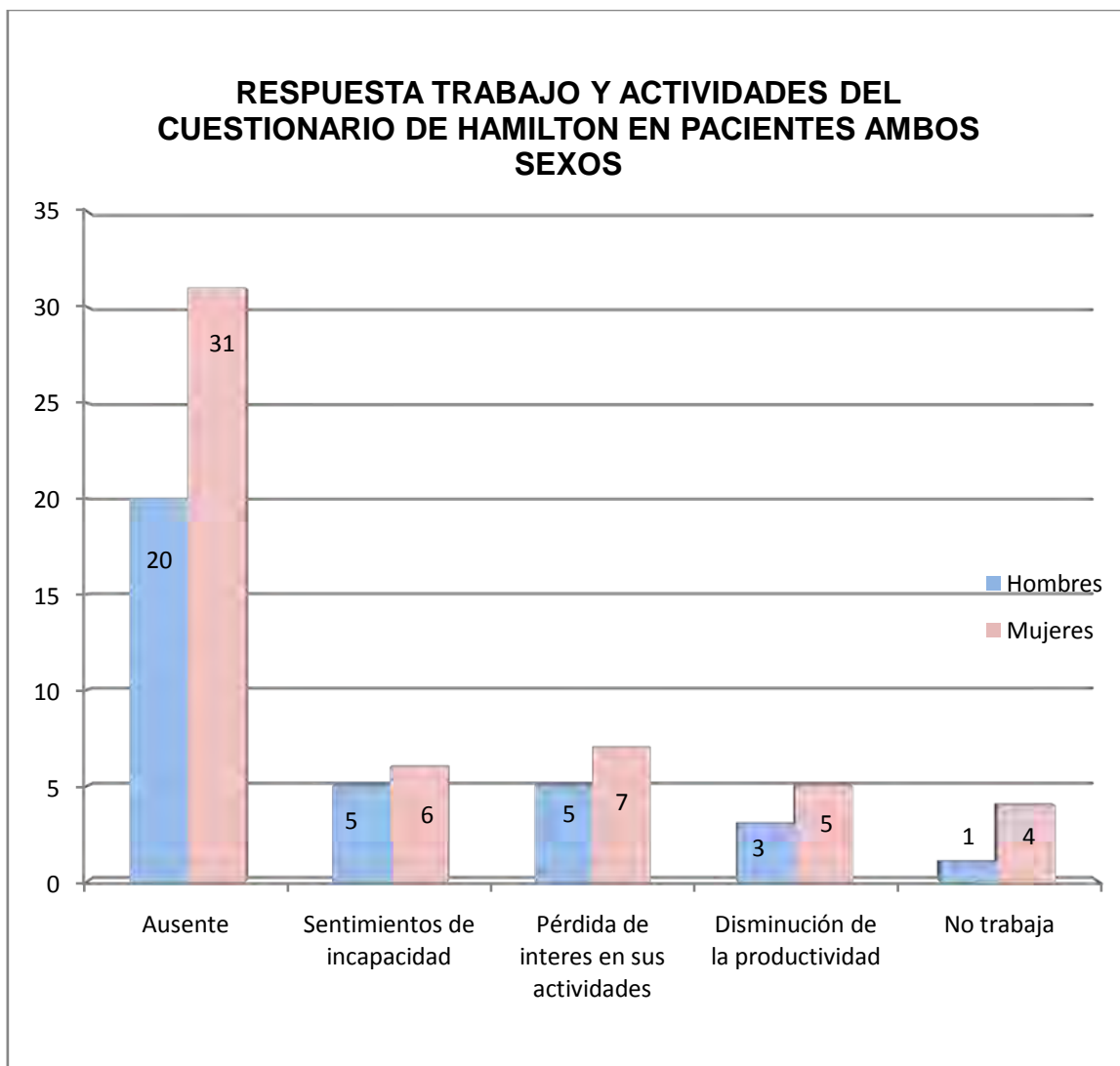
Gráfica 24



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 87 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En relación a la pregunta siete se observo lo siguiente: en 31 (58%) mujeres y 20 (58%) hombres está se encuentra ausente; 6 (11%) mujeres y 5 (15%) hombres tienen sentimientos de incapacidad; 7 (13%) mujeres y 5 (15%) hombres refieren pérdida de interés en sus actividades; 5 (10%) mujeres y 3 (9%) hombres refieren disminución de productividad; 4 (8%) mujeres y 1 (3%) hombres no trabajan, del total de 87 pacientes entrevistados.

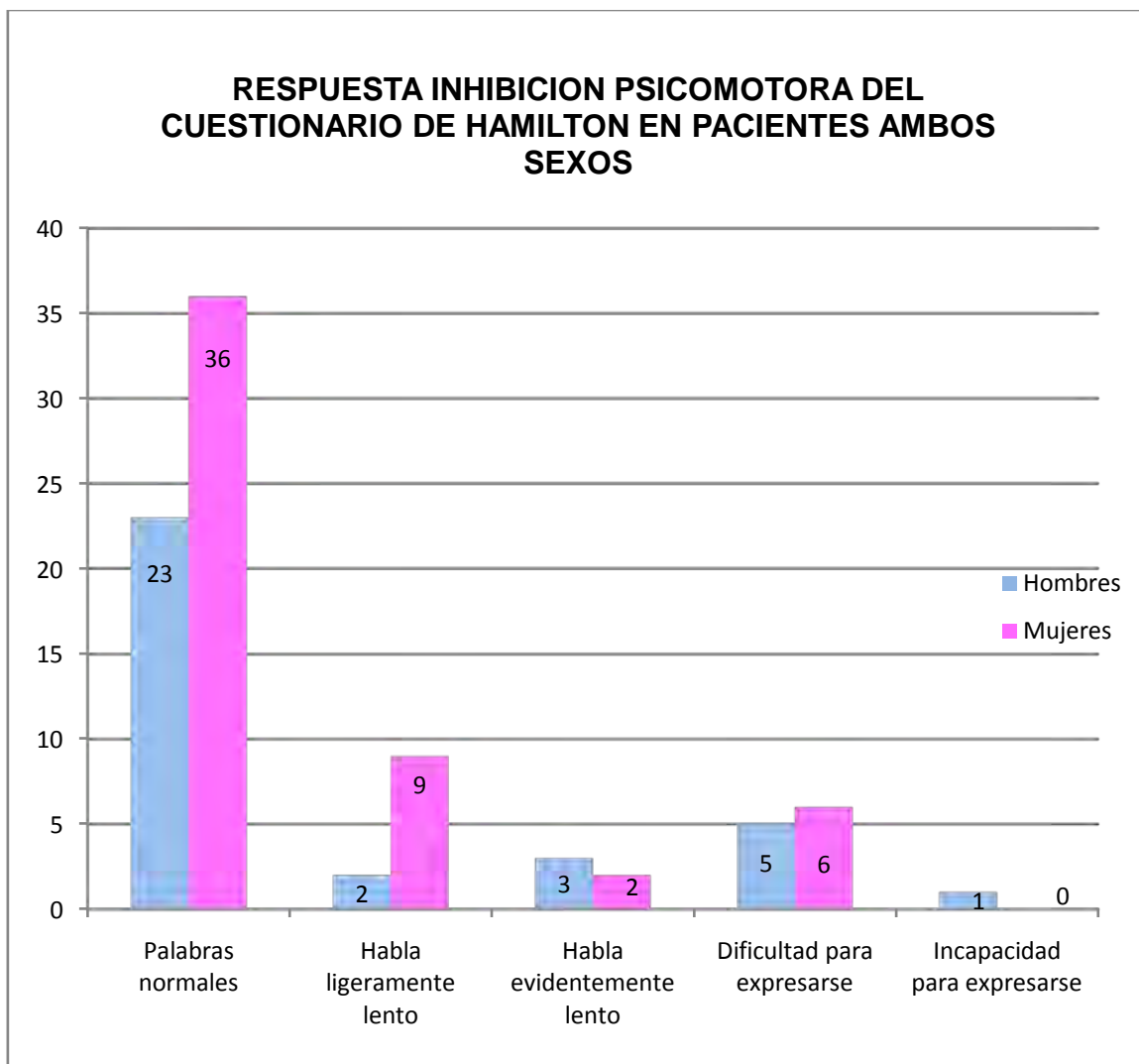
Gráfica 25



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 87 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En la pregunta ocho sobre inhibición psicomotora se observó lo siguiente: 36 (68%) mujeres y 23 (67%) hombres se encuentran palabras normales; 9 (17%) mujeres y 2 (6%) hombres habla ligeramente lento; 2 (4%) mujeres y 3 (9%) hombres habla evidentemente lento; 6 (11%) mujeres y 5 (15%) hombres presentan dificultad para expresarse; 1 (3%) hombres tiene incapacidad para expresarse, del total de 87 pacientes entrevistados.

