



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
SUBDIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD ACADÉMICA:
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 77 SAN AGUSTIN, ESTADO DE
MÉXICO



DEPRESIÓN Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN MUJERES ADULTAS

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M.C. ALBERTO NOÉ ZARAZUA LÓPEZ

REGISTRO DE AUTORIZACIÓN: R-2022-1401-061

DIRECTOR DE TESIS:

E. EN MF GLORIA MENDOZA LÓPEZ

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR ADSCRITA A LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NÚMERO 77.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEPRESIÓN Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN MUJERES ADULTAS
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M.C. ALBERTO NOÉ ZARAZUA LÓPEZ

A U T O R I Z A C I O N E S

E. EN MF.

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 77

E. EN MF.

DIRECTOR DE TESIS, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR N° 77

E. EN MF.

ASESOR DE TESIS, ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 77

E. EN MF.

COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 77

DRA. FÁTIMA KORINA GAYTÁN NÚÑEZ

COORDINADOR AUXILIAR DE EDUCACIÓN EN SALUD
DELEGACIÓN ESTADO DE MÉXICO ORIENTE

DEPRESIÓN Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN MUJERES ADULTAS
TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

M.C. ALBERTO NOÉ ZARAZUA LÓPEZ

A U T O R I Z A C I O N E S

DR. JAVIER SANTA CRUZ VARELA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO, FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ

COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO, FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

COORDINADOR DE DOCENCIA DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR, DIVISIÓN
DE ESTUDIOS DE POSGRADO, FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M

T E S I S

DEPRESIÓN Y CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO EN MUJERES ADULTAS

INDICE

I.	MARCO TEÓRICO	6
II.	JUSTIFICACIÓN	12
III.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
IV.	OBJETIVOS	14
V.	HIPÓTESIS	14
VI.	METODOLOGÍA	15
VII.	RESULTADOS	32
VIII.	DISCUSIÓN	36
IX.	CONCLUSIONES	38
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	40
XI.	ANEXOS	47

I. MARCO TEÓRICO.

1. Depresión

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud la Depresión es un trastorno de salud mental común, caracterizado por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que previamente eran gratificantes y placenteras, además puede afectar el sueño y el apetito y es frecuente que concurra con cansancio y falta de concentración. ⁽¹⁾ La Guía de Práctica Clínica sobre Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto, define a la depresión como una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos, 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. ⁽²⁾

Una revisión sistemática publicada en el año 2020, reporta una prevalencia del trastorno depresivo mayor a nivel global, que es de acuerdo a continentes más alta en Europa y más baja en Asia, con variaciones del 2% en China, 6.7% en Corea del Sur, 20.5% en Chile y 21% en Francia, encontrando el sexo femenino asociado significativamente en 26 de los 30 estudios analizados. ⁽³⁾ En Irán se ha reportado una prevalencia del 4.1%, en mujeres con una probabilidad del 4.8%, ⁽⁴⁾ mientras que, en Estados Unidos, el Instituto Nacional de Salud Mental reporta que por lo menos durante el año 2020, en 21 millones de adultos tuvieron al menos un episodio de depresión mayor, representando el 8.4% de todos los adultos estadounidenses, siendo mayor la prevalencia entre las mujeres adultas con un 10.5% en comparación con el 6.2% identificado en los hombres. ⁽⁵⁾

En México la prevalencia de los trastornos depresivos aumentó de 2.1 millones de personas en 1990 a 4.6 millones de personas en 2019, con las tasas más altas en los estados de Campeche, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán mientras que el Estado de México, Sinaloa y Ciudad de México tienen las más bajas, la prevalencia ajustada por edad en los hombres creció un 6.8%, y 21.2% en mujeres. Las tasas de incidencia ajustadas de los hombres aumentaron un 9.8%, y 27.7% en mujeres, ⁽⁶⁾ también se observa una relación significativa en el sexo femenino, con una prevalencia de 10.4%, que ya había sido evidenciada desde años previos donde se había identificado como el grupo más vulnerable la cohorte de mujeres de 45 a 54 años. ⁽⁷⁾ Más recientemente, de acuerdo al Panorama Epidemiológico de las Enfermedades No Transmisibles en México del año 2020, la tasa de incidencia de depresión fue de 66.3 casos por cada 100 mil habitantes y la incidencia por grupo de edad

y sexo se observó mayormente en mujeres de 60 a 64 años con 230.6 casos, seguido del grupo de 45 a 49 años de edad con una tasa de 180.2. ⁽⁸⁾

El origen del trastorno depresivo es multifactorial con factores genéticos y ambientales; los mecanismos actualmente reconocidos que tienen como objetivo explicar su fisiopatología incluyen la hipótesis de la amina biogénica y la desregulación del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal; sin embargo, lo más probable es que la depresión involucre múltiples mecanismos de enfermedad interrelacionados, ⁽⁹⁾ así mismo se reconoce que los parientes de primer grado de individuos deprimidos tienen aproximadamente 3 veces más probabilidades de desarrollar depresión que la población general; sin embargo, la depresión también puede ocurrir en personas sin antecedentes familiares de depresión. ⁽¹⁰⁾

De acuerdo a la Asociación Americana de Psiquiatría a través del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales V, el trastorno de depresión mayor se diagnostica con cinco o más de los síntomas siguientes que han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo y al menos uno de los síntomas casi todos los días o la mayor parte del día: ⁽¹¹⁾

- Estado de ánimo deprimido,
- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades,
- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento del mismo, o disminución o aumento del apetito,
- Insomnio o hipersomnia,
- Agitación o retraso psicomotor,
- Fatiga o pérdida de energía.
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada,
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones,
- Pensamientos de muerte recurrentes, ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo. ⁽¹¹⁾

En 1988 Beck, Steer y Garbin reportaron las propiedades psicométricas del Inventario de Beck para depresión, en un detallado artículo que integra los estudios de investigación realizados con este inventario durante 25 años, reportando que el valor promedio del coeficiente alfa para muestras clínicas es de 0.86 mientras que para muestras no clínicas es de 0.81. ⁽¹²⁾ Posteriormente en 2006 tras la aparición del Manual de Diagnóstico Estadístico de Enfermedades Mentales IV; Beck y colaboradores realizaron la segunda

versión de dicho inventario para ajustar los criterios a la nueva definición propuesta por la nueva versión del manual mejorando así su eficiencia y validez. ⁽¹³⁾ En 2010 Andrade y colaboradores publicaron las propiedades psicométricas del inventario de Depresión de Beck II en residentes de la Ciudad de México, concluyendo que la confiabilidad por consistencia interna del instrumento fue un alfa de Cronbach de 0.954 lo cual indica una consistencia interna positiva muy fuerte para la Escala, de esta manera se puede afirmar que se considera un instrumento fiable para evaluar la magnitud de depresión que presenta un individuo. ⁽¹⁴⁾ La importancia del diagnóstico oportuno de la depresión radica en que debe ser atendida oportunamente, ya que existe evidencia de que la depresión mayor se asocia con frecuencia al comportamiento suicida, y una gran proporción de individuos deprimidos muestran ideación suicida. ⁽¹⁵⁾

2. Conductas alimentarias de riesgo

Son conductas inapropiadas similares a las que se describen en los trastornos alimentarios, pero no cubren los criterios diagnósticos descritos, sin embargo, son reconocidas como conductas dañinas para la salud que conducen a deficiencias en el funcionamiento biopsicosocial. ⁽¹⁶⁾ La Guía de Práctica Clínica Mexicana sobre Prevención y Diagnóstico Oportuno de los Trastornos de la Conducta Alimentaria define:

- Anorexia nerviosa, trastorno en el que se presenta aversión al alimento que ocasiona inanición, así como incapacidad para permanecer en un peso corporal mínimo considerado normal para su edad y estatura.
- Bulimia, enfermedad que se caracteriza por comilonas o episodios recurrentes de ingestión excesiva de alimento, acompañados por una sensación de pérdida del control, luego se utilizan diferentes métodos purgativos para prevenir el aumento del peso corporal.
- Trastorno de atracones, enfermedad donde también se presentan episodios de ingesta excesiva de alimentos, sin embargo, no existen medidas purgatorias compensatorias. ⁽¹⁷⁾

La principal diferencia de las conductas alimentarias de riesgo con los trastornos alimentarios, se encuentra en su frecuencia y duración, ya que en los segundos las prácticas alimentarias dañinas son mayormente repetitivas y permanentes, siendo así que en caso de que las primeras se vuelvan crónicas y agudas finalmente terminan desencadenando un trastorno alimentario definido. ⁽¹⁸⁾

Las conductas alimentarias de riesgo abarcan la preocupación irracional por engordar, eventos de atracón, sensación de falta de control al comer, así como conductas tanto restrictivas (dietas, ayunos, ejercicio excesivo, ingesta de pastillas para adelgazar); como purgativas (uso de laxantes o diuréticos, auto provocación del vómito), todas objetivamente vinculadas con el deseo de adelgazar. ⁽¹⁹⁾ Estas conductas alimentarias se pueden presentar tanto en mujeres como en hombres que recurren a métodos no adecuados y dañinos para el control de peso; sin embargo, la prevalencia de los mismos es mayor en las mujeres las cuales suelen tener una mayor tendencia a realizar conductas restrictivas orientadas al pensamiento de una figura delgada como ideal. ⁽²⁰⁾ Actualmente a nivel global se estima que la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria a lo largo de la vida se calcula en hasta el 4% de las mujeres y del 0.3% en hombres para el caso de anorexia nerviosa, mientras que hasta el 3% de las mujeres y más del 1% de hombres para el caso de bulimia nerviosa. ⁽²¹⁾ En lo que respecta al trastorno por atracón se estima que afecta al 1.5% de las mujeres y al 0.3% de los hombres alrededor del mundo, que es más frecuente durante la adolescencia, sin embargo, a esa edad suele ser transitoria mientras que en el caso de los adultos tiene mayor permanencia. ⁽²²⁾

En México la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica del 2001, arrojó una prevalencia de 1.8% de bulimia nerviosa en mujeres y 0.8% en hombres de entre 18 a 65 años de edad, sin embargo, no se reportaron casos de anorexia nerviosa. ⁽²³⁾ La edad promedio de aparición de los trastornos de la conducta alimentaria es la pubertad en ambos sexos, aunque se ha descrito que los picos de presentación suelen evidenciarse a los 18 años, ⁽²⁴⁾ así mismo se reporta una incidencia máxima en mujeres al comienzo de la edad reproductiva, es decir, al final de la adolescencia. ⁽²⁵⁾ La edad promedio de presentación de la anorexia nerviosa es entre los 16 y 25 años, con una edad media de 17 años; en la bulimia nerviosa este comienzo se da entre los 18 y 25 años. ⁽²⁶⁾ La expresión más grave de los trastornos de la conducta alimentaria se presenta en bajas proporciones, sin embargo, las expresiones parciales o subclínicas de los mismos, se encuentran mucho más presentes, conociéndose como conductas alimentarias de riesgo, ⁽²⁷⁾ afirmaciones que respaldan investigaciones en entornos clínicos, que muestran que, la mayoría de las personas que buscan ayuda no cuentan con los criterios diagnósticos completos de anorexia ni bulimia nerviosa. ⁽²⁸⁾ Debido a la epidemiología global que reporta una alta prevalencia en el sexo femenino, en México, las investigaciones también se han enfocado en el estudio de las mujeres, sobre todo en población adolescente; en estos se ha reportado una prevalencia alta, en la cual se señala que las conductas alimentarias de riesgo

moderado fueron de 14.2% y las conductas alimentarias de riesgo alto del 6.8% en estudiantes mexicanas de 10 a 19 años de edad. ⁽²⁹⁾

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019 arrojó que las conductas alimentarias de riesgo más frecuentes fueron la preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control de lo que se come, en menor proporción se encontró la práctica del vómito autoinducido y la ingesta de medicamentos u otras sustancias como diuréticos y laxantes. La proporción de adolescentes en riesgo de presentar un trastorno de la conducta alimentaria fue de 1.3% (1.9% en mujeres y 0.7% en hombres). ⁽³⁰⁾ En cuanto a la población adulta mexicana se refiere, la evidencia reportada es mínima; se han evaluado muestras poblacionales de estudiantes universitarios; ejemplo de ello es una muestra de 892 estudiantes de primer ingreso a la Universidad Autónoma Metropolitana Xochimilco, de los cuales 56.2% fueron mujeres y 43.7% hombres, con una edad promedio de 19.3+- 2.4 años en las mujeres y 20.4 +- en los hombres en el cual se reportó la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo en el 6.1% de mujeres y 4.1% en hombres. ⁽³¹⁾

Los trastornos alimentarios aparecen en un contexto cultural del ideal de una figura delgada, no es de extrañar que el sobrepeso y la obesidad sea un factor consistentemente asociado con ellos, al ser México uno de los países con mayor prevalencia en los mismos no solamente entre adolescentes sino también en adultos, podría esperarse que la prevalencia de las conductas alimentarias de riesgo en esta población también fuera alta. ⁽³²⁾ El diagnóstico de los trastornos alimentarios es una tarea compleja y costosa, una alternativa es a partir del uso de instrumentos de tamizaje, que proporcionan un panorama aproximado al que se obtiene mediante la evaluación diagnóstica; uno de los más empleados ha sido el EAT (cuestionario de actitudes hacia la comida, por sus siglas en inglés) diseñado por Garner y Garfinkel en 1979, ⁽³³⁾ el cual a pesar de su alta confiabilidad y validez tiene la desventaja de ser extenso y tener mayor tendencia a identificar síntomas y conductas características de la anorexia nerviosa. En México se diseñó un Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo basado en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales IV en el año de 1997, el cual constaba de 11 reactivos; ⁽³⁴⁾ en el año 2004 se llevó a cabo la validez de este cuestionario en población femenina mexicana, obteniendo una consistencia interna alfa de Cronbach de 0.83; al analizar la capacidad predictiva del instrumento se propuso el punto de corte de 10 obteniendo una sensibilidad de 81% y especificidad de 78% mientras que el análisis discriminante mostró que el 88% de los casos fueron clasificados correctamente. ⁽³⁵⁾

Hoy en día, en épocas de pandemia por COVID-19, resulta aún más relevante identificar a los individuos que puedan padecer estas enfermedades mentales ya que se tiene evidencia, que tras esta situación hubo un gran aumento en la prevalencia de los trastornos depresivos, no solo por el estado de confinamiento sino también por la sensación de riesgo vital para sí mismo y sus seres queridos, así como preocupación por su salud financiera, entre otros. ⁽³⁶⁾ Este aumento en la presencia de los trastornos depresivos en las últimas décadas es paralelo a una disminución en los comportamientos de estilo de vida saludable; incluida la alimentación llevando a cabo una peor calidad en la dieta. ⁽³⁷⁾

II. JUSTIFICACIÓN.

El presente estudio contribuyó al análisis sobre la asociación que existe, entre la presencia de depresión y las conductas alimentarias de riesgo, en población adulta femenina mexicana perteneciente a la UMF 77. La importancia en México fue enfocada en que la depresión constituye un problema de salud pública con una prevalencia de hasta el 10% de la población según reportes del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. ⁽³⁸⁾ Uno de los principales motivos por los que los trastornos depresivos tienen un impacto tan elevado en la salud pública es el alto grado de discapacidad que generan, la Encuesta Mundial de Salud Mental determinó que, en el caso específico de México, las personas que padecieron algún trastorno de salud mental en el último año perdieron en promedio 27 días productivos, si el trastorno fue grave, y alrededor de siete días si la gravedad fue moderada. ⁽³⁹⁾ Así mismo diversos estudios han mostrado que las personas con trastornos de ansiedad o depresión tienen mayores tasas de utilización de servicios de salud, con un mayor costo de atención persistiendo con diferencias amplias en costos de la atención aun después de controlar estadísticamente por comorbilidad, ⁽⁴⁰⁾ esto tiene como consecuencia el incremento en el uso de los servicios de salud y del presupuesto destinado a las incapacidades de instituciones como el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); el documento acerca de la Carga de los Trastornos Mentales en la Región de Las Américas 2018, reporta que a nivel mundial en el año 2015, las enfermedades no transmisibles representaron el 60% del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad, de los cuales 12% correspondieron a los trastornos mentales, trastornos neurológicos específicos y por consumo de sustancias, así como al suicidio el cual suele tener una estrecha relación con el trastorno depresivo mayor. ⁽⁴¹⁾

Fue importante para el Instituto Mexicano del Seguro Social conocer esta información con la finalidad de identificar su frecuencia y así poder plantear estrategias para realizar un diagnóstico oportuno para brindar un abordaje multidisciplinario y así mejorar el pronóstico de estas pacientes el cual repercute inminentemente en su calidad de vida, retomando que la definición de salud es “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no simplemente la ausencia de enfermedad” de acuerdo a la OMS. ⁽⁴²⁾ La asociación entre depresión y conductas alimentarias de riesgo no es un tema ampliamente estudiado a nivel global, es relevante conocer los resultados para mejorar el abordaje y tratamiento a estos pacientes, debido a que hasta un 60% de atención en salud mental se lleva a cabo en el primer nivel de atención. ⁽⁴³⁾

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

El trastorno depresivo mayor es una de las principales enfermedades psiquiátricas en todo el mundo, afecta gravemente la calidad de vida y causa una mayor incidencia de suicidio⁽⁴⁴⁾ mientras que las conductas alimentarias de riesgo comprenden una serie de enfermedades cuyo denominador común es la alteración de los comportamientos relacionados con la alimentación, y que repercuten negativamente en el ámbito físico, psicológico y social de quien las padece. ⁽⁴⁵⁾ Si bien ya se conocía que los trastornos mentales son un grave problema de salud pública, en esta era pos COVID-19 se considera que se han convertido en una crisis psicológica la cual no debe ser ignorada, de tal manera que a nivel global se deben contar con métodos y medidas específicas para su prevención y control. ⁽⁴⁶⁾ Hay publicaciones de 1998 donde se comprueba la coexistencia de los síntomas depresivos y trastornos depresivos con los trastornos alimentarios; ⁽⁴⁷⁾ en 1990 un estudio realizado en el sexo femenino reflejó el ideal de una cultura de delgadez para las mujeres, que causa depresión ocasionando hábitos inadecuados en su alimentación. ⁽⁴⁸⁾ Otros autores sostienen que las asociaciones se deben a mecanismos intervinientes como el duelo patológico, la desmentida como defensa hegemónica, los sentimientos de ineficacia y la baja autoestima; ⁽⁴⁹⁾ más recientemente en 2006 se evidenció que existe una asociación de 94% de trastornos comórbidos del estado de ánimo en mujeres adultas estadounidenses con trastornos alimentarios, sin diferencias entre los mismos. ⁽⁵⁰⁾

La prevalencia a nivel mundial oscila del 2 al 21%, siendo más alta en Europa que en Asia, ⁽³⁾ para el caso de Estados Unidos su prevalencia específica es del 8.4%, siendo del 10.5% representado por las mujeres frente al 6.2% identificado en hombres. ⁽⁵⁾ En México en el año 2019 se reportó 4.6 millones de personas con una relación significativa al sexo femenino ⁽⁶⁾ específicamente de 45 a 54 años, ⁽⁷⁾ la población más estudiada ha sido la adolescente, por los antecedentes para desarrollar algún trastorno alimentario. ⁽²⁷⁾ Con base en lo ya descrito la prevalencia tanto de los trastornos depresivos como los trastornos alimentarios es mayor en el sexo femenino, lo cual se podría explicar con el hecho de que tienen más riesgo de insatisfacción corporal, ya que su apariencia física está más lejos de ser la promovida por la sociedad y los medios de comunicación. ⁽⁵⁰⁾ Identificar la prevalencia de depresión y su asociación con las conductas alimentarias de riesgo influye de forma positiva a mejorar el pronóstico de calidad de vida de la paciente implementando estrategias individuales enfocadas en la prevención de la aparición de dichos trastornos mentales o

bien su identificación temprana para otorgar un tratamiento oportuno. Por lo cual surgió la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de depresión y conductas alimentarias de riesgo en mujeres adultas de la UMF 77?

IV. OBJETIVO GENERAL.

Determinar la frecuencia de depresión y conductas alimentarias de riesgo en mujeres adultas de la Unidad de Medicina Familiar No 77.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Valorar la **frecuencia de depresión** en mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No 77.
- Evaluar el **grado de depresión** en las mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No 77.
- Determinar la **frecuencia de conductas alimentarias de riesgo** en mujeres de la Unidad de Medicina Familiar No 77.
- Identificar la **edad** de las mujeres con depresión y conductas alimentarias de riesgo en mujeres adultas de la UMF 77.
- Describir el **estado civil** de las mujeres con depresión y conductas alimentarias de riesgo en mujeres adultas de la UMF 77.
- Determinar la **ocupación** de las mujeres con depresión y conductas alimentarias de riesgo en mujeres adultas de la UMF 77.
- Identificar la **escolaridad** de las mujeres con depresión y conductas alimentarias de riesgo en mujeres adultas de la UMF 77.

V. HIPOTESIS.

H1. HIPÓTESIS DE TRABAJO

Al ser un estudio de tipo descriptivo, no cuenta con hipótesis, sin embargo, se realizará el ejercicio como proceso de enseñanza

La depresión se presenta en un 10% ⁽⁷⁾ y está asociada a conductas alimentarias de riesgo en un 90%, ⁽⁵⁰⁾ en mujeres adultas de la Unidad de Medicina Familiar No 77.

VI. METODOLOGÍA.

1. Características donde se realizó el estudio:

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar No. 77 en donde los derechohabientes acuden por voluntad propia de manera espontánea y por cita.

2. Tipo de estudio:

- **Observacional:** porque no se manipularon las variables, para efecto de este estudio, se contó con dos variables: depresión y conductas alimentarias de riesgo; las cuales fueron evaluadas en cada participante, con su propio instrumento de medición, fueron identificadas y se describió dicha asociación sin implementar ninguna otra maniobra dentro de la realización del estudio.
- **Descriptivo:** porque se recolectó la información de la frecuencia mediante la aplicación de los instrumentos, inventario de depresión de Beck II y Cuestionario Breve de conductas alimentarias de riesgo.
- **Prospectivo:** porque la investigación se realizó en el presente al recolectar la información mediante la aplicación de los Instrumentos de evaluación en una sola ocasión.
- **Transversal:** Porque dicho análisis se realizó en un periodo de tiempo determinado y en una sola ocasión.

3. Universo de trabajo:

Para el grupo de estudio se consideraron a todas las mujeres adultas derechohabientes de 18 a 40 años registradas en ARIMAC de la Unidad de Medicina Familiar 77.

4. Criterios de selección:

Inclusión:

- Mujeres de 18 a 40 años de edad.
- Derechohabientes de la UMF 77.
- Que aceptaran participar de manera voluntaria bajo consentimiento informado.

Exclusión:

- Derechohabientes que tuvieran diagnóstico de algún trastorno alimentario, porque ya tienen la enfermedad establecida.
- Embarazadas, o periodo de puerperio y/o en lactancia ya que durante estos eventos cambian de manera fisiológica los comportamientos alimentarios por aumento en la necesidad de aporte energético en la mujer.

5. Tamaño de la muestra:

Se contó con un universo de 400 derechohabientes mujeres entre 18 a 40 años registradas en el año 2022 en la UMF 77 a través de la fórmula para población finita teniendo los siguientes datos:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N-1)) + k^2 * p * q}$$

N= 400 mujeres de 18 a 40 años.

k= 1.96 al cuadrado (nivel de confianza del 95%)

e= error muestral deseado (5%=0.5)

p= 0.10 que corresponde al porcentaje de presencia de mujeres con depresión. ⁽⁷⁾

q= 1 – p (en este caso 1-010=0.90)

Obteniendo como resultado para muestra un número de 103 sujetos de estudio.

6. Técnica de muestreo:

La muestra se obtuvo mediante un muestreo no probabilístico por cuota, hasta completar un total de 103 mujeres de 18 a 40 años.