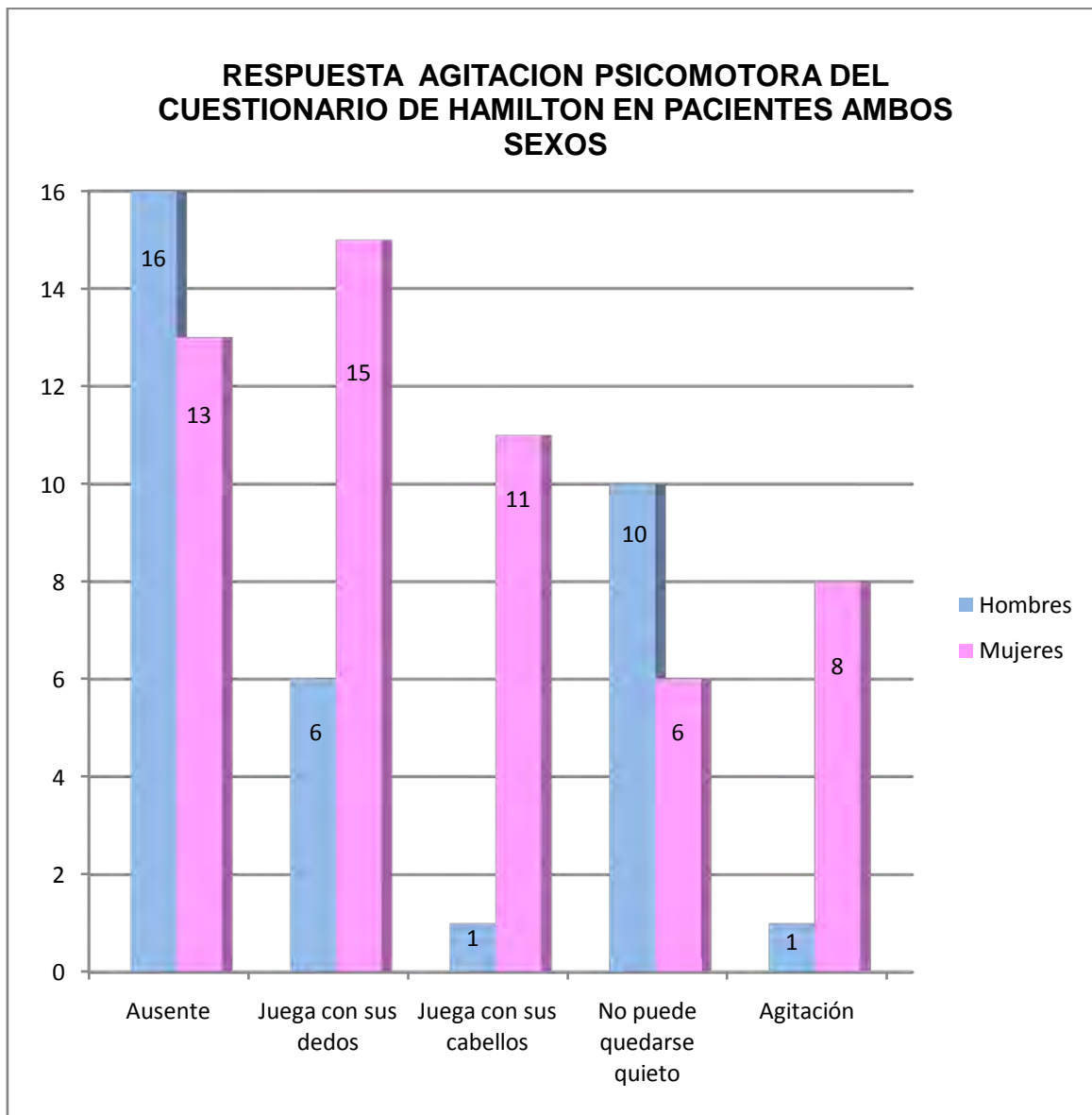
Gráfica 26



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 87 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

La pregunta nueve sobre agitación psicomotora se obtuvo lo siguiente. 13 (25%) mujeres y 16 (47%) hombres está se encuentra ausente, 15 (28%) mujeres y 6 (18%) hombres juegan con sus dedos; 11 (21%) mujeres y 1 (3%) hombres juega con sus cabellos; 6 (11%) mujeres y 10 (29%) hombres no puede quedarse quieto; 8 (15%) mujeres y 1 (3%) hombre muestra mucha agitación, del total de 87 pacientes entrevistados.

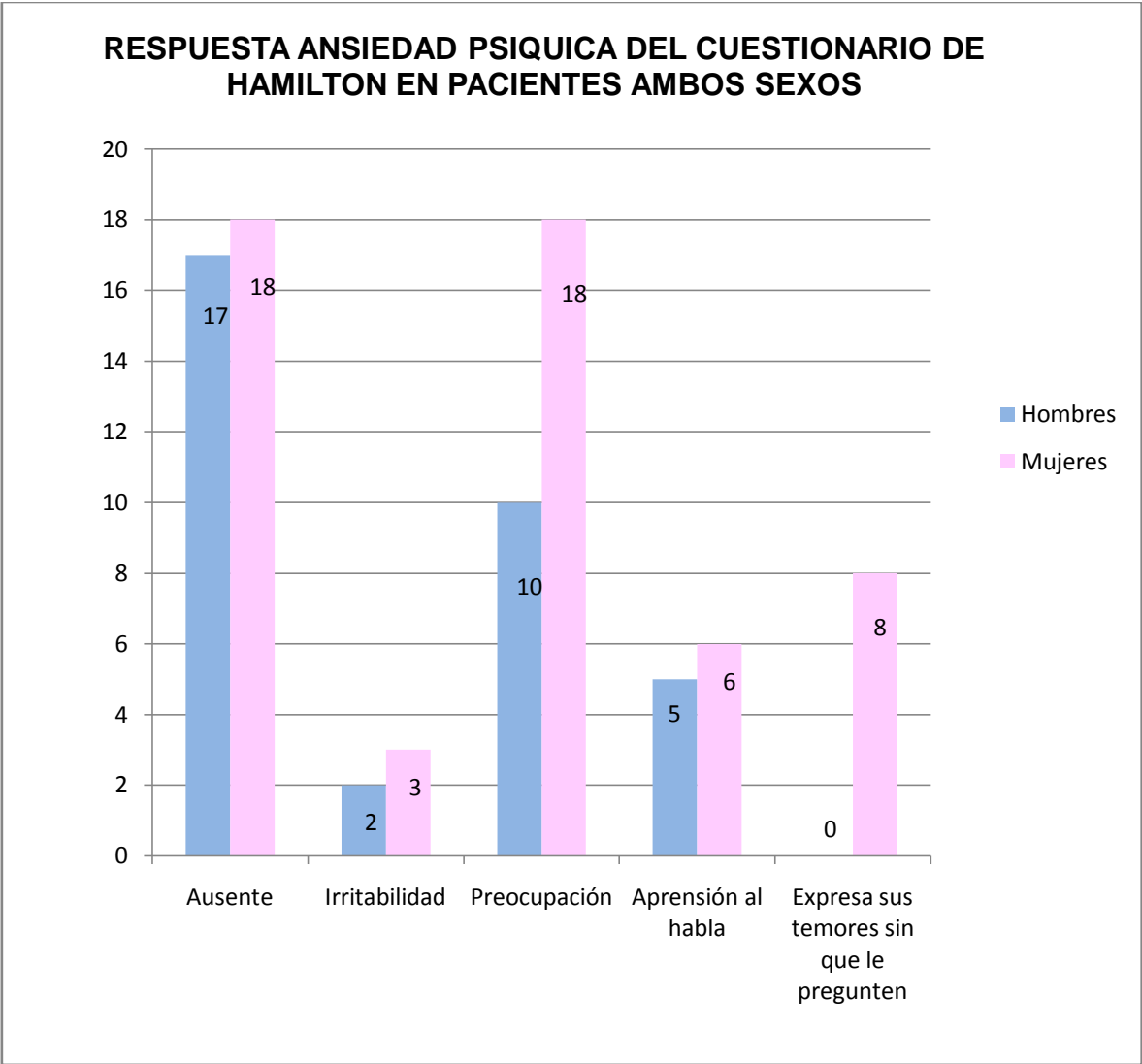
Gráfica 27



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 87 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En relación a la pregunta diez que se refiere a ansiedad psíquica se obtuvo lo siguiente: 18 (33%) mujeres y 17 (50%) hombres está se encuentra ausente; 3 (7%) mujeres y 2 (6%) hombres presentan irritabilidad; 18 (33%) mujeres y 10 (29%) hombres se preocupan por pequeñas cosas; 6 (12%) mujeres y 5 (15%) hombres tienen actitud aprensiva en la expresión o habla; 8 (15%) mujeres expresan sus temores sin que le pregunten, del total de 87 pacientes entrevistados.

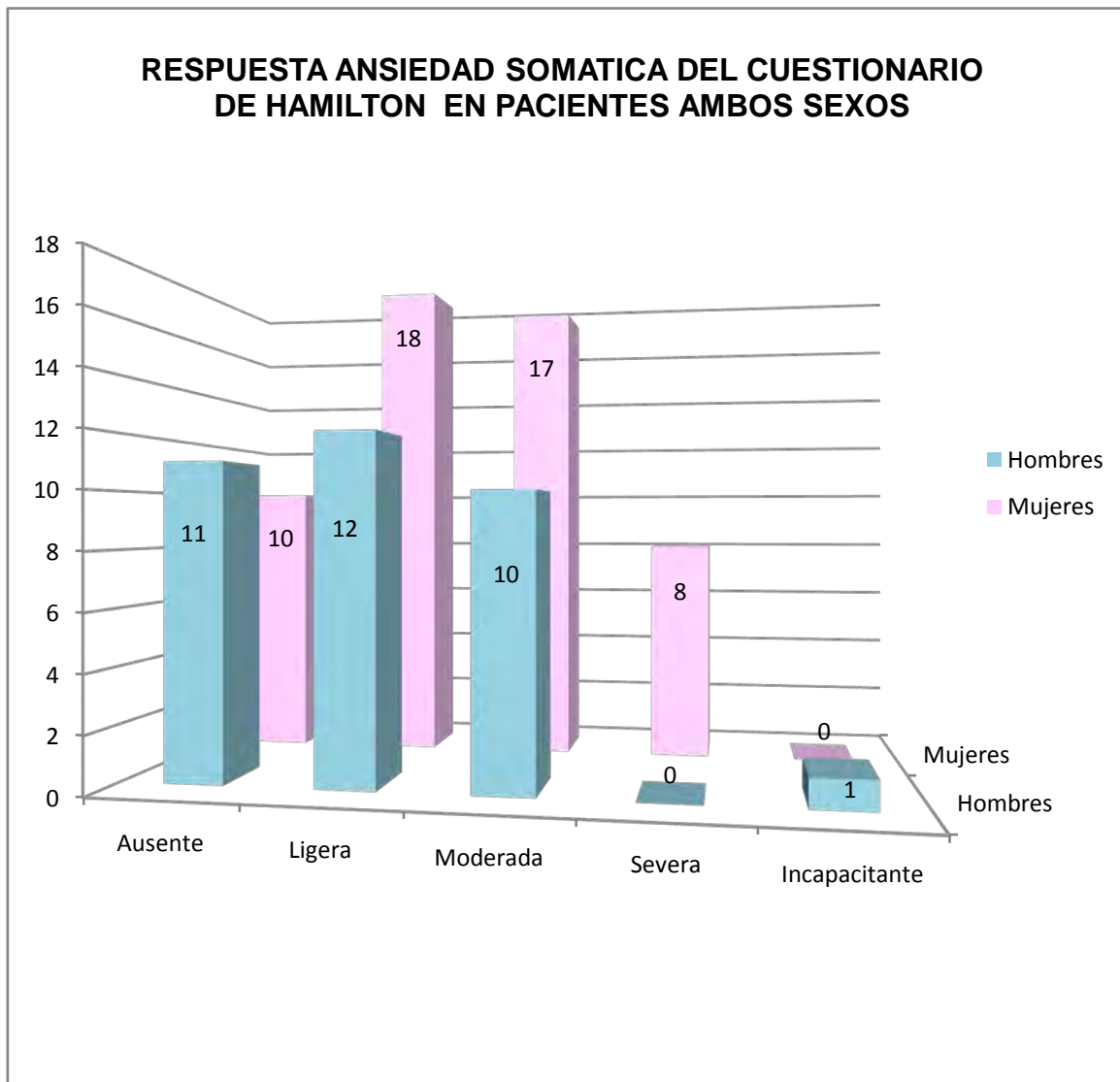
Gráfica 28



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 87 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

La pregunta once sobre ansiedad somática se observó lo siguiente: 10 (19%) mujeres y 11 (33%) hombres está se encuentra ausente; 18 (34%) mujeres y 12 (35%) hombres se encuentra ligera; en 17 (32%) mujeres y 10 (29%) hombres moderada; 8 (15%) mujeres se encuentra severa y 1(3%) hombres es incapacitante del total de 87 pacientes entrevistados.