7. Definición operacional de variables:

Variables	Definición conceptual	Definición operativa	Tipo de variable	Escala de medida	Unidad de medición
Depresión	Es un trastorno de salud mental caracterizado por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que previamente eran gratificantes y placenteras ⁽¹⁾	Alteración del estado de ánimo con síntomas depresivos de acuerdo al Inventario de Depresión de Beck II. Donde de 0 a 10 se consideró como ausente y más de 10 presente	Cualitativa	Nominal	1. Ausente 2. Presente
Grado de depresión	Grado de trastorno de salud mental caracterizado por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que previamente eran gratificantes y placenteras ⁽¹⁾	Alteración del estado de ánimo con síntomas depresivos de acuerdo al Inventario de Depresión de Beck II. Con resultados: 1 a 10 normales, 11-16 depresión leve 17 a 20 depresión intermitente, 21 a 30 depresión moderada, 31 a 40 depresión grave +40 depresión extrema	Cualitativa	Ordinal	1.Normal, 2.Depresión leve 3.Depresión intermitente, 4. Depresión moderada, 5. Depresión grave 6. Depresión extrema.
Conductas alimentarias de riesgo.	Conductas inapropiadas similares a las que se presentan en los trastornos alimentarios, pero no cubren los criterios diagnósticos del DSM V ⁽²⁰⁾ .	Conductas de la paciente hacia la comida consideradas de riesgo de acuerdo al cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo.	Cualitativa	Nominal	1. Con riesgo 2. Sin riesgo

		Donde < a 11 es sin riesgo y + de 11 con riesgo.			
Edad.	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo hasta la fecha. (50)	Años cumplidos al momento del estudio. Dato obtenido de ficha de identificación.	Cuantitativa	Continua	Años cumplidos.
Estado civil.	Condición de una persona en relación con su nacimiento, nacionalidad, filiación o matrimonio, que se hacen constar en el registro civil. ⁽⁵⁰⁾	Estado civil al momento de estudio. Dato obtenido de ficha de identificación.	Cualitativa	Nominal	Soltera Casada Divorciada Viuda Unión libre
Ocupación.	Aquella faceta del empeño humano que le permite cumplir con las demandas sociales de su comunidad, quehacer a través del cual el ser humano se distingue y expresa. ⁽⁵⁰⁾	Actividad que desempeña al momento del estudio. Dato obtenido de la ficha de identificación.	Cualitativa	Nominal	Estudiante Empleada Independiente Jubilada Ama de casa
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente. (50)	Grado académico terminado que cada paciente refirió. Dato obtenido de la ficha de identificación.	Cualitativa	Ordinal	Analfabeta Primaria Secundaria Medio superior Superior Posgrado

8. Descripción del estudio:

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva respecto al tema a tratar, posteriormente se inició el diseño del estudio adaptando las características que mejor se adecuaron a nuestra población. Previa autorización del comité local de ética e investigación 1401-8 al obtener el número de registro, se dio inicio al estudio. Se seleccionó a la población que participó en el estudio de acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, para

lo cual el investigador acudió a la consulta externa de Medicina Familiar, y a los servicios de Planificación familiar, Nutrición, y Medicina Preventiva para invitar a las mujeres de 18 a 40 años que cumplieran con los criterios señalados a participar en el estudio, previa información de la finalidad del estudio, con lenguaje claro y entendible, dando a conocer los riesgos y beneficios; una vez aceptando participar el sujeto de estudio dejó por escrito su aceptación en la carta consentimiento informado, mediante su firma de aceptación, sin ningún tipo de presión, respondiendo ante dudas que pudieron llegar a presentarse.

Para iniciar a recolectar los datos se le invitó a la mujer de 18 a 40 años de edad, acudir al aula 2 del área de enseñanza, en donde se le preguntó acerca de sus datos personales, para recolectar todos sus datos, incluyendo las variables sociodemográficas; posteriormente el investigador le realizó preguntas para contestar el Inventario de Depresión de Beck II y el Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo y al término del llenado de los mismos, las participantes recibieron una explicación de los resultados obtenidos, así como dos folletos, uno sobre depresión y otro sobre los trastornos alimentarios, ambos con información general sobre dichos temas orientados a su prevención y cuidados. Para seguridad de las participantes se siguieron medidas de higiene respiratoria para prevenir la propagación de COVID 19; se desinfectaron todos los bolígrafos, lápices y demás artículos de papelería que se usaron, además se solicitó a las participantes el uso correcto y permanente del cubrebocas, mismas acciones que llevó a cabo el investigador en todo momento que estuvo en contacto con las participantes, respetando siempre la sana distancia y únicamente se admitió a la participante y un familiar durante el llenado de los documentos solicitados para evitar hacinamientos.

Finalmente, posterior a la recolección de los datos se procedió a vaciarlos en programa SPSS, para realizar su análisis estadístico e interpretación, así como descripción de los resultados.

9. Instrumentos de medición:

Depresión

Descripción: Se utilizó la versión adaptada al español y validada en población mexicana del Inventario de Beck de Depresión II el cual presenta una escala tipo Likert con 21 reactivos que representan síntomas de depresión, cada uno tiene cuatro posibles respuestas de las cuales el sujeto de estudio seleccionó una de acuerdo a cómo se había sentido en la última

semana (con opción de seleccionar más de una si dentro de un mismo grupo, había más de una afirmación que considerara aplicable a su caso) ⁽²⁾ y cada uno de estos ítems tenía asignado un valor ordinal desde la nulidad: 0 puntos, hasta la severidad: 3 puntos, estas puntuaciones se sumaron teniendo una puntuación máxima de 63 puntos interpretándose de 1 a 10 puntos altibajos considerados normales, 11 a 16 puntos una leve perturbación del estado de ánimo, 17 a 20 puntos estados de depresión intermitentes, de 21 a 30 puntos depresión moderada, de 31 a 40 puntos depresión grave y más de 40 puntos depresión extrema; considerando que puntuaciones persistentes mayores a 17 puntos indica que puede necesitar ayuda profesional. ^{(13) (14) (15)}

Validación: En 1961 en Estados Unidos; Beck, Steer y Garbin desarrollan el Inventario de Beck para depresión y en 1988 publicaron las primeras propiedades psicométricas del mismo, reportando que el valor promedio del coeficiente alfa para muestras clínicas es de 0.86 mientras que para muestras no clínicas es de 0.81. ⁽¹³⁾ En 1996 tras la aparición del Manual de Diagnóstico Estadístico de Enfermedades Mentales IV; Beck y colaboradores realizaron la segunda versión de dicho inventario para ajustar los criterios a la nueva definición propuesta por la nueva versión del manual mejorando así su eficiencia y validez. ⁽¹⁴⁾ Es adaptada a su versión en español en 2003 en España por Sanz, Navarro y Vázquez. Andrade y colaboradores publicaron en 2010 las propiedades psicométricas de la versión en español del inventario de Depresión de Beck II en residentes de la Ciudad de México concluyendo que la confiabilidad por consistencia interna del instrumento fue un alfa de Cronbach de 0.954 lo cual indica una consistencia interna positiva muy fuerte para la escala, de esta manera se puede afirmar que se considera un instrumento fiable para evaluar la magnitud de depresión que presenta un individuo ⁽¹⁵⁾

Aplicación: Su aplicación permite llevar a cabo una primera identificación de síntomas depresivos en población adulta mayor de 18 años permitiendo así una intervención terapéutica temprana. ⁽¹²⁾

Conductas alimentarias de riesgo

Descripción: Se utilizó el cuestionario breve de Conductas Alimentarias de Riesgo el cual presenta una escala tipo Likert de 10 reactivos con un formato de cuatro opciones de respuesta sobre la frecuencia con que se lleva a cabo la conducta (0: nunca o casi nunca, 1: algunas veces, 2: con frecuencia menos de 2 veces a la semana, 3: muy frecuentemente, más de tres veces a la semana), para evaluar la preocupación por engordar, la práctica de

atracones, la sensación de falta de control al comer y las conductas alimentarias de tipo restrictivo y purgativo cuya suma de reactivos proporciona un punto de corte, cuando la puntuación es menor de 11 se califica sin riesgo de trastorno de la conducta alimentaria y cuando es mayor a 10 se clasifica con riesgo del mismo; de esta manera permite conocer de forma cuantitativa las conductas de riesgo con respecto a la comida de las usuarias, concluyendo así que es una herramienta de tamizaje confiable para su aplicación en población mexicana mayor de 18 años. ⁽²⁰⁾ ⁽²¹⁾

Validación: En México, Unikel, Villatoro, Medina-Mora, Fleiz, Alcántara y Hernández, diseñan un Cuestionario Breve de Conductas Alimentarias de Riesgo basado en los criterios diagnósticos del Manual Diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales IV en el año de 1997, con el objetivo de incluirlo en la Encuesta sobre la Prevalencia de Consumo de Drogas y Alcohol en Población Estudiantil del Distrito Federal de 1997, con la finalidad de medir las conductas características de los trastornos de conducta alimentaria, el cual constaba de 11 reactivos; ⁽³⁸⁾ en el año 2004 se llevó a cabo la validez de este cuestionario en población femenina mexicana, obteniendo una consistencia interna alfa de Cronbach de 0.83; al analizar la capacidad predictiva del instrumento se propuso el punto de corte de 10 obteniendo una sensibilidad de 81% y especificidad de 78%, se muestra como un instrumento válido desde el punto de vista de su consistencia y de utilidad por su facilidad de aplicación y por la aceptabilidad del paciente. ⁽²¹⁾

Aplicación: Su aplicación permite llevar a cabo una primera identificación de conductas alimentarias de riesgo en población femenina mayor de 18 años que pueden desencadenar trastornos de la conducta alimentaria permitiendo así una intervención terapéutica temprana. ⁽²⁰⁾

10. Análisis de datos:

Con la información obtenida se utilizó paquete de datos SPSS versión 22 donde se realizó análisis estadístico descriptivo e inferencial obteniendo frecuencias simples y porcentajes para variables cualitativas y medidas de tendencia central para variables cuantitativas, en el caso de las variables cualitativas nominales como depresión, conductas alimentarias de riesgo, ocupación, estado civil y cualitativas ordinales como grado de depresión, y escolaridad, se reportaron en frecuencias y porcentajes y para la variable cuantitativa continua como lo es la edad, se realizó la mediana por ser de libre distribución reportando su rango intercuartilar.

11. Aspectos éticos:

Esta propuesta de investigación fue sometida para su revisión y aprobación ante los comités de ética número 1401-8 e investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social número 1401. Los procedimientos que se describen en el presente escrito se realizaron con estricto apego a la normatividad ética tanto internacional como nacional.

Con base en el Código de Núremberg publicado en 1947 el investigador garantizó: ⁽⁵¹⁾

1. Que la firma del consentimiento informado del sujeto de estudio fue absolutamente fundamental para su participación en esta investigación respetando así su autonomía, tomando la decisión con previo conocimiento de los beneficios y riesgos de su participación en el presente estudio; teniendo como potenciales beneficios que al finalizar los cuestionarios se le informó su resultado y se le explicó si su estado de ánimo en la última semana se había visto afectado por la tristeza o desánimo así como se le dio a conocer si las conductas alimentarias que tiene no son sanas o si se encuentra en riesgo de desarrollarlas; de tal manera que pudo descubrir si su manera de llevar a cabo su alimentación hace que se encuentre en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario y si esto puede estar asociado o no a un pensamiento alterado de tristeza, si esto sucedió tuvo la oportunidad de obtener atención multidisciplinaria que le ayudará a identificar qué aspectos de su vida a nivel personal y de su entorno la pueden estar llevando a tener esas prácticas poco saludables para que pueda trabajar en ellos, fortalecerlos y así lograr un comportamiento alimentario y estado de ánimo más saludable y así prevenir el riesgo de presentar complicaciones asociadas a estos trastornos mentales lo cual la llevará a preservar su funcionalidad y obtener una adecuada calidad de vida, así mismo si durante el llenado de los cuestionarios o al finalizarlos la participante identificó alguna otra práctica alimentaria o alteración del pensamiento que consideró dañinos para sí misma o anormal, se le brindó la apertura de comentarla al encuestador para recibir mayor orientación y consejería. Además, a cada participante se le entregó y explicó dos folletos con información general enfocados a la prevención de la depresión y de los trastornos alimentarios; al ser leídos con el investigador responsable la participante pudo preguntar sus dudas en el momento y ser resueltas de manera sencilla para su conocimiento. En cuanto a los riesgos sobre la participación en este estudio no implicó ninguno

para su salud ni su vida al constar únicamente del llenado de dos cuestionarios breves de 21 y 10 preguntas respectivamente.