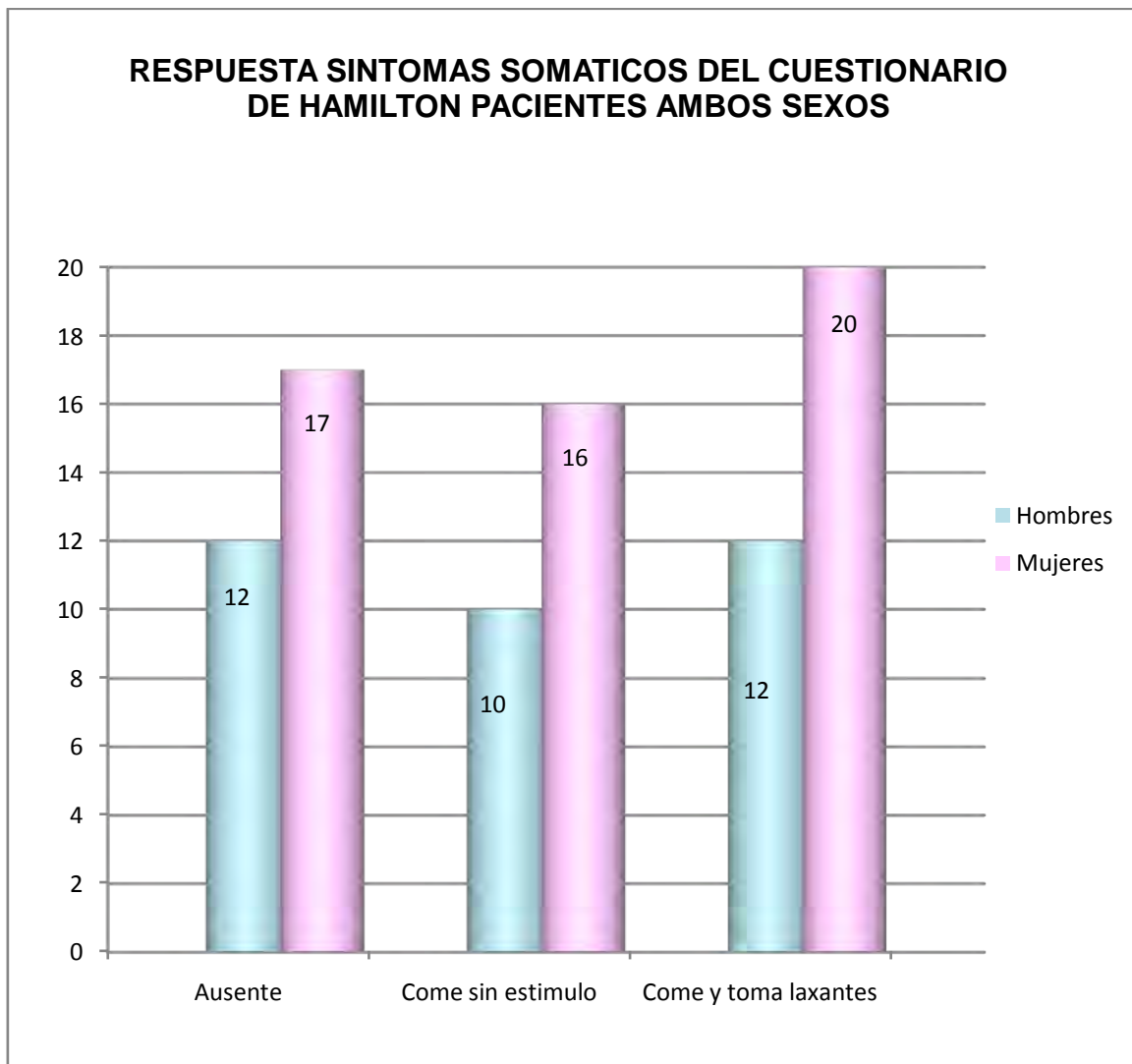
Gráfica 29



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 87 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En relación a la pregunta doce sobre síntomas somáticos se observó lo siguiente: 17 (32%) mujeres y 12 (35%) hombres estos se encuentran ausentes; 16 (30%) mujeres y 10 (30%) hombres tienen pérdida del apetito pero sin necesidad de que lo estimulen; 20 (38%) mujeres y 12 (35%) hombres come y toma laxantes del total de 87 pacientes entrevistados.

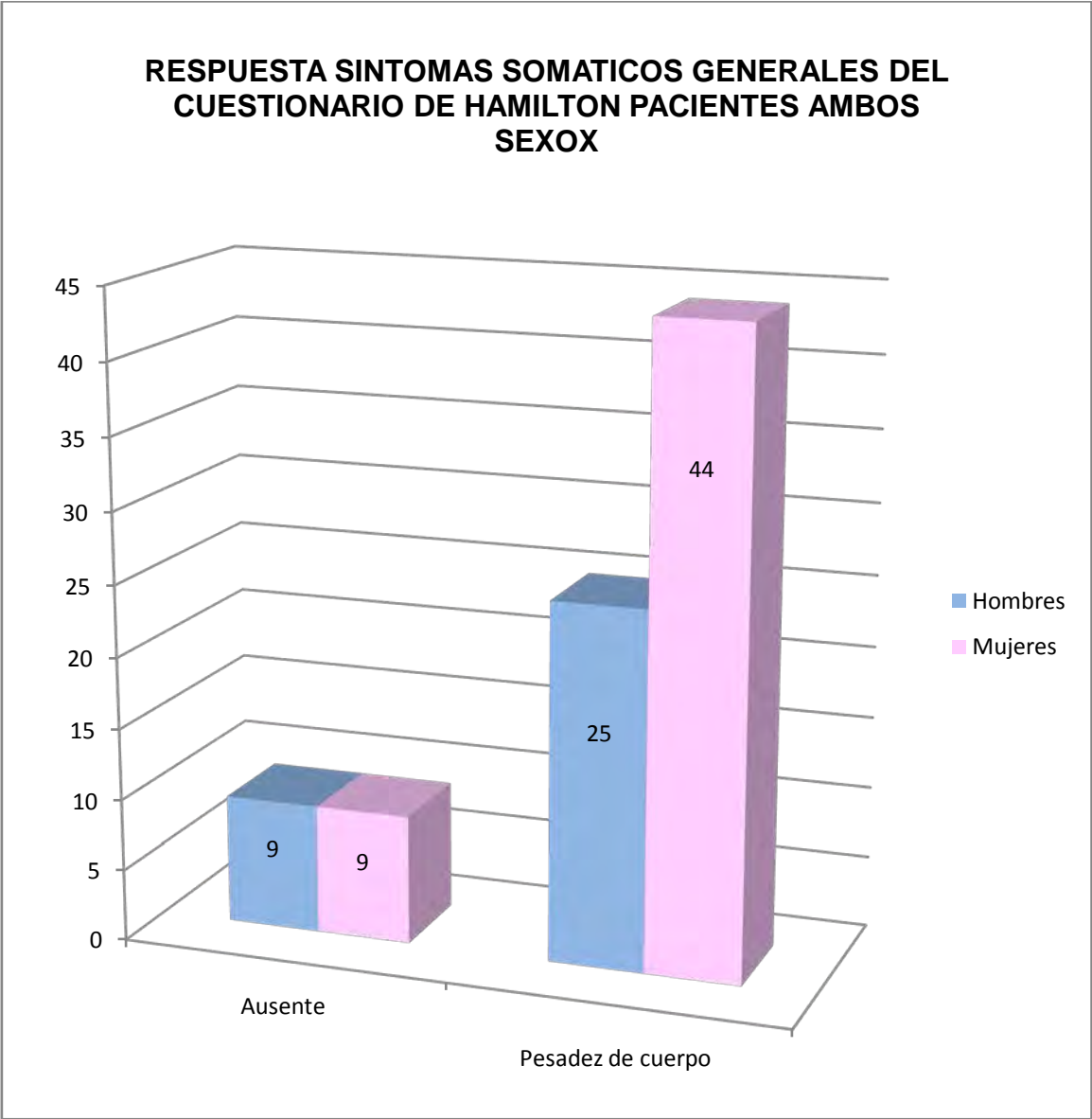
Gráfica 30



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 87 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyot

En cuanto a la pregunta trece sobre síntomas somáticos generales se observó lo siguiente: 44 (83%) mujeres y 25 (74%) hombres presentan pesadez en las extremidades, cefalea, pérdida de energía; 9 (17%) mujeres y 9 (26%) hombres está se encuentra ausente del total de nuestros 87 pacientes entrevistados.

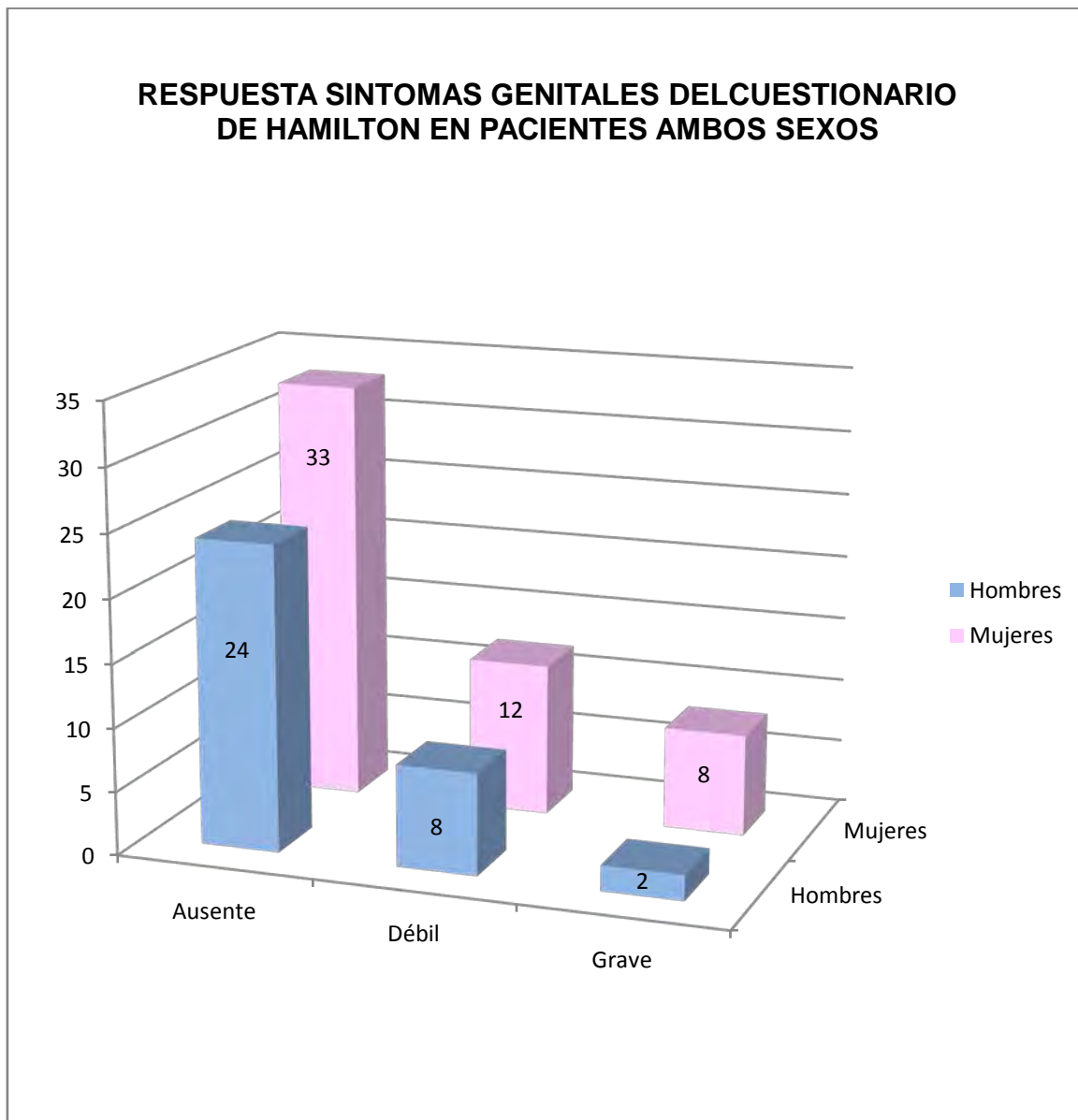
Gráfica 31



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 87 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

La respuesta catorce sobre síntomas genitales se observó lo siguiente: 33 (62%) mujeres y 24 (71%) hombres está se encuentra ausente; 12 (23%) mujeres y 8 (23%) hombres se encuentra débil; 8 (15%) mujeres y 2 (6%) hombres se encuentra grave, del total de nuestros 87 pacientes entrevistados.

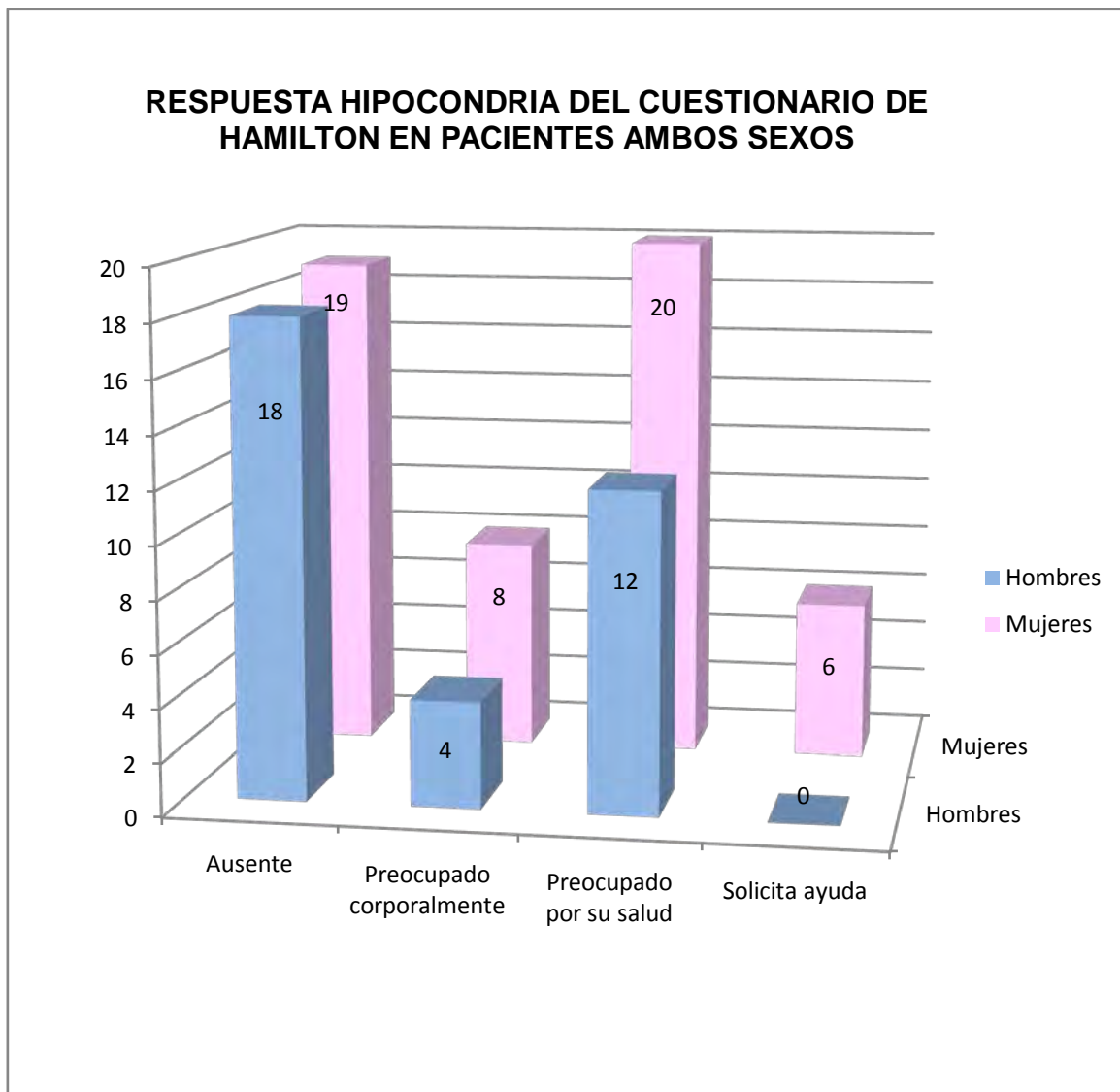
Gráfica 32



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 87 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En relación a la pregunta quince sobre hipocondría se observó lo siguiente: 19 (36%) mujeres y 18 (53%) hombres está se encuentra ausente; 8 (15%) mujeres y 4 (12%) hombres se preocupa de sí mismo (corporalmente); 20 (38%) mujeres y 12 (35%) hombres está preocupado por su salud, y sólo 6 (11%) mujeres solicita ayuda.

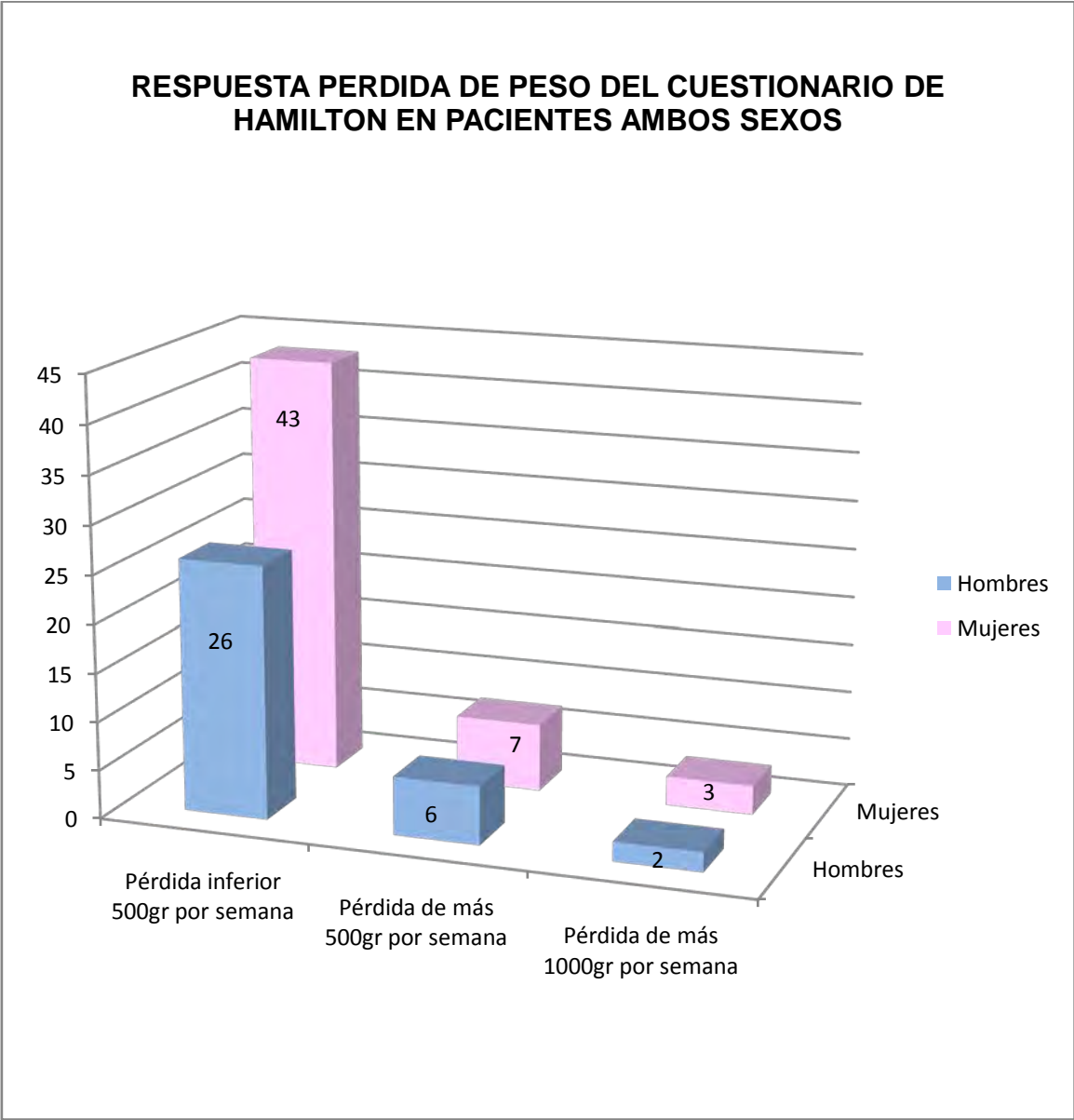
Gráfica 33



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 87 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