2. Durante el desarrollo de la investigación el sujeto tuvo la libertad de retirarse en el momento que a su parecer fue imposible continuar, sin necesidad de dar explicación alguna.
3. El estudio fue conducido por personas calificadas. La realización de los cuestionarios en todo momento fue monitorizada por el investigador a cargo: Alberto Noé Zarazúa López quien cuenta con título universitario como Médico Cirujano expedido por la UNAM actualmente Médico Residente de Tercer año de la especialidad de Medicina Familiar, quien apoyó para la lectura de los mismos, así como en las dudas que surgieron derivadas de ellos, y siempre con la asesoría de las especialistas en Medicina Familiar quienes poseen los conocimientos científicos necesarios.

De acuerdo a la declaración de Helsinki creada por la Asociación Médica Mundial en 1964 el investigador garantizó que: ⁽⁵²⁾

1. El estudio “Depresión y conductas alimentarias de riesgo en mujeres adultas” se desarrolló de acuerdo a los principios científicos y se fundamentó a través del conocimiento del investigador, basado en literatura médica científica reciente y evaluando los riesgos y beneficios para los voluntarios.
4. Posterior a la evaluación de esta propuesta de investigación se identificó que los beneficios para las participantes abarcaron desde una explicación sobre sus resultados donde identificaron si su estado de ánimo en la última semana se ha visto afectado por la tristeza o desánimo así como supo si las conductas alimentarias que tiene no son sanas o si se encuentra en riesgo de desarrollarlas; de tal manera que pudo descubrir si su manera de llevar a cabo su alimentación hace que se encuentre en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario y si esto puede estar asociado o no a un pensamiento alterado de tristeza, si esto sucedió tuvo la oportunidad de obtener atención multidisciplinaria que le ayudara a identificar qué aspectos de su vida a nivel personal y de su entorno la pueden estar llevando a tener esas prácticas poco saludables para que pueda trabajar en ellos, fortalecerlos y así lograr un comportamiento alimentario y estado de ánimo más saludable y así prevenir a largo plazo el riesgo de presentar complicaciones asociadas a estos trastornos mentales lo

cual la llevará a preservar su funcionalidad y obtener una adecuada calidad de vida, así mismo si durante el llenado de los cuestionarios o al finalizarlos la participante identificó alguna otra práctica alimentaria o alteración del pensamiento que considerara dañinas para sí misma o anormal, se le brindó la apertura de comentarla al encuestador para recibir mayor orientación y consejería. Además, a cada participante se le entregó y explicó dos folletos con información general enfocados a la prevención de la depresión y de los trastornos alimentarios; al ser leídos con el investigador responsable la participante pudo preguntar sus dudas en el momento y ser resueltas de manera sencilla para su conocimiento. En cuanto a los riesgos sobre la participación en este estudio no implicó ninguno para su salud ni su vida al constar únicamente del llenado de dos cuestionarios breves de 21 y 10 preguntas respectivamente.

2. Los investigadores cumplieron con su obligación ética de mantener la exactitud de los datos y resultados sin exponer información personal de ninguna participante preservando de esta manera una estricta confidencialidad; así como se publicaron tanto los resultados negativos como positivos, así como se citó la fuente de financiamiento, afiliaciones institucionales y cualquier conflicto de interés que se presentó.

De acuerdo al informe de Belmont publicado en 1979 el investigador garantizó: ⁽⁵³⁾

1. Autonomía: Se respetó al ser las propias candidatas quienes decidieron si deseaban o no participar en el estudio una vez explicados los riesgos, beneficios y complicaciones teniendo como expresión legal la firma del consentimiento informado. Los sujetos de este estudio fueron invitados a participar explicando de forma clara y sencilla los riesgos, beneficios y el objetivo del presente estudio el cual fue establecer la asociación entre la depresión y las conductas alimentarias de riesgo en mujeres adultas de la UMF 77 mediante la aplicación de dos cuestionarios: Inventario de Depresión de Beck II y del cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo, respetando su decisión de participar o no en la investigación.
2. Beneficencia: se buscó siempre incrementar al máximo los potenciales beneficios para los sujetos y reducir los riesgos; los beneficios para las participantes abarcaron desde una explicación sobre sus resultados donde identificaron si su estado de ánimo en la última semana se había visto afectado

por la tristeza o desánimo así como supo si las conductas alimentarias que tiene no son sanas o si se encuentra en riesgo de desarrollarlas; de tal manera que pudo descubrir si su manera de llevar a cabo su alimentación hace que se encuentre en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario y si esto puede estar asociado o no a un pensamiento alterado de tristeza, si esto sucedió tuvo la oportunidad de obtener atención multidisciplinaria que le ayudara a identificar qué aspectos de su vida a nivel personal y de su entorno la pueden estar llevando a tener esas prácticas poco saludables para que pueda trabajar en ellos, fortalecerlos y así lograr un comportamiento alimentario y estado de ánimo más saludable y así prevenir a largo plazo el riesgo de presentar complicaciones asociadas a estos trastornos mentales lo cual la llevará a preservar su funcionalidad y obtener una adecuada calidad de vida, así mismo si durante el llenado de los cuestionarios o al finalizarlos la participante identificó alguna otra práctica alimentaria o alteración del pensamiento que considerara dañina para sí misma o anormal, se le brindó la apertura de comentarla al encuestador para recibir mayor orientación y consejería. Además, a cada participante se le entregó y explicaron dos folletos con información general enfocados a la prevención de la depresión y de los trastornos alimentarios; al ser leídos con el investigador responsable la participante pudo preguntar sus dudas en el momento y ser resueltas de manera sencilla para su conocimiento, esto se realizó con un riesgo mínimo ya que el llenado de dichos cuestionarios no buscó poner en peligro su salud ni en riesgo su vida.

La información que se le proporcionó fue mediante una hoja impresa, donde se determinó la posibilidad de presentar depresión y/o conductas alimentarias de riesgo, su asociación entre ellas y entregando dos folletos con la información ya comentada.

3. No maleficencia: Esta investigación no pretendió desencadenar ningún tipo de daño físico o psicológico en ninguno de los sujetos de estudio, al constar únicamente del llenado de los cuestionarios: Inventario de Depresión de Beck II y el cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo no se puso en riesgo su salud ni su vida.
4. Justicia: Los riesgos y beneficios del estudio fueron repartidos equitativamente entre los participantes. Todos los sujetos de estudio se seleccionaron directamente de acuerdo al sexo y rango de edad que fue estudiado, para fin de

esta investigación: Mujeres de 18 a 40 años, sin considerar alguna otra característica como su nivel socioeconómico, su nivel de estudios, apariencia física, raza, religión u orientación sexual. En esta investigación todos los sujetos de estudio tuvieron la misma posibilidad de participar, sin sufrir discriminación de algún tipo.

De acuerdo al título segundo. Capítulo I: “De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos” de la Ley General de Salud: ⁽⁵⁴⁾

- Artículo 13: En esta investigación se trató al sujeto de estudio de forma respetuosa, sin causar en ningún momento violación de sus derechos, y se preservó su bienestar físico, emocional, familiar y laboral; a través del reconocimiento de que la depresión y las conductas alimentarias de riesgo en caso de presentarlas pueden ser un condicionante negativo en la salud mental de la población estudiada.
- Artículo 14: El presente estudio se mantuvo apegado a los principios éticos necesarios, contando con el consentimiento de las participantes, previa firma de consentimiento informado, y a sabiendas de que la finalidad del estudio fue que el individuo conociera si estaba teniendo pensamientos tendientes a la tristeza o bien trastorno depresivo y si estaba llevando a cabo conductas alimentarias de riesgo mismas que puedan verse originadas en esos pensamientos de desánimo para poderle brindar un abordaje multidisciplinario que la lleve a modificar dichos pensamientos y conductas teniendo como beneficio de su identificación precoz la prevención de complicaciones como lo es la discapacidad por enfermedad mental que puedan afectar su calidad de vida e incluso el suicidio.
- Artículo 15: En este estudio se incluyeron mujeres de 18 a 40 años de acuerdo a la investigación previamente realizada para considerar este sector de la población como blanco de estudio sin ningún tipo de discriminación, siendo imparcial y se evitó en todo momento que se generara algún daño a las participantes.
- Artículo 16: En todo momento de la investigación la identidad del sujeto de estudio estuvo protegida, se reconoció por un número de folio otorgado por el investigador y no se dieron a conocer los resultados de manera pública, en ningún momento de la investigación se vio expuesto el nombre y el número de seguridad social, los resultados fueron informados de manera inmediata y personal al término del estudio de manera clara y precisa a los sujetos de estudio sin exponer su privacidad y sus datos personales. Todo se realizó con carácter de confidencialidad.

- Artículo 17: Este estudio se clasifica en la categoría II, Investigación con riesgo mínimo ya que se realizó la recolección de información mediante la aplicación de los cuestionarios: Inventario de Depresión de Beck y del cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo a las participantes, siendo así una investigación lícita ya que a la población a estudiar en ningún momento se puso en riesgo su salud ni su vida, así como tampoco se interfirió en su privacidad.
- Artículo 20: El consentimiento informado hace referencia a un acuerdo por escrito entre el participante e investigador en el cual el sujeto de estudio autorizó su participación en el estudio de investigación de manera voluntaria; en la presente investigación antes de ser firmado se llevó a cabo la explicación clara y precisa a cada participante sobre el mismo y debió ser firmado de manera voluntaria por el participante sin ser sometido a coacción por parte del investigador o investigadores, esto fue de manera voluntaria y siempre estando informado de todos los procesos que se realizarían, de los beneficios que obtendría así como los probables riesgos (el cual no implicó un peligro para su salud ni puso en riesgo su vida).
- Artículo 21: En el desarrollo de la presente investigación se explicó al sujeto de estudio cómo se responderían los cuestionarios: Inventario de Depresión de Beck II y el cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo de una forma clara y precisa siendo la información fácil de comprender para las participantes, la realización de este estudio se justificó mencionando la importancia que tiene para el sujeto de estudio recibir una explicación sobre sus resultados donde identificaran si su estado de ánimo en la última semana se había visto afectado por la tristeza o desánimo así como supo si las conductas alimentarias que tiene no son sanas o si se encuentra en riesgo de desarrollarlas; de tal manera que pudo descubrir si su manera de llevar a cabo su alimentación hace que se encuentre en riesgo de desarrollar un trastorno alimentario y si esto puede estar asociado o no a un pensamiento alterado de tristeza, si esto sucedió tuvo la oportunidad de obtener atención multidisciplinaria que le ayudara a identificar qué aspectos de su vida a nivel personal y de su entorno la pueden estar llevando a tener esas prácticas poco saludables para que pueda trabajar en ellos, fortalecerlos y así lograr un comportamiento alimentario y estado de ánimo más saludable y así prevenir a largo plazo el riesgo de presentar complicaciones asociadas a estos trastornos mentales lo cual la llevará a preservar su funcionalidad y obtener una adecuada calidad de

vida, así mismo si durante el llenado de los cuestionarios o al finalizarlos la participante identificó alguna otra práctica alimentaria o alteración del pensamiento que considerara dañinos para sí misma o anormal, se le brindó la apertura de comentarla al encuestador para recibir mayor orientación y consejería. Además, a cada participante se le entregaron y explicaron dos folletos con información general enfocados a la prevención de la depresión y de los trastornos alimentarios; al ser leídos con el investigador responsable la participante pudo preguntar sus dudas en el momento y ser resueltas de manera sencilla para su conocimiento. Así mismo, los participantes de este estudio tuvieron la garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta, duda o aclaración sobre absolutamente todos los procedimientos que se llevaran a cabo, siendo así que si durante la resolución de los cuestionarios surgió alguna duda esta fue resuelta por el investigador para poder continuar con el llenado del mismo. El sujeto de estudio tuvo la libertad de retirar en cualquier momento su consentimiento para participar en el estudio y pudo abandonar la investigación sin que esto creara coacción para continuar su atención y tratamiento, de igual manera se mantuvo la confidencialidad y privacidad de la información obtenida de cada sujeto, con el compromiso por parte del investigador de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio aunque esta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando. La disponibilidad del tratamiento médico y la indemnización a la que legalmente tendría derecho por parte del Instituto Mexicano del Seguro Social, en caso de daños que lo ameritaran, directamente relacionados con la investigación, y si existieron gastos adicionales fueron absorbidos por el presupuesto de la investigación.