En relación a la pregunta dieciséis sobre pérdida de peso se obtuvo lo siguiente: 43 (81%) mujeres y 26 (76%) hombres perdió peso menos de 500 gr en 1 semana; 7 (13%) mujeres y 6 (18%) hombres perdió más de 500 gr en 1 semana; 3 (6%) mujeres y 2 (6%) hombres manifestó que perdió más de 1 kg en una semana, en total de nuestros 87 pacientes entrevistados.

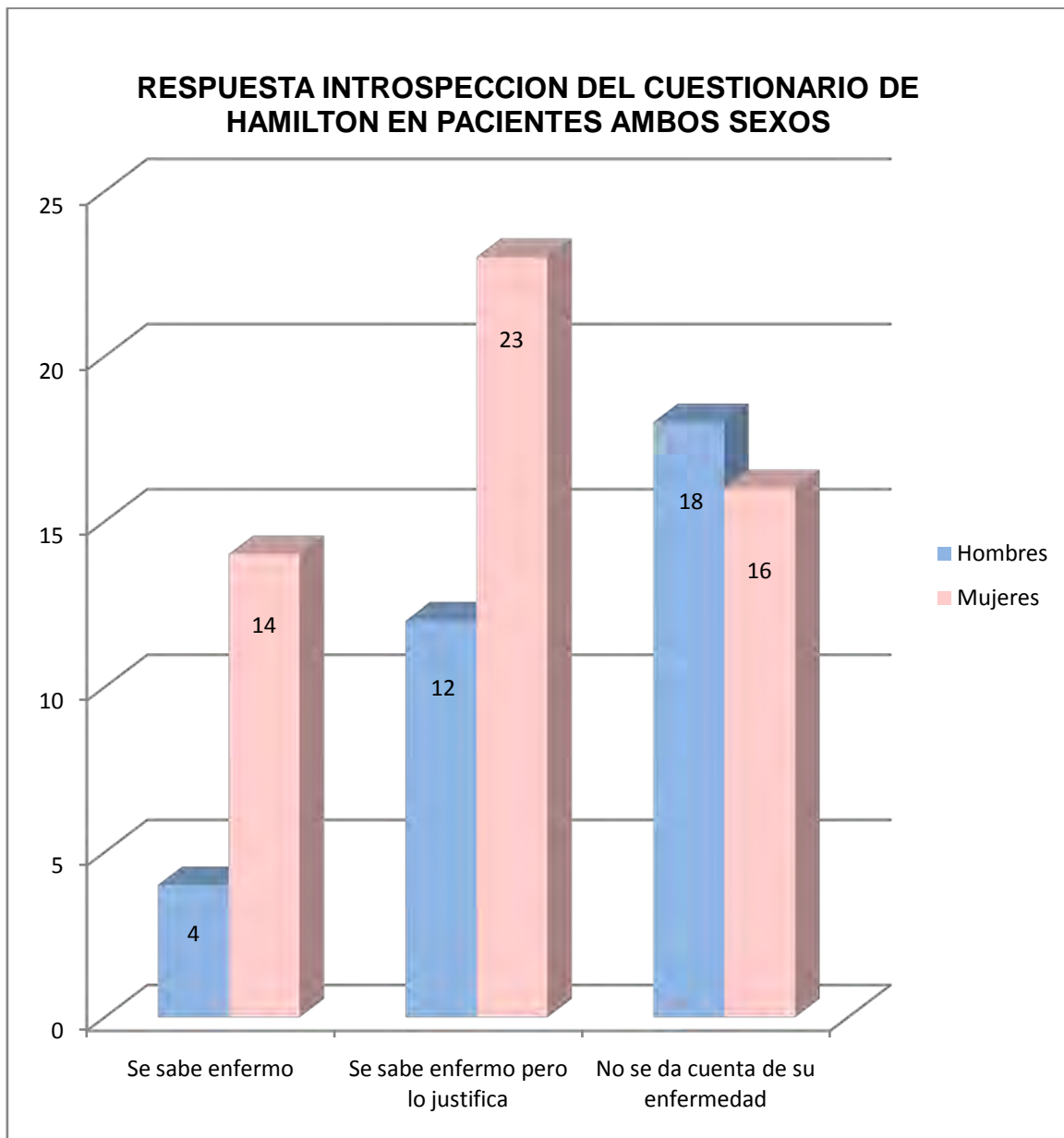
Gráfica 34



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 87 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

La pregunta numero diecisiete que se refiere a introspección se obtuvo lo siguiente: 23 (43%) mujeres y 12 (35%) hombres se da cuenta de su enfermedad pero se justifica. En 16 (30%) mujeres y 18 (53%) hombres no se da cuenta que está enfermo y en 14 (27%) mujeres y 4 (12%) hombres se sabe deprimido y enfermo de nuestros 87 pacientes entrevistados.

Gráfica 35



Fuente: cuestionario de Hamilton aplicado a 87 pacientes del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl.

8. ANALISIS DE RESULTADOS:

En los resultados obtenidos en este protocolo se observó que la mayoría de los pacientes que presentan obesidad y depresión se encuentran a partir de la cuarta década de la vida, siendo el grupo más afectado entre los 41 a 60 años, que corresponde a 24 pacientes del sexo masculino y a 30 del sexo femenino, por lo que es notorio que las mujeres se preocupan más cuando ven que algo en relación a su salud está mal, esto se corrobora con el número de total de solicitud de consultas a nivel institucional, estadística del Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcoyotl.

En relación a la edad, el grupo de 41 a 60 años es el que más frecuentemente solicita consulta ya tiene mayor productividad en relación a su actividad económica, y si su salud no es la correcta hay ausencia laboral lo que limita su economía familiar.

En cuanto a la ocupación, se observó que las personas que más acuden a solicitar consulta para su padecimiento son los servidores públicos del sexo masculino, mientras que en la mujer la ocupación que fue más preponderante es el hogar, esto va acorde al tipo de población que atiende el ISSEMYM ya que todos son trabajadores al Servicio del Estado de México lo que les permite incluir a sus familiares en la derechohabencia.

También se observó que el nivel de escolaridad más frecuente para el sexo masculino corresponde al nivel de secundaria terminada, mientras que para el sexo femenino la mayoría del porcentaje se encontró en el nivel de licenciatura.

De acuerdo al estado civil en el sexo masculino los casados presentaron el mayor número de porcentaje en esta situación de salud y este estado civil es el esperado en relación con el grupo de edad en que más se presenta. En la mujer se encontró que la casada presenta más depresión en comparación con el hombre esto va acorde con lo que menciona **el comunicado del Instituto Mexicano del**

Seguro Social: Mujeres más vulnerables a sufrir depresión: IMSS México 2012.³¹

En cuanto a una de sus principales redes de apoyo como son sus creencias se observo que para ambos sexos la religión más frecuente es la católica y esto va en relación a que esta es la más predominante en México. Y esto va acorde con lo que menciona el **Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Hombres y Mujeres en el Estado de México. 2009.**¹⁴

Finalmente en este estudio se encontró que el número de pacientes que presentaron mayor porcentaje de obesidad se encuentra en el sexo femenino, ya que es este grupo él que acude más a la institución para solicitar servicio médico. Esto se corrobora con las estadísticas del Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcoyotl. Cabe mencionar que **la Encuesta Nacional de Salud en su última versión del 2012**¹² también establece que el sexo femenino tiene un ligero porcentaje mayor de obesidad en comparación con el sexo masculino. Los dos géneros estudiados se encontraron de acuerdo a la clasificación de la Organización Mundial de la Salud en clase I de obesidad.

En relación a la depresión encontramos que en el sexo masculino la mayoría de los pacientes que se entrevistaron no presento depresión y sólo 7 pacientes presentaron depresión muy severa. En el sexo femenino se encontraron 3 porcentajes con el mismo valor en relación con la depresión, uno de ellos con depresión severa, el otro con depresión moderada, y el último sin depresión, por lo que llama la atención que el sexo femenino tiende más fácilmente a deprimirse cuando su aspecto físico no va acorde con lo que le gustaría tener. **Como lo refieren los artículos Aspectos psicológicos de la obesidad de Silvestri E. 2005.**⁵¹ **El rol del psicólogo en la cirugía bariátrica de Rios MB, Sánchez RM 2010.**⁴⁴ **Depresión en pacientes de la unidad de Medicina Familiar 19 con diagnostico de sobrepeso y obesidad, de Ceja EG, Vizcaino OF, Tapia VR, Cadena FJ, Baltazar, RL. 2010.**⁴⁷

De acuerdo a las preguntas de la escala de Hamilton se encontró que en relación al tipo de humor depresivo en el hombre se encuentra ausente; mientras que en la mujer la respuesta más frecuente es que lo expresan solamente si se les pregunta de manera directa ¿cómo se sienten?, como se **menciona en el comunicado del Instituto Mexicano del Seguro Social: Mujeres más vulnerables a sufrir depresión: IMSS México 2012³¹**, en el cual refiere que las mujeres expresan su emoción y tienden fácilmente a presentar humor depresivo en contraparte con el varón que realmente no lo siente, lo que además en este estudio se confirma ya que en el hombre la respuesta menos frecuente es que lo manifiesta en forma espontánea.