- Artículo 22: En el desarrollo de la presente investigación se elaboró un consentimiento informado por el investigador principal que contó con la información previamente revisada, indicando los nombres y direcciones de dos testigos y su relación con el sujeto de investigación, estos también debieron firmar el consentimiento. En caso de que el sujeto de estudio no supiera firmar, imprimió su huella digital y a su nombre firmó otra persona que él designara, así mismo se extendió por duplicado, quedando un ejemplar en poder del participante y/o representante legal.
- Artículo 24: De existir algún tipo de relación investigador-sujeto de investigación que le impidiera otorgar libremente su consentimiento, éste debió ser obtenido por otro

miembro del equipo de investigación que fuera completamente independiente de la relación investigador-sujeto de investigación.

De acuerdo a la NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012 el investigador garantizó: ⁽⁵⁵⁾

- Apartado 6. El estudio se realizó en el área de consulta externa dentro de las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar Número 77 San Agustín, del Instituto Mexicano del Seguro Social, previamente revisado y autorizado por el comité de ética e investigación con previa firma de consentimiento informado de manera voluntaria por parte del sujeto de estudio.
- Apartado 8. El estudio se realizó en una institución, la cual cuenta con la infraestructura y capacidad resolutive suficiente para proporcionar atención médica adecuada, ante la presencia de cualquier efecto adverso derivado de la investigación. La atención medica no fue condicionada a cambio de otorgar su consentimiento o para continuar participando en el estudio. El investigador principal informó al comité de ética en la investigación de todo efecto adverso probable o directamente relacionado con la investigación. Así como la periodicidad que la misma establezca, sobre la ausencia de efectos adversos en la investigación.
- Apartado 10: La carta de consentimiento informado en materia de investigación cumplió con los requisitos que se indican en el reglamento. El investigador principal informó al sujeto durante el desarrollo de la investigación, acerca de las implicaciones de cada maniobra y de las características de su padecimiento. Así mismo informó acerca de la conveniencia de tomar una opción terapéutica adecuada a las características particulares de cada participante. El investigador se abstuvo de obtener consentimiento de sujetos de investigación que se encontraran ligados a él por algún tipo de dependencia, ascendencia o subordinación.
- Apartado 11: Respecto al desarrollo de la maniobra fue responsabilidad del Instituto Mexicano del Seguro Social. El sujeto de investigación tuvo en todo momento el derecho de retirar su consentimiento para dejar de participar en la investigación en el momento que así lo quisiera, asegurando en todo momento por parte del investigador principal la continuidad del cuidado hasta tener certeza de que no hubo daños que resultaran de la investigación.

- Apartado 12. El investigador y los comités en materia de investigación para la salud protegieron la identidad, así como los datos personales de los sujetos de investigación durante el desarrollo, como en la publicación y divulgación de los resultados.

De acuerdo a la Ley federal de protección de datos personales en posesión de los particulares, la cual fue publicada el 5 de julio de 2010 en el Diario Oficial de la Federación, el investigador responsable garantizó: ⁽⁵⁶⁾

- Artículo 7: Los datos personales requeridos se recabaron de manera legal y transparente por medio del cuestionario sociodemográfico, no siendo este un medio fraudulento o engañoso, la información fue manejada de manera confidencial.
- Artículo 8: El consentimiento informado fue expresado explícitamente ya que hubiera un acuerdo verbal y posteriormente por escrito con la firma de la carta de consentimiento informado.
- Artículo 9: En cuanto a los datos personales se obtuvo el consentimiento verbal y por escrito de los participantes para su ingreso al estudio de investigación, por medio de su firma, previa explicación del objetivo o justificación concreta y legítima de las actividades del estudio.
- Artículo 12: Todos los datos personales debieron limitarse al cumplimiento de lo previsto en el aviso de privacidad, en caso de utilizar los datos para otro fin distinto al mencionado, se debió de presentar otro consentimiento del titular.
- Artículo 13: El uso de los datos personales fue el que resultara necesario, adecuado y relevante en relación con las finalidades previstas en el aviso de privacidad. En particular para datos sensibles, el investigador debió realizar esfuerzos suficientes para limitar el periodo de uso de los mismos con el objetivo de que fuera el mínimo indispensable.
- Artículo 14: Como responsable el investigador principal, verificó el estricto cumplimiento de los principios de la protección de datos personales en apego a lo expuesto en esta ley, adoptando todas las medidas necesarias para poder garantizar que el aviso de privacidad, que se dio a conocer al titular en el consentimiento informado fuera respetado en todo momento.

En la sección de anexos se adjunta la carta de consentimiento informado.

12. Recursos, financiamiento y factibilidad:

Recursos humanos: Médico residente de medicina familiar, encargado de aplicación de cuestionarios, recolección de datos, análisis de resultados. Asesor temático y metodológico. Médicos especialistas en Medicina Familiar encargados de orientar sobre la delimitación del problema a estudiar, aportando sus conocimientos y sobre aspectos metodológicos en la investigación que lleva el Médico residente. Pacientes: Derechohabientes mujeres de 18 a 40 años, pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar Número 77 que aceptaron participar en el estudio.

Recursos físicos: Instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar Número 77 ubicada en San Agustín. Avenida San Agustín, Poniente 4, Colonia Olímpica 68, Ecatepec de Morelos, Estado de México. C.P: 55130. Perteneciente a la Delegación Oriente.

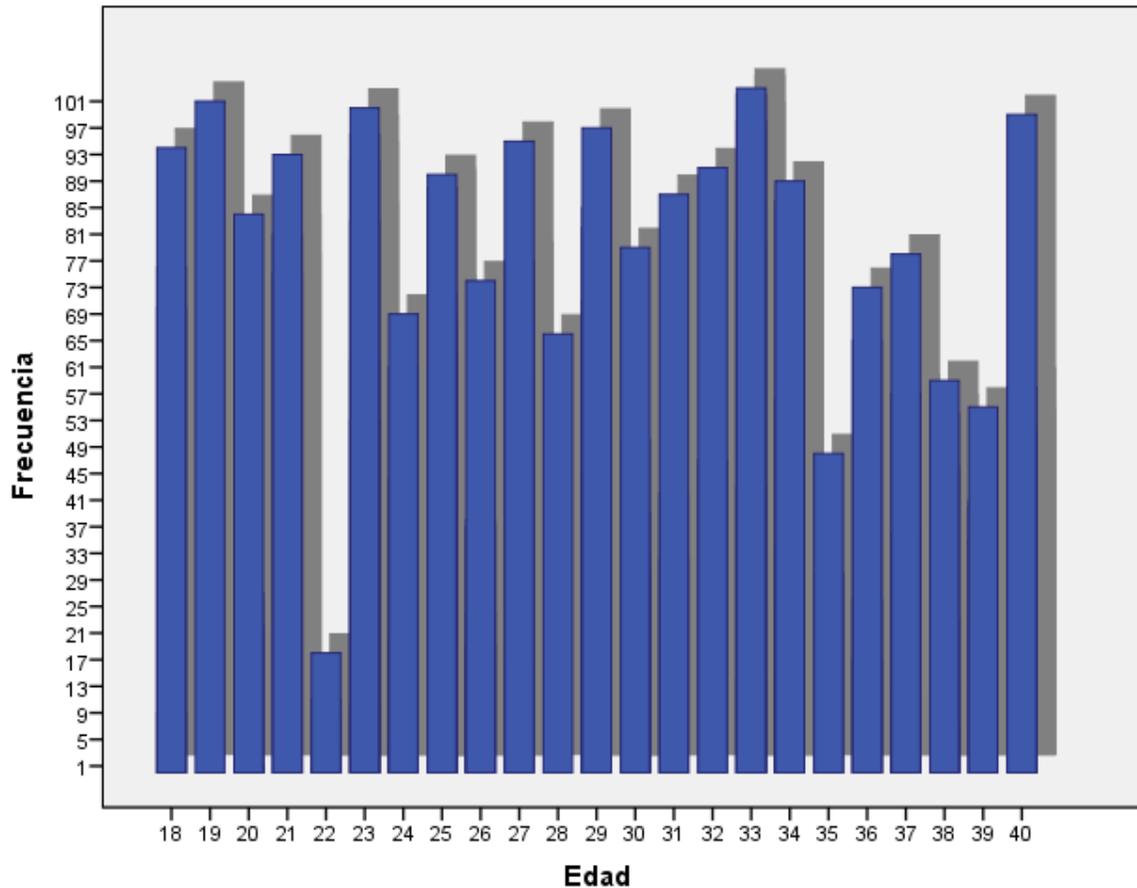
Financiamiento: Los recursos fueron proporcionados por la beca del Instituto Mexicano del Seguro Social percibida por el Médico Residente.

Factibilidad: Fue factible realizar la investigación con los recursos proporcionados por el Instituto Mexicano del Seguro Social. Respecto al universo de trabajo fue viable pues se encuentra en una entidad y municipio con alta prevalencia de la patología.

VII. RESULTADOS.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal en la Unidad de Medicina Familiar No 77, con una muestra de 103 mujeres adultas, con respecto a la edad se identificó una mediana de 29 años, con un rango intercuartil de 22 (18-40). (Gráfico 1)

Gráfico 1. Edad de las mujeres adultas de la UMF 77.



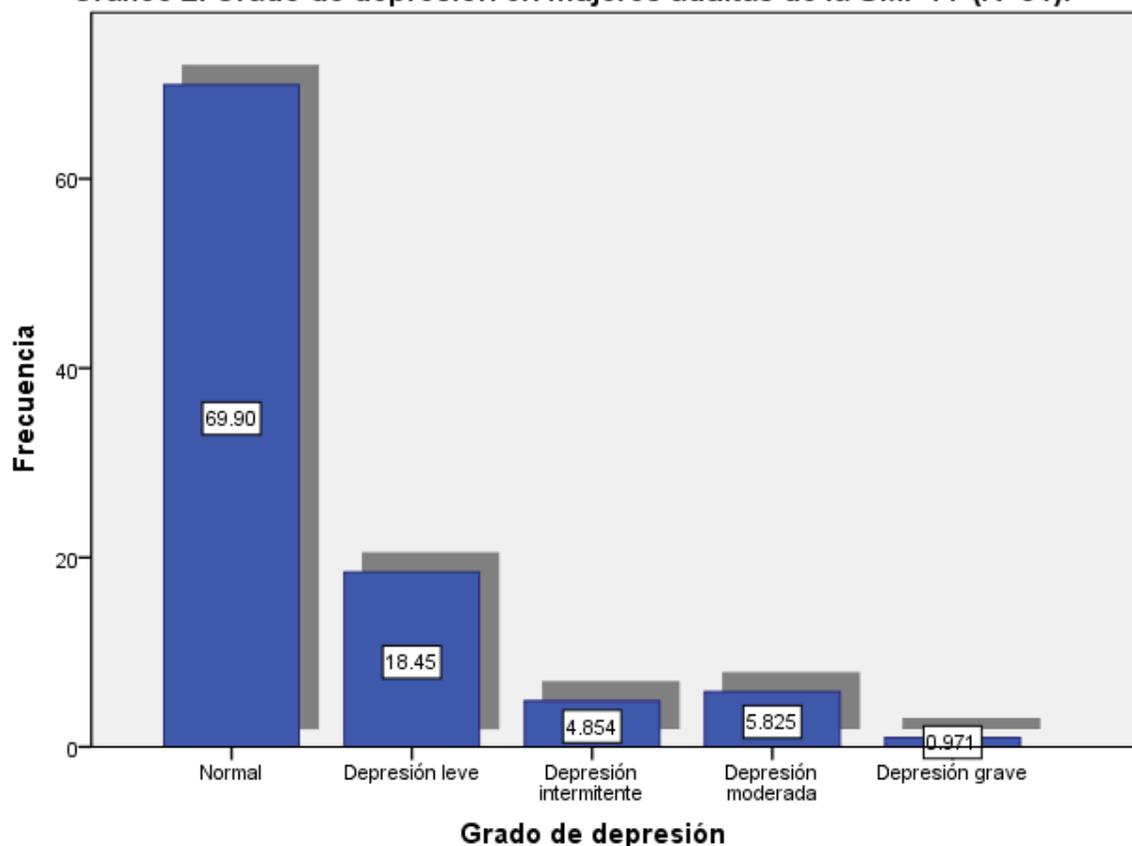
Con respecto al estado civil de las participantes por porcentaje en orden descendente el 41.7% (43) eran solteras, el 30.1% (31) casadas, el 26.2% (27) se encontraban en unión libre, mientras que el 1% (1) fueron divorciadas, siendo el mismo caso para las viudas con un 1% (1). De acuerdo a la ocupación se determinó que el 57.3% (59) eran empleadas, el 31.1% (32) fueron amas de casa, el 10.7% (11) eran estudiantes, mientras que solo el 1% (1) eran independientes. La escolaridad identificada de las participantes fue del 31.1% (32) para el nivel superior, mismo caso del 31.1% (32) para nivel medio superior, el 25.2% (26) para secundaria, el 8.7% (9) para primaria y solo el 3.9% (4) para posgrado. (Tabla 1)

Tabla 1. Variables sociodemográficas de mujeres adultas de la UMF 77.