En respuesta al sentimiento de culpa, se encontró que en ambos sexos lo más frecuente es que este se encuentre ausente, sin embargo en el sexo femenino manifiesta que a pesar de todo sí medita sobre las emociones del pasado o malas acciones. Este tipo de respuesta está de acuerdo con la categoría I que establece **la revista de especializada medico quirúrgicas 2009 No 14 Vol. 4¹** en donde dice que el paciente al no hacer caso a esta patología se establece en una respuesta agresión/pasiva.

En relación a las ideas suicidas, tanto en el hombre como en la mujer la respuesta más frecuente es que se encuentran ausentes, sin embargo en el sexo masculino llama la atención el hecho que la segunda respuesta más frecuente fue la que le parece que la vida no vale ser vivida, sin embargo en esta misma población en estudio en el sexo masculino no se encontró intento suicida, mientras que en las mujeres si hubo 3 pacientes con intento suicida, lo que va acorde con la bibliografía Nacional e Internacional en donde habla en que la mujer tiende más a intento suicida, pero los que realmente lo concretan es el sexo masculino. **Como lo menciona el artículo de Borges, Orozco Benjet y Medina. Suicidio y conductas suicidas en México retrospectiva y situación actual.2010³⁴**. Y esto también va acorde con los datos reportados por el **Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Mujeres y Hombres en el estado de México 2009¹⁴**.

En la respuesta cuatro sobre insomnio precoz se encontró que en ambos sexos la respuesta más frecuente es que tienen dificultad ocasional para dormir. En la pregunta cinco sobre insomnio intermedio se encontró que en ambos sexos realmente no hay problema en esta área. En la pregunta seis sobre insomnio tardío el resultado para ambos sexos es que no se encuentra presente. Esto va de acuerdo con la literatura nacional en el que se establece que la obesidad no tiene relación con el insomnio como lo menciona **Morales G.J. Obesidad: un enfoque multidisciplinario. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, 2010⁷.**

En la pregunta siete, en ambos sexos contestaron que a pesar de su obesidad no hay dificultad para realizar su trabajo y actividades, sin embargo en las mujeres la segunda respuesta más frecuente es que en ellas se encontró que si hay pérdida de interés en su actividad por indecisión o vacilación. Esto está en contradicción con lo encontrado **por Ríos Martínez Blanca en su artículo, Ansiedad y calidad de vida en el paciente obeso 2008³⁹**, en donde se manifiesta que si tienen problemas para participar en actividades. Así como también lo refiere **Morales G.J en su bibliografía Obesidad: un enfoque multidisciplinario. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Pachuca, Hidalgo, México 2010⁷.**

En la pregunta ocho sobre inhibición psicomotora ambos sexos se perciben sin problemas para ello.

En la pregunta nueve sobre agitación psicomotora en el sexo masculino la respuesta más frecuente es que no tiene ninguna anormalidad, mientras que en el sexo femenino la respuesta más frecuente es que tiende a jugar con sus dedos. A pesar de no hablarlo existe una comunicación no verbal (analógica) como lo menciona **José Luis Huertas González, en su bibliografía Medicina Familiar. La familia en el proceso salud enfermedad 2005⁵³** primer axioma de la comunicación no es posible no comunicarse, desde el primer instante en que dos o más personas interaccionan, todo es comunicación: sus gestos, palabras,

silencios, presencia o ausencia.

En relación a la pregunta diez sobre ansiedad psíquica se encontró que en ambos sexos no presentan dificultad psíquica.

La pregunta once relacionada con ansiedad somática en ambos sexos, la respuesta más frecuente fue que la presentan en forma muy ligera, ya que sólo en forma ocasional presenta sequedad de boca, diarrea o hiperventilación.

La pregunta doce que se refiere a síntomas gastrointestinales la respuesta más frecuente para el sexo femenino es de que presentan dificultad para comer y en caso de que se les insista normalmente utilizan laxantes esto es lo esperado ya que las mujeres disminuyen esta sensación de haber comido demasiado si evacuan rápidamente. **Esto se corrobora con lo que menciona Notimex: preocupa al IMSS sobrepeso en Tlaxcala 2008⁴⁹**. En el sexo masculino hay dos respuesta con el mismo número de frecuencia en una hacen el mismo procedimiento descrito por el sexo femenino y en la otra niega cualquier síntoma gastrointestinal.

La pregunta trece que nos habla sobre síntomas generales la respuesta más frecuente para ambos sexos es que generalmente presentan pesadez de las extremidades, dolor de espalda, pérdida de energía fácilmente fatiga si consideramos que su estructura ósea de acuerdo a su talla no está preparada para cargar ese índice de masa corporal y aumento del trabajo cardiovascular, esto sería lo más esperado **como se establece en el marco teórico**.

En respuesta a la pregunta catorce sobre síntomas genitales como disminución de la libido o trastornos menstruales de acuerdo al sexo en ambos grupos se encontró que estas están ausentes. Lo que está en contradicción con la bibliografía de **Morales un enfoque multidisciplinario. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 1era edición 2010⁷**, en donde se manifiesta que

normalmente las personas con obesidad presentan trastornos en su vida sexual.

La pregunta quince con respecto a síntomas de hipocondría en el sexo masculino la respuesta más frecuente es que se encuentra ausente, y en el sexo femenino la respuesta más frecuente es que si la presentan por que se encuentra muy preocupada por su salud.

La pregunta dieciséis sobre pérdida de peso en ambos sexos se encontró que ninguno perdió peso, esta respuesta es lo esperado ya que la escala de Hamilton esta realizada para investigar propiamente depresión y en este estudio se está estudiando esta en relación con la obesidad.

En la pregunta diecisiete en la que habla de introspección en el sexo masculino la respuesta más frecuente es que no se da cuenta de que está enfermo mientras que en las mujeres la respuesta más frecuente es que si saben que están enfermas pero lo atribuyen a la mala alimentación, exceso de trabajo o necesidad de descanso. Estas respuestas influyen en la ansiedad de la paciente y en consecuencia con él aumento de la ingesta de alimentos. Lo cual está en relación con la investigación hecha por Angélica Luckie¹ sobre obesidad trascendencia y repercusión.

9. CONCLUSIONES.

Aunque la obesidad es una condición individual se ha convertido en un problema de salud pública mundial que se ha ido incrementando al pasar de los años por el impacto que ha tenido en la esperanza y calidad de vida.

Existen muchas investigaciones que demuestran la relación que tiene la obesidad con complicaciones médicas: como la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, problemas óseos entre otras; sin embargo poco se sabe sobre la relación que tiene esta enfermedad y los problemas psicológicos.

Es de llamar la atención como los medios de comunicación tienen una fuerte influencia sobre esta patología ya que mucho de su tiempo se utiliza en la promoción de alimentos con bajo contenido proteico, y alto contenido calórico. Además la actividad física se ha visto muy disminuida ya que los adultos utilizan con demasiada frecuencia los vehículos motorizados como medios de transporte evitando desplazarse con sus propios medios. Esto también es alarmante cuando vemos que esta condición se inicia desde la etapa infantil, ya que actualmente los juegos de este ciclo vital han cambiado y ahora son de tipo tecnológico con abuso de la televisión y los video-juegos, lo que ha traído como consecuencia que México ocupe el primer lugar de obesidad infantil.

En este estudio se observó que el mayor porcentaje de los pacientes estudiados se encontró en obesidad grado I. Y el sexo en que más se encontró esta patología fue en el femenino. Siendo la edad en que más se presentó de 41 a 60 años.

Por género la ocupación en la que más se presentó en el caso de las mujeres es el hogar y en el hombre servidor público. Llamando la atención que para las mujeres la escolaridad que con más frecuencia presentó esta patología fue con licenciatura completa, mientras que en el sexo masculino fue el de secundaria completa.

En cuanto al estado civil en ambos géneros los casados son los que la presentaron con más frecuencia. Y la religión católica en ambos sexos fue la más frecuente.

Finalmente se encontró que no todo paciente con obesidad presenta depresión, en este estudio se observó que el 28% de la población en este estudio no presentó depresión, el 19% presento depresión ligera, 21% depresión moderada, 10% depresión severa y 22% depresión muy severa.

Es por esto que es necesario iniciar las medidas de prevención desde el inicio de la edad preescolar, con una gran influencia sobre el nivel familiar y comunitario para influenciar en la actividad física, dieta, la frecuencia y cantidad del consumo de alimentos.

Si tomamos en consideración que estas dos patologías: la obesidad y la depresión son un problema multifactorial; en donde una influye a la otra y viceversa es importante que el médico familiar vea al paciente en forma integral, ya que actualmente la modernidad ha modificado los estilos de vida en las familias así por ejemplo tenemos el hecho de que la mujer se ha integrado a la actividad laboral lo que disminuye los tiempos de permanencia en casa lo que resulta el uso y abuso de la comida rápida que es fortalecido por los medios de comunicación que inducen al consumo de alimentos chatarra así como la preferencia de sabores dulces y alto contenido energético.

También la urbanización ha incrementado el sedentarismo de nuestras familias, ya que los recorridos laborales y/o escolares son muy extensos lo que obliga a un transporte motorizado y el aumento de la ideología del mínimo esfuerzo, lo que hace que la mayoría de los pacientes abandonen de forma rápida el tratamiento ya que requiere de un compromiso individual para el aumento de la actividad física y un régimen dietético adecuado.

Por estas causas es indispensable que los pacientes sean valorados y tratados de manera individual para realzar cambios en los estilos de vida en los que se deben de implementar una dieta adecuada, aumento de la actividad física, apoyo psicológico en el que es necesario disminuir el sentimiento de culpa al abuso de los alimentos para evitar los atracones bajar de peso y disminuir los rebote.

RECOMENDACIONES.

La situación de salud pública en México por la obesidad nos ha hecho llegar a tener el primer lugar infantil y en el adulto de esta patología por lo que es urgente incidir en ella, por lo que consideramos necesario:

1. Que el Médico Familiar como experto en el área de comunicación brinde a estos pacientes apoyo, información y educación para fortalecer y facilitar las expresiones de la emoción y conflicto por parte del paciente.
2. Mejorar su autoestima especialmente a lo que se refiere a su esquema corporal.
3. Mejorar su auto-eficacia, ya que las consecuencias de las personas estigmatizadas por la obesidad puede ser el aislamiento que contribuye a la depresión y al sobrepeso.
4. Que el Médico familiar trabaje como líder de un equipo multidisciplinario, en el que debe comprometerse al psicólogo, cardiólogo, médico internista, bariatra, para tratar en forma integral al paciente.
5. Formación de grupo de autoayuda.
6. Valorar al paciente en forma individual sin olvidar que forma parte de un grupo familiar en el cual hay retroalimentación de estilos de vida, lo que hace necesario trabajar con su microambiente.