Estado civil		
	Frecuencia	Porcentaje
Soltera	43	41.7
Casada	31	30.1
Divorciada	1	1.0
Viuda	1	1.0
Unión libre	27	26.2
Total	103	100.0
Ocupación		
	Frecuencia	Porcentaje
Estudiante	11	10.7
Empleada	59	57.3
Independiente	1	1.0
Ama de casa	32	31.1
Total	103	100.0
Escolaridad		
	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	9	8.7
Secundaria	26	25.2
Medio superior	32	31.1
Superior	32	31.1
Posgrado	4	3.9
Total	103	100.0

Para evaluar la frecuencia de depresión se aplicó el cuestionario de Beck para depresión II, donde los resultados fueron ausente o normal en el 69.9% (72), mientras que ésta si se encontraba presente en el 30.1% (31) de las participantes. Al evaluar los grados de depresión en el 18.4% (19) se encontró en depresión leve, el 5.8% (6) en depresión moderada, el 4.9% (5) en depresión intermitente y solo el 1% (1) en depresión grave. (Gráfico 2)

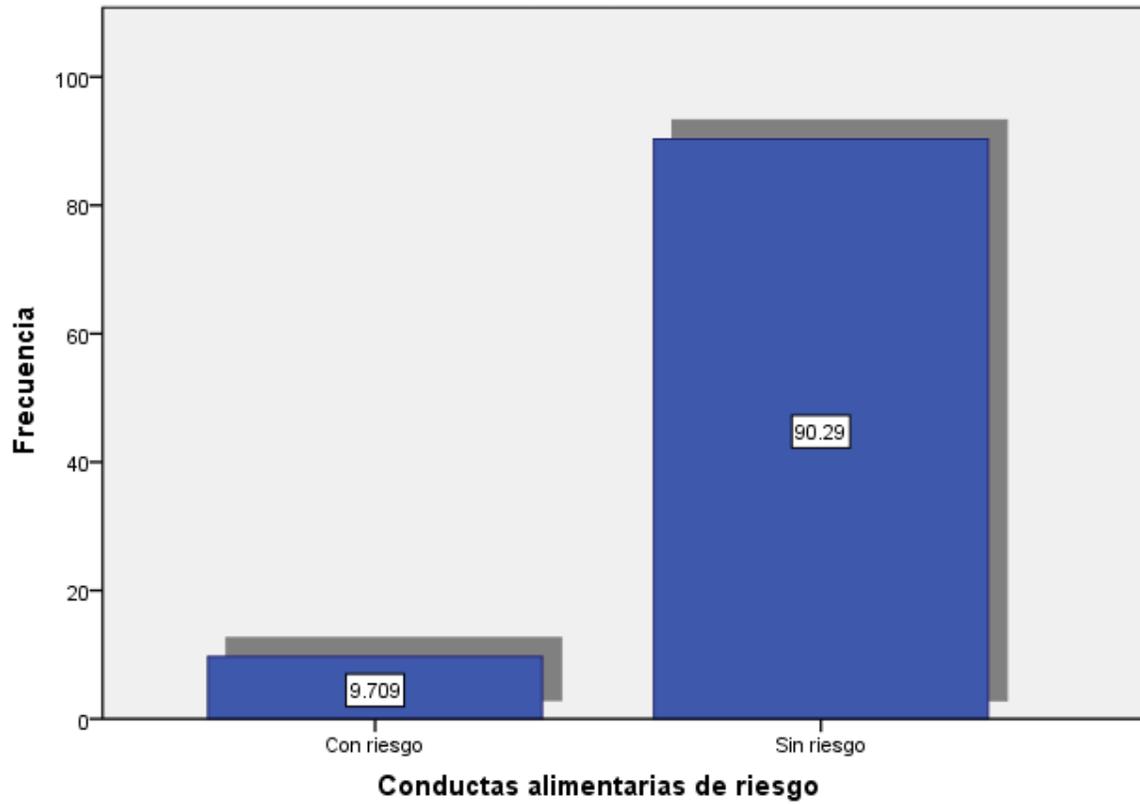
Gráfico 2. Grado de depresión en mujeres adultas de la UMF 77 (N=31).



FUENTE: Hoja de recolección de datos 2022 para mujeres adultas de la UMF 77.

Tras la aplicación del cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo, se determinó que estaba presente en el 9.7% (10) de las participantes mientras que la ausencia de las mismas corresponde al 90.3% (93) (Gráfico 3)

Gráfico 3. Conductas alimentarias de riesgo en mujeres adultas de la UMF 77 (N=31)



FUENTE: Hoja de recolección de datos 2022 para mujeres adultas de la UMF 77.

VIII. DISCUSIÓN.

En el presente trabajo se estudió la presencia de depresión y las conductas alimentarias de riesgo en mujeres adultas de la UMF 77. Se usaron como instrumentos de medición la versión adaptada al español y validada en población mexicana del Inventario de Beck de Depresión II y el cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo obteniendo como resultados que las participantes tuvieron una edad media de 29.01 años; dentro de las cuales las características sociodemográficas que destacaron fueron para estado civil solteras con un 41.7%, de acuerdo a ocupación empleadas con un 57.3%, mientras que la escolaridad fue el nivel superior y nivel medio superior con 31.1% cada uno.

De acuerdo al Panorama Epidemiológico de las Enfermedades No Transmisibles en México del año 2020, la tasa de incidencia de depresión fue de 66.3 casos por cada 100 mil habitantes y la incidencia por grupo de edad y sexo se observó mayormente en mujeres de 60 a 64 años con 230.6 casos, seguido del grupo de 45 a 49 años de edad con una tasa de 180.2. ⁽⁸⁾ Mientras que la edad promedio de aparición de los trastornos de la conducta alimentaria es la pubertad en ambos sexos, aunque se ha descrito que los picos de presentación suelen evidenciarse a los 18 años, ⁽²⁴⁾ así mismo se reporta una incidencia máxima en mujeres al comienzo de la edad reproductiva, es decir, al final de la adolescencia. ⁽²⁵⁾ La edad promedio de presentación de la anorexia nerviosa es entre los 16 y 25 años, con una edad media de 17 años; en la bulimia nerviosa este comienzo se da entre los 18 y 25 años. ⁽²⁶⁾ De acuerdo a estos datos para este estudio se seleccionó el grupo de edad entre 18 a 40 años del sexo femenino obteniendo que se cuenta con un universo de 400 derechohabientes mujeres de este grupo etario registrados en el año 2022 en la UMF 77 por lo que a través de la fórmula para población finita se obtuvo una muestra de 103 sujetos de estudio.

Tras la aplicación del cuestionario Beck II para depresión se obtuvo que en el 69.9% de las participantes estaba ausente o normal mientras que ésta si se encontraba presente en el 30.1% de las participantes, es decir en 31 de las 103 participantes; de ese 30.1% el 18.4% se encontró en depresión leve, el 5.8% en depresión moderada, el 4.9% en depresión intermitente y solo el 1% en depresión grave, datos concordantes con lo previamente descrito en México por Agudelo y colaboradores en el año 2021 ⁽⁶⁾ donde describieron que la prevalencia de los trastornos depresivos tiene las tasas más altas en los estados de Campeche, Quintana Roo, Tabasco y Yucatán mientras que el Estado de México, Sinaloa y Ciudad de México tienen las más bajas, con una prevalencia ajustada por edad de 21.2% y de incidencia 27.7% en mujeres, se había identificado como el grupo más vulnerable la

cohorte de mujeres de 45 a 54 años. ⁽⁷⁾, grupo de edad que no fue estudiado en esta investigación; lo cual apoya el resultado que para el caso de las participantes que presentaban depresión tras la aplicación de la prueba fue en un grado leve.

Para el caso de las conductas alimentarias de riesgo estas solo fueron identificadas en 10 de las 103 participantes de este estudio, es decir en el 9.7% de las participantes; datos que son cercanos pero ligeramente más altos respecto a estudios previos realizados en población adulta mexicana como lo reportado por Unikel y colaboradores en un grupo de universitarios donde se reportó que en mujeres con una edad promedio de 19.3+- 2.4 años la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo fue del 6.1% ⁽³¹⁾

IX. CONCLUSIÓN.

Se rechaza la hipótesis descrita en la que la depresión se presenta en un 10% ⁽⁷⁾ y está asociada a conductas alimentarias de riesgo en un 90%, ⁽⁵⁰⁾ en mujeres adultas de la Unidad de Medicina Familiar No 77 ya que de acuerdo a los resultados obtenidos la frecuencia de depresión fue del 30.1% mientras que la frecuencia de conductas alimentarias de riesgo solo fue del 9.7%.

De acuerdo a los datos previamente reportados se sustenta que la frecuencia de la depresión se encuentra mayormente presente a lo esperado que era únicamente del 10%, al haberse identificado en el 30.1% de las participantes, encontrándose en los rangos entre depresión leve a moderada; lo que señala la necesidad de la aplicación de este tipo de instrumentos prácticos y sencillos en la consulta diaria de medicina familiar ya que probablemente es un problema de salud que se encuentra subdiagnosticado; por otro lado la frecuencia de las conductas alimentarias de riesgo fue considerablemente más baja a la esperada, lo cual se encuentra respaldado por la investigación previamente realizada ya que no es el rango de edad en el que mayormente se encuentran presentes este tipo de trastornos de la conducta alimentaria, esto no quiere decir que nunca se llegue a presentar en este rango de edad pues ese 9.7% de frecuencia presentado en este estudio es suficiente para sugerir de igual manera que no se deje de lado el tamizaje de esta patología sobre todo en mujeres en las cuales se puedan identificar factores de riesgo ya que dentro de esta sociedad con un ideal de delgadez muy arraigado como el ideal, ninguna se encuentra exenta de padecerlo sin importar su edad y las consecuencias pueden ser catastróficas las cuales como médicos familiares podemos prevenir si las identificamos a tiempo.

Así mismo no es suficiente con hacer esa detección precoz, debemos recordar que la medicina de primer nivel es preventiva por lo que es importante que como médicos familiares se trabaje en la educación al paciente con el apoyo de los diferentes servicios que se encuentran a nuestro alcance como lo es el de nutrición donde de manera conjunta se les enseñe a llevar a cabo una alimentación saludable desde la población en riesgo de desarrollar conductas alimentarias poco saludables así como a los pacientes con algún antecedente de enfermedad mental pues éste será el momento crucial para que puedan adoptar estilos de vida saludables.