10. BIBLIOGRAFIA:

1. Luckie, DA., Cortés, VF., Ibarra, SM. (2009). Obesidad: trascendencia y repercusión médico-social. *Revista de especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14(4): 191-201
2. Díaz, GD. Obesidad. (2007). El antiguo mal recién descubierto: Colegio Mexicano de Bariatria. Comité Mexicano de Recuperación Biológica y aterosclerosis.
3. Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2010). Secretaría de Salud. 27 (43): 1- 28
4. Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad.
5. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Sobrepeso y la Obesidad Exógena. México, Secretaría de Salud. Actualización 2012
6. Organización Mundial de la Salud. (2012, mayo). Obesidad y sobrepeso. Nota descriptiva No 311
7. Morales, G.J. (2010). Obesidad: un enfoque multidisciplinario. 1ª ed. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. pp. 75-305
8. Medina, LJ., Morey, VO., Zea, DH., Bolaños, SJ., Corrales, MF., Cuba, BC., "et al". (2006). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población Adulta de Arequipa Metropolitana: Resultados del Estudio Preventivo. *Rev. Peruana de Cardiología* Vol. XXXII(3)
9. Ibañez, L. (2007). El problema de la obesidad en América Latina. *Rev. Chilena de Cirugía* 59(6): 399-400

10. Gutiérrez, H., Mariscal, M., Ayala, MC., Almanzor, PP. Gama, V., Lara, G. (2010). Sobrepeso y Obesidad: Diez problemas de la población de Jalisco: una perspectiva socio-demográfica 2010. 13-35
11. González, JA., Ceballos, GM., Méndez, B. (2010). Obesidad: más que un problema de peso. Rev. de Divulgación científica y tecnológica de la Universidad Veracruzana Vol. XXIII N 2. http://www.uv.mx/ciencia_hombre/reviatae/vol23num2/articulos/obesidad.
12. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados nacionales. Instituto Nacional de Salud Pública. 1ra edición 2012, Cuernavaca, Morelos, México.
13. Córdova, VJ., Barriquete, MJ., Rivera, MM., Lee, GM., Mancha, MC. (2010) Sobrepeso y obesidad. Situación actual y perspectiva. Acta Médica Grupo Ángeles. 8 (4): 202- 207.
14. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. (2009). Mujeres y Hombres en el Estado de México.
15. Barrera, JM. (2012, 11 noviembre), Alerta Ssa por alza de obesidad en menores en Estado de México. El Universal. Recuperado el 26 de enero de 2013 de <http://www.eluniversal.com.mx/ciudad/114144.html>.
16. Fabián, DJ., Andrea, SM., Mascoski, J. (2007). Obesidad: una epidemia en aumento. Revista de Posgrado de la VIa Catedra de Medicina No172. pp.12-15
17. González, JE. (2012). Obesidad: análisis etiopatogénico y fisiopatológico. Endocrinol-Nutr. <http://dx.doi.org/1016/j.endonu.2012.03.006>
18. Delbono, M., Chaftare, Y., Perez, L., et al. (2009) Manual Práctico de obesidad en el adulto. Atención primaria 2009. Comisión Honoraria para la salud cardiovascular. Montevideo: Uruguay. pp 8-30.

19. Arellano, MS., Basterrachea, SR., Bourges, RH., Calzada, LR., Dávalos, IA., García, GE., "et al". (2004). La obesidad en México. Posición de la Sociedad Mexicana de Nutrición y Endocrinología. Grupo para el estudio y tratamiento de la obesidad. Rev. Endocrinología y Nutrición, 12(3): 580-587
20. Álvarez, V. (2012). Tratamiento farmacológico de la obesidad. Rev. Med. Clín. Condes; 23(2): 173-179
21. Díaz, JL., Torres, LV., Urrutia, ZE., Moreno, PD., Font, DI., Cardona, MM. (2006) Factores psicosociales de la depresión. Revista cubana Med. Milit. 35(3):1-7
22. Lizondo, G, Llanque, C. (2008). Depresión. Revista Papeña de Medicina Familiar; 5(7) p 24-31
23. Organización Mundial de la Salud (2012, Octubre). Día Mundial de la Salud mental.
24. Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo. México: Secretaría de Salud. 2009
25. American Psychiatric Association. (1995). Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales 4ª ed. España: Masson.
26. Ministerio de Salud. (2009). Guía Clínica. Tratamiento de personas con depresión. Santiago: Minsal.
27. Enríquez, BJ., González, BF; Manríquez, GP., Rivera, CA., Pérez, CM., Mendoza, TM. (2010). Prevalencia de depresión en usuarios de los servicios ambulatorios de salud en el estado de Guanajuato. Pensamiento psicológico. 7 (14): 53-61
28. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. Secretaría de Salud. México. 1era edición 2007. p34.

29. Instituto Nacional de las Mujeres. (2006). México. Panorama de la Salud Mental de las Mujeres y Hombres. (www.inmujeres.gob.mx)
30. Bello, M., Puentes, RE, Medina, MM. Lozano, R. (2005) Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud pública de México. 46 (1):4–11.
31. Instituto Mexicano del Seguro Social. Mujeres, más vulnerables a sufrir depresión: IMSS. Coordinación de Comunicación Social. México. Jul.2012 No.069.
32. Wagner, F., González, C., Sánchez, S., García, C, Gallo, J. (2012). Enfocando la depresión como problema de salud publica en México. Salud mental 35 (1): 3-11
33. Borges, G., Medina, MM., Orozco, R., Queda, C., Villatoro J., Fleiz,C. (2009). Distribución y determinantes sociodemográficos de la conducta suicida en México. Revista Salud Mental; 32:413-425
34. Borges, G., Orozco R., Benjet C., Medina MM. (2010). Suicidio y conductas suicidas en México: retrospectiva y situación actual. Revista Salud Pública de México 52(4): 291-304.
35. Ríos, L. (2003, 23 de noviembre). Se disparan las enfermedades mentales. Vértigo.
36. Ferri FF. Nuevo consultor clínico de medicina interna. Claves diagnosticas y tratamiento. España. Oceano Mosby.
37. Alberti, SJ., Taboada, O., Castro, DC., Vázquez, VC. (2006). Depresión. Guías clínicas; 6(11). Coruña – España. pp. 1-6

38. Bravo, TA., Espinosa, RT., Mancilla, AL., Tello, RM. (2011) Rasgos de personalidad en pacientes con obesidad. Enseñanza e investigación en psicología. Universidad del Valle de México. 16(1):115-123
39. Ríos, MB., Rangel, GA, Alvarez, R., Castillo, FA., Ramírez, G., Pantoja JP, et al. (2008). Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. Acta Médica Grupo Ángeles. 6(4): 147-153
40. Causada la depresión también por obesidad: IMSS. El observador <http://www.elobservador.mx/index.php/chihuahua/10682-causada-la-depresion-tambien-por-obesidad-imss?format=pdf>
41. Lara A. (2007, 09 mayo). Cuidado con la obesidad: El Universal. <http://www.eluniversal.com.mx/articulos/39867.html>.
42. Fauci AS, Braunwald E, Haug Jameson JL, Loscalzo J. Editores Harrison. Principios de Medicina Interna. 14ª ed. México: MacGraw Hill. 2000.
43. Casillas, EMA., Montañó, CN., Reyes, VV., Bacardi, Jimenez CA. (2006). A Mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal. Rev. Biomed; 17: 243-249.
44. Ríos, MB., Sánchez, RM., Guerrero, HM., Pérez, CD., Gutiérrez, PS., Rico, RM., Balsa, FM., Villalpando, UJ., De la Cerda, C., Silva, SS., et al. (2010). El rol del psicólogo en la cirugía bariátrica. Cirujano General, 32(2): 114-120
45. Alvarado, A., Guzmán, E., González, M. (2005). Obesidad: ¿Baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. Revista Científica de América Latina y el Caribe. 10(002): 417-428
46. Villaseñor, BS., Ontiveros, EC., Cárdenas, CK. (2006). Salud mental y obesidad. Investigación y salud. III (2). México. 86-90.

47. Ceja, EG., Vizcaíno, OF., Tapia, VR., Cárdenas, FJ., Baltazar, RL., Montero, CS. (2010). Depresión en pacientes de la Unidad de Medicina Familiar 19 con diagnóstico de sobrepeso y obesidad. Rev. Cubana. 237-243
48. Bersh, S. (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. Rev. colombiana de psiquiatría. XXXV (004): 537-546.
49. Preocupa al IMSS sobrepeso de mujeres en Tlaxcala. Notimex 09 julio 2008. [http://www.universomedico.com.mx/./preocupa-al-imss-sobrepeso - de -mujeres-en-Tlaxcala.html](http://www.universomedico.com.mx/./preocupa-al-imss-sobrepeso-de-mujeres-en-Tlaxcala.html).
50. Rivera M. un estudio relaciona por primera vez la depresión y la obesidad desde un punto de vista genético. Universia. Universidad de Granada 09/02/12
51. Silvestri, E., Stavile, A. (2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. Posgrado en obesidad a distancia- Universidad Favaloro. Córdoba capital. Pag. 1- 35.
52. Lora CC, Saucedo MT.(2006). Conductas alimentarias de riesgo e imagen corporal de acuerdo al índice de masa corporal en una muestra de mujeres adultas de la Ciudad de México. Salud mental, 29 (3)
53. Huerta, GJ. (2005). Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. Editorial Alfil. México 1ra ed.
54. Cestero, MA. (2006). La comunicación no verbal y el estudio de su incidencia en fenómenos discursivos como la ironía. ELUA; pp. 57-77
55. González, CP. (2011). El apoyo familiar en la adherencia al tratamiento nutricional del paciente con diabetes mellitus tipo 2 (DM2). Universidad de Guadalajara Waxapa. Año 3; 2(5): 102-107

11.0 ANEXOS:

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACION EN EL PROYECTO DE INVESTIGACION DE TITULACION.

LUGAR Y FECHA _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado La relación entre obesidad con síndrome depresivo en pacientes adultos en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMyM Nezahualcoyotl.

Declaro que se me ha informado que mi participación consistirá en responder a las preguntas que el investigador me realizará, se ha informado sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio. El investigador se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier duda que surja durante mi participación.