Otro gran aspecto a considerar en el cual se podría observar un gran impacto en el seguimiento y tratamiento de esta población es en el servicio de psicología con el cual no contamos en todas las unidades de medicina familiar; tal es el caso de la UMF 77, en el que solo en algunas ocasiones se brinda apoyo a casos de la consulta externa por lo que recomendaría que cada unidad contara con la participación de estos profesionales ya que este seguimiento está considerado dentro del tratamiento integral de estas pacientes, puesto que el manejo no estará completo si no va de la mano de un especialista que nos ayude a identificar todos los factores tanto personales como sociales que llevan a las pacientes a desarrollar estas conductas y enfermedades mentales y que a su vez den seguimiento a los mismos para ofrecer estrategias que les ayuden a mejorarlos.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. OMS. Depression [Internet]. Who.int. [citado el 15 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/la-d%C3%A9pression>
2. Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. [Internet]. México. CENETEC. Actualización 2015. [citado el 15 de julio de 2022]. Disponible en: [161GER.pdf \(imss.gob.mx\)](#)
3. Gutiérrez R L, Porras S A, Dunne H, et. al. Prevalence and correlates of major depressive disorder: a systematic review. Rev Bras Psiquiatr [Internet]. 2020 [citado el 15 de julio de 2022];42(6):657–72. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2020-0650>
4. Gharraee B, Zahedi T K, Sheybani F, et al. Prevalence of major depressive disorder in the general population of Iran: A systematic review and meta-analysis. Med J Islam Repub Iran [Internet]. 2019 [citado el 15 de julio de 2022];33:151. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.34171/mjiri.33.151>
5. NIH. Major depression [Internet]. National Institute of Mental Health (NIMH). [citado el 15 de julio de 2022]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/major-depression>
6. Agudelo B M, Giraldo R L, Rojas R M, et al. Prevalence, incidence and years of life adjusted for disability due to depressive disorders in Mexico: Results of the Global Burden of Disease Study 2019. Journal of Affective Disorders Reports [Internet]. 2021;6(100206):100206. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2666915321001323>
7. Rafful C, Medina M ME, Borges G, et. al. Depression, gender, and the treatment gap in Mexico. J Affect Disord [Internet]. 2012;138(1–2):165–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032711008032>
8. Gobierno de México [Internet]. Gob.mx. [citado el 15 de julio de 2022]. Disponible en: https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/pano-OMENT/panoepid_ENT2020.pdf
9. Jesulola E, Micalos P, Baguley IJ. Understanding the pathophysiology of depression: From monoamines to the neurogenesis hypothesis model - are we there yet? Behav Brain Res [Internet]. 2018;341:79–90. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0166432817318521>
10. Chand SP, Arif H. Depression. En: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2022. [citado el 15 de julio de 2022]. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430847/#:~:text=Epidemiology%20Twelve%20month%20prevalence%20of%20major%20depressive%20disorder%20is,higher%20rates%20than%20males%20beginning%20in%20early%20adolescence.>

11. DSM-5 [Internet]. Psychiatry.org. [citado el 15 de julio de 2022]. Disponible en: <http://www.psychiatry.org/dsm5>
12. Ting EY-C, Yang AC, Tsai S-J. Role of interleukin-6 in depressive disorder. Int J Mol Sci [Internet]. 2020 [citado el 18 de julio de 2022];21(6):2194. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32235786/>
13. Beck TA, Steer AR, Garbin GM: Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Review, 8:77-100,1988.
14. Beck TA, Steer AR, Brown GK (2006). BDI-II Inventario de Depresión de Beck Segunda edición Manual. Argentina: Paidós.
15. Andrade P L. Repositorio de Tesis DGBSDI: Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck II (DBDI-II) en residentes de la Ciudad de México [Internet]. Unam.mx. [citado el 15 de julio de 2022]. Disponible en: https://ru.dgb.unam.mx/handle/DGB_UNAM/TES01000665331
16. Dwivedi Y. MicroRNAs in depression and suicide: Recent insights and future perspectives. J Affect Disord [Internet]. 2018 [citado el 15 de julio de 2022];240:146–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2018.07.075>
17. Simon G, Ormel J, VonKorff M, et. al. Health care costs associated with depressive and anxiety disorders in primary care. Am J Psychiatry [Internet]. 1995 [citado el 17 de julio de 2022];152(3):352–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7864259/>
18. Jonapá C VH, Rivas B MG, Durán G RM. Et. al. La Depresión. Un problema de salud pública de las mujeres en Chiapas [Internet]. Uanl.mx. 2020 [citado el 17 de julio de 2022]. Disponible en: <https://respyn.uanl.mx/index.php/respyn/article/view/506/364>
19. Wagner FA, González F C, Sánchez G S, et.al. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Salud Ment (Mex) [Internet]. 2012 [citado el 17 de julio de 2022];35(1):3–11. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01853325201200010002
20. Unikel S C, Díaz de León V C, Rivera M JA. Conductas alimentarias de riesgo y factores de riesgo asociados: desarrollo y validación de instrumentos de medición

- [Internet]. México. Universidad Autónoma Metropolitana. 2017. 2010 [citado el 15 de julio 2022]. Disponible en: [Conductas alimentarias.pdf \(uam.mx\)](#)
21. Prevención y diagnóstico oportuno de los trastornos de la conducta alimentaria: anorexia nerviosa y bulimia nerviosa en el primer nivel de atención [Internet]. Cenetec-difusion.com. [citado el 16 de julio de 2022]. Disponible en: <https://cenetec-difusion.com/gpc-sns/?p=769>
 22. Shisslak CM, Crago M, Estes LS. The spectrum of eating disturbances. *Int J Eat Disord* [Internet]. 1995;18(3):209–19. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1002/1098-108x\(199511\)18:3<209::aid-eat2260180303>3.0.co;2-e](http://dx.doi.org/10.1002/1098-108x(199511)18:3<209::aid-eat2260180303>3.0.co;2-e)
 23. Caldera Z IA, Martín del Campo R P, Caldera MJF, et.al.. Predictors of risk eating behaviors in high school students / Predictores de conductas alimentarias de riesgo en estudiantes de bachillerato. *Rev Mex Trastor Aliment* [Internet]. 2019 [citado el 16 de julio de 2022];10(1):22–31. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232019000100022
 24. Arellano P OG. Efectividad de un programa de prevención de conductas alimentarias no saludables y sedentarismo en adolescentes de preparatoria en Mineral de la Reforma, Hidalgo. Tesis doctoral. Hidalgo. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 2019. [Internet]. [citado el 16 de julio de 2022] Disponible en: <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/2617/Efectividad%20programa%20no%20saludables%20y%20sedentarismo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 25. Van E AE, Van H D, Hoek HW. et. Al. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2021;34(6):515–24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0000000000000739>
 26. Keski R A. Epidemiology of binge eating disorder: prevalence, course, comorbidity, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2021;34(6):525–31. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1097/YCO.0000000000000750>
 27. Medina M ME, Borges G, Lara MC, et. al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003;26(4):1-16.
 28. Ayuzo DV N C, Covarrubias E JD. Trastornos de la conducta alimentaria. *Rev mex pediatr* [Internet]. 2019 [citado el 16 julio de 2022];86(2):80–6. Disponible en:

[http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003500522019000200080&script=sci_ar
ttext](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S003500522019000200080&script=sci_ar
ttext)

29. Le Floch M, Crohin A, Duverger P, et.al. Prevalence and phenotype of eating disorders in assisted reproduction: a systematic review. *Reprod Health* [Internet]. 2022;19(1):38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12978-022-01341-w>
30. Duarte JM, Mendieta ZH. Trastornos de la Conducta Alimentaria. *Problema de Salud Pública. Inteligencia Epidemiológica* [Internet]. 2019 [citado el 16 julio de 2022]; 2019;1:33-38. Disponible en: https://salud.edomex.gob.mx/cevece/docs/revista_IE/revista_1_19inteli.pdf
31. Unikel S C, Caballero R A. Guía clínica para trastornos de la conducta alimentaria. [Internet]. Guías clínicas para la atención de trastornos mentales. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. 2010 [citado el 16 de julio 2022]. Disponible en: trastornos_alimentacion.pdf (inprf-cd.gob.mx)
32. Machado PPP, Machado BC, Goncalves S, et.al. The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *Int J Eat Disord* [Internet]. 2007;40(3):212–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1002/eat.20358>
33. Unikel S C, Nuño G B, Celis DR A, et al. Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. [Internet]. Medigraphic.com. [citado el 10 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revinvcli/nn-2010/nn105g.pdf>
34. Resultados de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2018-2019. [Internet]. [citado el 16 de julio de 2022]. Disponible en: ensanut_2018_informe_final.pdf (insp.mx)
35. Unikel S C. Conductas alimentarias de riesgo y correlatos psicosociales en estudiantes universitarios de primer ingreso con sobrepeso y obesidad. *Salud Ment (Mex)* [Internet]. 2016;39(3):141–8. [citado el 16 de julio de 2022]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2016.012>
36. Villalobos A, Unikel S C, Hernández S MI, et. al. Evolución de las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes mexicanos, 2006-2018. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2020;62(6):734–44. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21149/11545>
37. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* [Internet]. 1979;9(2):273–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1017/s0033291700030762>
38. Unikel S C, Bojórquez C I, Carreño GS. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Publica Mex* [Internet].

- 2004;46(6):509–15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/s0036-36342004000600005>
39. Franco P K, Alvarez R GL, Ramírez R RE. Instrumentos para trastornos del comportamiento alimentario validados en mujeres mexicanas: Una revisión de la literatura. *Rev Mex Trastor Aliment* [Internet]. 2011 [citado el 10 de enero de 2022];2(2):148–64. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232011000200009
40. Mengin A, Allé MC, Rolling J, et al. Conséquences psychopathologiques du confinement. L'Encéphale. 2020 Jun; [citado el 17 de julio de 2022] 46(3):S43–52. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7174176/>
41. Kris E PM, Petersen KS, Hibbeln JR et al. Nutrition and behavioral health disorders: depression and anxiety. Nutr Rev [Internet]. 2021 [citado el 18 de julio de 2022];79(3):247–60. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1093/nutrit/nuaa025>
42. Arellano P OG. Efectividad de un programa de prevención de conductas alimentarias no saludables y sedentarismo en adolescentes de preparatoria en Mineral de la Reforma, Hidalgo. Tesis doctoral. Hidalgo. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. 2019. [Internet]. [citado el 10 de enero de 2022] Disponible en: <http://dgsa.uaeh.edu.mx:8080/bibliotecadigital/bitstream/handle/231104/2617/Efectividad%20programa%20no%20saludables%20y%20sedentarismo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
43. Park LT, Zarate CA Jr. Depression in the primary care setting. *N Engl J Med* [Internet]. 2019 [citado el 18 de julio de 2022];380(6):559–68. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp1712493>
44. McCartney G, Popham F, McMaster R, et.al. Defining health and health inequalities. *Public Health* [Internet]. 2019 [citado el 18 de julio de 2022];172:22–30. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2019.03.023>
45. Mulchandani M, Shetty N, Conrad A, et.al. Treatment of eating disorders in older people: a systematic review. *Syst Rev* [Internet]. 2021;10(1):275. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13643-021-01823-1>
46. Ren F F, Guo R J. Public mental health in post-COVID-19 era. *Psychiatr Danub* [Internet]. verano de 2020 [citado el 18 de julio de 2022];32(2):251–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32796794/>

47. Casper RC. Depression and eating disorders. *Depress Anxiety* [Internet]. 1998; [citado el 18 de julio de 2022]; 8(S1):96–104. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1002/\(sici\)1520-6394\(1998\)8:1+<96::aid-da15>3.0.co;2-4](http://dx.doi.org/10.1002/(sici)1520-6394(1998)8:1+<96::aid-da15>3.0.co;2-4)
48. McCarthy M. The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behav Res Ther* [Internet]. 1990;28(3):205–15. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967\(90\)90003-2](http://dx.doi.org/10.1016/0005-7967(90)90003-2)
49. Barrionuevo JA, Tocci RF, Vega VC, et. al. DEPRESIÓN Y TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA EN UNA MUESTRA NO CLÍNICA DE ADOLESCENTES MUJERES. *Anu investig* [Internet]. 2009;XVI:103–14. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=369139945010>
50. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA: Diccionario de la lengua española, 23.^a ed., [versión 23.5 en línea]. <<https://dle.rae.es>> [citado el 12 de enero de 2022]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
51. Comisión Nacional de Bioética. Código de Nuremberg [Internet] [Citado el 19 de julio de 2022]. Disponible en: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/normatividad/normainter.htm>
52. Comisión Nacional de Bioética. Declaración de Helsinki de la asociación médica mundial [Internet] [Citado el 19 de julio de 2022]. Disponible en: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/normatividad/normainter.html>
53. Comisión Nacional de Bioética. Informe Belmont Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación [Internet] [Citado el 19 de julio de 2022]. Disponible en: <http://www.conbioetica-mexico.salud.gob.mx/interior/normatividad/normainter.html>
54. México. Secretaría de Salud. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. [Internet] [Citado el 19 de julio de 2022]. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
55. DOF- Diario Oficial de la Federación NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. [Publicado el 5 de noviembre de 2009, citado el 19 de julio de 2022]. Disponible en: http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013
56. Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares. publicada en el Diario Oficial de la Federación. [Publicado el 5 de julio de 2010,

citado el 19 de julio de 2022]. Disponible en :
<https://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>

XI. ANEXOS.

	<p align="center">INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL</p> <p align="center">UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 77 "SAN AGUSTIN"</p> <p align="center">Anexo 1 Hoja de recolección de datos Depresión y conductas alimentarias de riesgo en mujeres adultas</p>	<p>FOLIO.</p> <p>FECHA:</p> <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">Día</td> <td colspan="2">Mes</td> <td colspan="4">Año</td> </tr> </table>									Día		Mes		Año			
Día		Mes		Año														

DATOS GENERALES

<p>Edad: _____ años</p>	<p>Sexo: ()</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Masculino 2. Femenino
<p>Estado civil: ()</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Soltera 2. Casada 3. Divorciada 4. Viuda 5. Unión libre 	<p>Ocupación: ()</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Estudiante 2. Empleada 3. Independiente 4. Jubilada 5. Ama de casa
<p>Escolaridad ()</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Analfabeta 2. Primaria 3. Secundaria 4. Medio superior 5. Superior 6. Posgrado 	<p>Depresión ()</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausente 2. Presente
<p>Grado de depresión ()</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Normal, 2. Depresión leve 3. Depresión intermitente, 4. Depresión moderada, 5. Depresión grave 6. Depresión extrema. 	<p>Conductas alimentarias de riesgo ()</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Con riesgo 2. Sin riesgo



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 77 "SAN AGUSTIN"

Anexo 2. Inventario de Beck II
Depresión y conductas alimentarias de riesgo en mujeres adultas

FOLIO.

FECHA:

--	--	--	--	--	--	--	--

Día Mes Año

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II

Instrucciones: En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, subraye cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1.
 - No me siento triste
 - Me siento triste.
 - Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo
 - Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo
2.
 - No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 - Me siento desanimado respecto al futuro.
 - Siento que no tengo que esperar nada.
 - Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán
3.
 - No me siento fracasado.
 - Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 - Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 - Me siento una persona totalmente fracasada
4.
 - Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 - No disfruto de las cosas tanto como antes.
 - Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 - Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.
 - No me siento especialmente culpable.
 - Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 - Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 - Me siento culpable constantemente.

6.

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.
- Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto.

7.

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

8.

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

9.

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

10.

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

11.

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

12.

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

13.

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

14.

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15.

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

16.

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

17.

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

18.

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

19.

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

20.

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

21.

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

¡Gracias por su participación!

A continuación, le explicamos su resultado:

- Puntuación de acuerdo a respuestas:

0 puntos	1 punto	2 puntos	3 puntos
-----------------	----------------	-----------------	-----------------

Interpretación:

- 1 a 10 puntos: altibajos considerados normales
- 11 a 16 puntos: una leve perturbación del estado de ánimo
- 17 a 20 puntos: estados de depresión intermitentes
- 21 a 30 puntos: depresión moderada
- 31 a 40 puntos: depresión grave
- + de 40 puntos: depresión extrema



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 77 "SAN AGUSTIN"

**Anexo 3. Cuestionario Conductas Alimentarias de Riesgo
Depresión y conductas alimentarias de riesgo en mujeres adultas**

FOLIO.

FECHA:

--	--	--	--	--	--	--	--

Día Mes Año

CUESTIONARIO CONDUCTAS ALIMENTARIAS DE RIESGO

Instrucciones: Por favor, ponga una "x" en la casilla que mejor refleje su caso durante los últimos tres meses.

No	Descripción	Nunca o casi nunca	A veces	Con frecuencia dos veces a la semana	Con mucha frecuencia más de dos veces a la semana
1	Me ha preocupado engordar				
2	En ocasiones he comido demasiado, me he atascado de comida				
3	He perdido el control sobre lo que como (tengo la sensación de no poder parar de comer)				
4	He vomitado después de comer para tratar de bajar de peso				
5	He hecho ayunos (Dejar de comer por 12 horas o más) para tratar de bajar de peso				
6	He hecho dietas para tratar de bajar de peso				
7	He hecho ejercicio para tratar de bajar de peso				
8	He usado pastillas para tratar de bajar de peso. Especifique cuáles: _____				
9	He tomado diuréticos (Sustancia para perder agua) para tratar de bajar de peso. Especifique cuáles: _____				
10	He tomado laxantes (Sustancia para facilitar la evacuación) para tratar de bajar de peso. Especifique cuáles: _____				

¡Gracias por su participación!

A continuación, le explicamos su resultado:

Puntuación de acuerdo a respuestas:

NUNCA O CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIADOS VECES A LA SEMANA	CON MUCHA FRECUENCIA MÁS DE DOS VECES A LA SEMANA
0 puntos	1 punto	2 puntos	3 puntos

Si la suma de sus respuestas es mayor o igual 11 se considera que realiza conductas alimentarias de riesgo.

A ser llenado por el investigador:

Puntaje obtenido en Inventario de Depresión de Beck	
Presencia de Depresión de acuerdo a interpretación de puntaje.	
Puntaje obtenido en Cuestionario de Conductas alimentarias de riesgo.	
Presencia de conductas alimentarias de riesgo.	SI NO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Anexo 4. Carta de consentimiento informado para participación
en protocolos de investigación (adultos)

Nombre del estudio:	Depresión y conductas alimentarias de riesgo en mujeres adultas
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica
Lugar y fecha:	Ecatepec de Morelos, Estado de México, UMF No. 77 del IMSS, a _____ de _____ del 2022.
Número de registro:	R-2022-1401-061
Justificación y objetivo del estudio:	<p>Actualmente se conoce que existe una gran cantidad de problemas de la salud mental, dentro de los cuales destaca el porcentaje de un estado de tristeza persistente y falta de interés a actividades que previamente eran satisfactorias, asociada mayormente a problemas de los hábitos alimenticios en las mujeres adultas, lo cual lleva a una gran problemática para la realización sobre las actividades diarias y por ende pérdida de la funcionalidad y calidad de vida de quienes la padecen, en sus expresiones máximas incluso puede conducir a ocasionar lesiones que lo lleven a la muerte, por lo cual se invita a participar en este protocolo de investigación, dada su importancia.</p> <p>Objetivo: Identificar la depresión y conductas alimentarias de riesgo en mujeres adultas de la UMF 77.</p>
Procedimientos:	Su participación consistirá en el llenado de una hoja de recolección de información, la cual solicita algunos datos personales necesarios para la realización del estudio, también se le dará a responder dos cuestionarios, uno de ellos consta de 21 preguntas que pretende identificar cómo ha sido su estado de ánimo en la última semana y otro de 10 preguntas que explora la manera en la que usted lleva a cabo su alimentación. Durante el llenado de estas hojas se le pedirá llevar a cabo las medidas de seguridad respiratoria y sana distancia en todo momento.
Posibles riesgos y molestias:	Su participación dentro de este estudio no implica ningún riesgo para su salud ya que el llenado de estos cuestionarios no pondrá en riesgo su vida. No se tiene como objetivo generarle alguna molestia, la inversión de su tiempo será de aproximadamente 15 a 20 minutos, siempre respetando su horario de consulta programada.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Al terminar de contestar los cuestionarios se le informará su resultado y se le explicará si su estado de ánimo en las última semana se ha visto afectado por la tristeza o desánimo así como sabrá si los hábitos alimentarios que tiene no son sanas o si se encuentra en riesgo de desarrollarlas; si esto sucede tendrá la oportunidad de obtener atención por varios integrantes del equipo de salud que le ayudarán a identificar qué aspectos de su vida (ya sea de su alrededor o a nivel personal) la pueden estar llevando a tener esas prácticas poco sanas para que pueda trabajar en ellas, fortalecer dichos aspectos y así lograr un comportamiento alimentario y estado de ánimo más

saludable; por otro lado, si durante el llenado de los cuestionarios o al finalizarlos usted misma identifica alguna otra práctica alimentaria o alteración del pensamiento que considere malos para sí misma o anormales, siéntase con la confianza de comentarla al encuestador para recibir mayor orientación y consejería.

Además, independientemente de su resultado se le entregarán y explicarán dos folletos, uno sobre la prevención de la depresión y otro sobre prevención de los trastornos alimentarios; al ser leídos con el investigador responsable usted podrá preguntar sus dudas en el momento y ser resueltas de manera sencilla para su conocimiento.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Los investigadores se comprometen a darle información oportuna sobre su salud y lo que resulte de la aplicación de los cuestionarios, así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que tenga acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo; los cuales son: los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

Participación o retiro

Usted tiene el derecho de retirarse del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin dar explicaciones y sin que ello afecte la atención médica que recibe en la Unidad de Medicina Familiar Número 77.

Privacidad y confidencialidad:

No se usará su nombre en las presentaciones o publicaciones que se hagan de este estudio y sus datos personales serán tratados de forma confidencial en todo momento.

Declaración de consentimiento:

Después de haber leído y habiéndose explicado todas mis dudas acerca de este estudio:

- No acepto participar en el estudio.
- Sí acepto participar y que se tome la muestra para la realización de este estudio.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Zarazúa López Alberto Noé, teléfono: 5522469674, correo electrónico: noe.pelu050896@gmail.com

Colaboradores: Dra. Mendoza López Gloria, teléfono: 5517976956, correo electrónico: mendoza.gloria34@yahoo.com.mx

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1
Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2
Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

RECUERDA QUE A VECES NADA ES LO QUE PARECE...

Lo que ves	Lo que no ves
Parece que todo va bien	Pensamientos ansiosos
Creativo	Llora en soledad
Disociación	Pensamientos negativos
Feliz y extrovertido	Intenta lidiar con la rutina diaria
Deseoso de ayudar a los demás	Le cuesta pedir ayuda
Se ríe a carcajadas	Falta de energía

Los problemas de la salud mental no siempre son visibles, aprende a compartir tus emociones y sé abierta a que los demás compartan las tuyas contigo.

¿SE PUEDE TRATAR?

Afortunadamente sí, su tratamiento dependerá de la severidad de los síntomas:

Leve: Tratamiento psicosocial
Moderado y Grave: Atención psicosocial y con medicamentos.



ELABORÓ: Dr. Zarazúa López Alberto Noé.
 FUENTE: Diagnóstico y Tratamiento del Trastorno depresivo en el adulto. [Internet]. México. CENETEC. Actualización 2015. [citado el 15 de julio de 2022]. Disponible en: 161GER.pdf (imss.gob.mx)

DEPRESIÓN

¿Sabías que en México aproximadamente 4.6 millones de personas la padecen?



Lo importante es pedir ayuda, ¡no te aísles!

¿QUÉ ES LA DEPRESIÓN?

Es un trastorno de salud mental común caracterizado por una tristeza persistente y una falta de interés o placer en actividades que previamente eran gratificantes y placenteras.



Además, puede afectar el sueño y el apetito y es frecuente que exista también cansancio y falta de concentración.

MANIFESTACIONES DE DEPRESIÓN



¿CUÁL ES LA CAUSA?

Son diversas, pueden ser desde factores genéticos, ambientales y sociales, aunque se conoce que si usted tiene parientes de primer grado (papás o hermanos) que hayan sufrido o sufran depresión, tiene 3 veces más probabilidades de desarrollarla también.

ENTONCES, ¿CÓMO SE PUEDE PREVENIR?