Tendré el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere inconveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el ISSEMyM (Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios).

El investigador me da dado seguridad de que no se me identificara en la publicación que derive este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial.

FIRMA

TESTIGO

ANEXO 2 CUESTIONARIO DE DEPRESION HAMILTON

TEMA: La relación entre obesidad y síndrome en pacientes adultos en la consulta externa del Hospital Regional ISSEMYM Nezahualcoyotl:

- | | |
|-----------------|---------------------|
| 1. Edad: | 2 Sexo.: |
| 3 Peso: | 4. Talla: |
| 5 Ocupación: | 6 Nivel de estudios |
| 7 Estado civil. | 8. religión |

Lea con cuidado cada tema y marque solo una puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, por favor no deje de contestar ningún tema. De ante mano gracias.

1. Humor depresivo, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad:

0. Ausente
1. Estas sensaciones las expresa solamente si le pregunta cómo se siente.
2. Estas sensaciones las relata espontáneamente
3. sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial; postura, voz, tendencia al llanto.
4. manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal de forma espontánea

2. Sentimientos de culpa:

0. ausente
1. se culpa a sí mismo, cree haber decepcionado a la gente.
2. Tiene ideas de culpabilidad, o medita sobre errores pasados o malas acciones.
3. Siente que la enfermedad actual es un castigo.
4. Oye voces acusatorias o de denuncias y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza

3. Suicidio:

- 0. Ausente
- 1. Le parece que la vida no vale la pena ser vivida
- 2. Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse
- 3. Ideas de suicidio o amenazas
- 4. Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz:

- 0. No tiene dificultad
- 1. Dificultad ocasional para dormir, por ej. Más de media hora el conciliar el sueño.
- 2. Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio:

- 0. No hay dificultad
- 1. Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
- 2. Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío:

- 0. No hay dificultad
- 1. Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir.
- 2. No puede volver a dormirse si se levanta de la cama.

7. Trabajo y actividades:

0. No hay dificultad
1. Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)
2. Perdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)
3. Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad.
4. Dejo de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, no puede realizar estas sin ayuda

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora):

0. Palabra y pensamiento normales
1. Ligeramente retrasado en el habla
2. Evidente retraso en el habla
3. Dificultad para expresarse
4. Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora

0. Ninguna
1. Juega con sus dedos
2. Juega con sus manos, cabello, etc
3. No puede quedarse quieto ni permanecer sentado
4. Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios.

10. Ansiedad psíquica:

0. No hay dificultad
1. Tensión subjetiva e irritabilidad
2. Preocupación por pequeñas cosas
3. Actitud aprensiva en la expresión o en el habla
4. Expresa sus temores sin que le pregunten

11. Ansiedad somática: (signos de ansiedad, sequedad de boca, diarrea, eructos, palpitaciones, cefalea, hiperventilación, suspiros, sudoración)

0. Ausente
1. Ligera
2. Moderada
3. Severa
4. Incapacitante.

12. Síntomas somáticos (gastrointestinales):

0. Ninguna
1. pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen
2. dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales.

13. síntomas somáticos generales:

0. ninguno
1. pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias, cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad.

14. Síntomas genitales (tales como disminución de la libido (falta de apetito sexual); en las mujeres puede presentarse también trastornos menstruales, etc)

- 0. Ausente
- 1. Débil
- 2. Grave

15. Hipocondría:

- 0. ausente
- 1. preocupado de sí mismo (corporalmente)
- 2. preocupado por su salud
- 3. se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso:

- 0. pérdida de peso inferior a 500 gr en una semana
- 1. pérdida de más de 500gr en una semana
- 2. pérdida de más de 1 kg en una semana

17. introspección:

- 0. se da cuenta que está deprimido y enfermo
- 1. se da cuenta de su enfermedad pero atribuye a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.
- 2. No se da cuenta que está enfermo.

ANEXO 3 DECLARACION DE HELSINKI.

INTRODUCCION.

1. La Asociación Médica Mundial ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos que sirvan para orientar a los médicos y a otras personas que realizan investigación médica en seres humanos. La investigación médica en seres humanos incluye la investigación del material humano o de información identificables.
2. El deber del médico es promover y velar por la salud de las personas. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.
3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente" y el Código Internacional de Ética Médica afirma que. "El médico debe actuar solamente en el interés del paciente al proporcionar atención médica que pueda tener el efecto de debilitar la condición mental y física del paciente".
4. El progreso de la medicina se basa en la investigación, la cual, en último término, tiene que recurrir muchas veces a la experimentación en seres humanos.
5. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.
6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es mejorar los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos y también comprender la etiología y patogenia de las enfermedades. Incluso, los mejores métodos preventivos, diagnósticos y terapéuticos disponibles

deben ponerse a prueba continuamente a través de la investigación para que sean eficaces, efectivos, accesibles y de calidad.

7. En la práctica de la medicina y de la investigación médica del presente, la mayoría de los procedimientos preventivos, diagnósticos y terapéuticos implican algunos riesgos y costos.
8. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales. Algunas poblaciones sometidas a la investigación son vulnerables y necesitan protección especial. Se deben reconocer las necesidades particulares de los que tienen desventajas económicas y médicas. También se debe prestar atención especial a los que no pueden otorgar o rechazar el consentimiento por sí mismos, a los que pueden otorgar el consentimiento bajo presión, a los que no se beneficiarán personalmente con la investigación y a los que tienen la investigación combinada con la atención médica.
9. Los investigadores deben conocer los requisitos éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los requisitos internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico disminuya o elimine cualquiera medida de protección para los seres humanos establecida en esta Declaración.

B. PRINCIPIOS BASICOS PARA TODA INVESTIGACIÓN MÉDICA

10. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.
11. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de

información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.

12. Al investigar, hay que prestar atención adecuada a los factores que puedan perjudicar el medio ambiente. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.
13. El proyecto y el método de todo procedimiento experimental en seres humanos debe formularse claramente en un protocolo experimental. Este debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y cuando sea oportuno, aprobación, aun comité de evaluación ética especialmente designado, que debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida. Se sobreentiende que ese comité independiente debe actuar en conformidad con las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación experimental, el comité tiene el derecho de controlar los ensayos en curso. El investigador tiene la obligación de proporcionar información del control al comité, en especial sobre todo incidente adverso grave. El investigador también debe presentar al comité, para que la revise, la información sobre financiamiento, patrocinadores, afiliaciones institucionales, otros posibles conflictos de interés e incentivos para las personas del estudio.
14. El protocolo de la investigación debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar que se han observado los principios enunciados en esta Declaración.
15. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas científicamente calificadas y bajo la supervisión de un médico clínicamente competente. La responsabilidad de los seres humanos debe recaer siempre en una persona con capacitación médica y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

16. Todo proyecto de investigación médica en seres humanos debe ser precedido de una cuidadosa comparación de los riesgos calculados con los beneficios previsibles para el individuo o para otros. Esto no impide la participación de voluntarios sanos en la investigación médica. El diseño de todos los estudios debe estar disponible para el público
17. Los médicos deben abstenerse de participar en proyectos de investigación en seres humanos a menos que estén seguros de que los riesgos inherentes han sido adecuadamente evaluados y de que es posible hacerles frente de manera satisfactoria. Deben suspender el experimento en marcha si observan que los riesgos que implican son más importantes que los beneficios esperados o si existen pruebas concluyentes de resultados positivos o beneficiosos.
18. La investigación médica en seres humanos sólo debe realizarse cuando la importancia de su objetivo es mayor que el riesgo inherente y los costos para el individuo. Esto es especialmente importante cuando los seres humanos son voluntarios sanos.
19. La investigación médica sólo se justifica si existen posibilidades razonables de que la población, sobre la que la investigación se realiza, podrá beneficiarse de sus resultados.
20. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.
21. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.

22. En toda investigación en seres humanos, cada individuo potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posible conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento. La persona debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico debe obtener entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede obtener por escrito, el proceso para obtenerlo debe ser documentado formalmente ante testigos.
23. Al obtener el consentimiento informado para el proyecto de investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo está vinculado con él por una relación de dependencia o si consciente bajo presión. En un caso así, el consentimiento informado debe ser obtenido por un médico bien informado que no participe en la investigación y que nada tenga que ver con aquella relación.
24. Cuando la persona sea legalmente incapaz, o inhábil física o mentalmente de otorgar consentimiento, o menor de edad, el investigador debe obtener el consentimiento informado del representante legal y de acuerdo con la ley vigente. Estos grupos no deben ser incluidos en la investigación a menos que ésta sea necesaria para promover la salud de la población representada y esta investigación no pueda realizarse en personas legalmente capaces.
25. Si una persona considerada incompetente por la ley, como es el caso de un menor de edad, es capaz de dar su asentamiento o participar o no en la investigación, el investigador debe obtenerlo, además del consentimiento del representante legal.

26. La investigación en individuos de los que no se puede obtener consentimiento, incluso por representante o con anterioridad, se debe realizar sólo si la condición física/mental que impide obtener el consentimiento informado es una característica necesaria de la población investigada. Las razones específicas por las que se utilizan participantes en la investigación que no pueden otorgar su consentimiento informado deben ser estipuladas en el protocolo experimental que se presenta para consideración y aprobación del comité de evaluación. El protocolo debe establecer que el consentimiento para mantener en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.
27. Tanto los autores como los editores tienen obligaciones éticas. Al publicar los resultados de su investigación, el médico está obligado a mantener la exactitud de los datos y resultados. Se deben publicar tanto los resultados negativos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

ANEXO 4
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

2011

Actividad	Mar.	Abr.	May.	Jun.	Jul.	Ago.	Sep.	Oct.	Nov.	Dic.
Elección de tema		xxxxx	xxxx	Xxxx						
Recopilación bibliográfica				xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	Xxxx
Elaboración de protocolo						xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	Xxxx

2012

Actividad	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic.
Elección de tema												
Recopilación bibliográfica	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx							
Elaboración de protocolo	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xxx	xx x	xxx	xxx	xxx	Xxx	xxx
Entrenamiento de encuestadores									xxx	xxx		
Prueba piloto										xx	Xx	xxxx

2013

Actividad	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic
Elección de tema												
Recopilación bibliográfica												
Elaboración de protocolo												
Entrenamiento de encuestadores												
Estudio de campo					Xxx x							
Análisis de resultados					xxxx	xxx	Xx x					
Elaboración final							xx x					