



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
SECRETARIA DE POSGRADO E INVESTIGACION
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**DEPRESION EN MUJERES QUE CURSAN CON SOBREPESO Y
OBESIDAD EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 65 DEL
IMSS**

T E S I S

Tesis para optar por el grado de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

Dra. Yanel Carmina Armendáriz Falliner

ASESOR:

Dra. Maria Dolores Melendez Velazquez



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.

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud **802** con número de registro **13 CI 08 037 150** ante COFEPRIS

U MED FAMILIAR NUM 46, CHIHUAHUA

FECHA **11/08/2016**

DRA. YANEL CARMINA ARMENDARIZ FALLINER

P R E S E N T E

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

DEPRESION EN MUJERES QUE CURSAN CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 65 DEL IMSS

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2016-802-41

ATENTAMENTE

DR.(A). ANDRÉS JUAREZ AHUMADA

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 802

IMSS

SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Depresión en mujeres que cursan con sobrepeso y obesidad en la Unidad de
Medicina Familiar No 65 del IMSS

Dr. Humberto Campos Favela

Coordinador de Planeación y Enlace Institucional
Delegación Chihuahua

Vo.Bo.

Dra. Martha Alejandra Maldonado Burgos

Coordinadora Auxiliar Médica de Investigación en Salud
Delegación Chihuahua

Vo.Bo.

Dra. Cindy Gabriela Llerena García

Profesora Titular del Curso de Especialización en Medicina Familiar Para Médicos
Generales de Base del Instituto Mexicano del Seguro Social
Cd. Juárez Chihuahua

Vo.Bo.

Depresión en mujeres que cursan con sobrepeso y obesidad en la Unidad de
Medicina Familiar No 65 del IMSS

ASESORES

Dra. María Dolores Melendez Velazquez

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud.

UMF 65. Cd. Juárez Chihuahua.

Vo.Bo.

Depresión en mujeres que cursan con sobrepeso y obesidad en la Unidad de
Medicina Familiar No 65 del IMSS

Dr. Juan José Mazón Ramírez

Jefe de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Vo.Bo.

Dr. Geovani López Ortíz

Coordinador de Investigación de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Vo.Bo.

Dr. Isaías Hernández Torres

Coordinador de Docencia de la Subdivisión de Medicina Familiar

División de Estudios de Posgrado

Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México.

Vo.Bo.

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTOS

AGRADEZCO A DIOS LA OPORTUNIDAD DE REALIZAR UN PROYECTO MAS EN MI VIDA PROFESIONAL. POR DARME LA PACIENCIA Y FORTALEZA DE ESTOS 3 AÑOS DE APRENDIZAJE.

A MIS PADRES POR ESTAR A MI LADO EN TODO MOMENTO.

A MIS HIJOS POR SU APOYO INCONDICIONAL Y DARME ANIMOS. ¡LOS AMO!

A MI ASESORA DRA. MARIA DOLORES MELENDEZ POR SU AYUDA INVALUABLE PARA LA ELABORACION DE ESTA TESIS Y QUE SEA UN APOYO ACADEMICO PARA FUTURAS GENERACIONES.

A MI MAESTRA CINDY LLERENA POR SU ENTREGA A DAR LO MEJOR PARA SUS ALUMNOS Y ESTAR PENDIENTE DEL CURSO Y TODO LO QUE CONLLEVA.

A MIS MAESTROS DEL HOSPITAL REGIONAL 66 DEL IMSS POR SUS ENSEÑANZAS PARA MEJORAR Y CREAR RETOS PARA MI FORMACION COMO MEDICO FAMILIAR.

¡GRACIAS!

MI LEMA: "ESFUERZATE Y SE VALIENTE" (JOSUE: 1,9).

INDICE

Índice	7
I. Resumen	8
II. Marco Teórico	9
III. Justificación	18
IV. Planteamiento de problema	19
V. Objetivos	20
VI. Hipótesis	20
VI. Metodología.	21
VII. Criterios selección.	21
VIII. Operacionalización variables.	22
IX. Tamaño mínimo de la muestra	25
X. Análisis estadístico.	26
XI. Consideraciones éticas.	26
XII. Metodología operacional.	27
XIII. Resultados	28
XIV. Discusión	29
XV. Conclusiones	30
XVI. Referencias bibliográficas.	32
XVII. Tablas, gráficos y anexos.	35

I. RESUMEN

Dra. María Dolores Meléndez Velázquez, Dra. Yanel Carmina Armendáriz Falliner

La obesidad es un problema de salud que afecta a la población, es una enfermedad crónica, multifactorial, donde intervienen factores genéticos, metabólicos, psicológicos y ambientales que contribuye al desarrollo del padecimiento. **Objetivo:** Identificar la frecuencia de depresión en mujeres con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar No. 65 del IMSS de Ciudad Juárez Chihuahua. **Material y métodos:** Se realizó un estudio transversal, en el cual se incluyeron mujeres con sobrepeso y obesidad de 20 a 45 años de la UMF No. 65, del 1o de Noviembre del 2016 al 30 de Abril del 2017. Se les aplicó escala de Hamilton para diagnosticar y calificar el grado de depresión; además se investigaron edad, ocupación, IMC, presencia de depresión, ocupación, estado civil. Se realizó una base de datos donde se registraron los resultados obtenidos en las diversas variables, para posteriormente llevar a cabo el análisis estadístico, obteniendo frecuencias y proporciones. Se calcularon los factores de riesgo mediante Razón de Momios de Prevalencia (RMP) y sus intervalos de confianza al 95%. **Resultados.** Se estudiaron 174 mujeres de la UMF No. 65, de las cuales 41 (23.6%) tenían entre 40 a 45 años, 63 (36.2%) tenían escolaridad medio superior completa. 117 (67.2%) tenían algún grado de obesidad. 72 (41.4%) eran casadas, 135 (77.6%) presentaban depresión. Las pacientes analfabetas tienen 2.75 veces riesgo de tener depresión con intervalos de riesgo que van hasta 6 veces el riesgo de tener depresión, las pacientes divorciadas tienen un 17% de exceso de riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta el 54% de exceso de riesgo, las pacientes con obesidad grado III tienen un 39% de exceso de riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta el 64% de exceso de riesgo. **Conclusiones:** La mitad de pacientes tenían depresión; en las cuales prevaleció la obesidad tipo 1 en un 77.5%, de estas la mayoría eran casadas con escolaridad media superior con empleos diversos principalmente cajeras y empleadas de mostrador.

Palabras clave: Depresión, sobrepeso, obesidad, mujer.

II. MARCO TEÓRICO

DEPRESIÓN

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo; tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida, aunque en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo, somático; por lo que podría hablarse de una afectación global, psíquica y física; haciendo especial énfasis en la esfera afectiva (1,2).

La depresión se puede iniciar a cualquier edad, aunque su mayor prevalencia se produce entre los 15 y 45 años, por lo que tiene un gran impacto en la educación la productividad, el funcionamiento y las relaciones personales (2,3). La sintomatología del trastorno puede ser distinta con la edad: los jóvenes muestran síntomas fundamentalmente comportamentales, mientras que los adultos mayores tienen con mayor frecuencia síntomas somáticos (4).

EPIDEMIOLOGIA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta a unos 350 millones de personas en el mundo, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si concurren otros factores como comorbilidad o situaciones de estrés. Además, debido a su inicio temprano, a su impacto funcional y a que tiende a la cronicidad y a la recurrencia, actualmente la depresión es una de las principales causas de discapacidad y representa un 4,3% de la carga global de enfermedad (5). En México la prevalencia de depresión es de 7.9% (Encuesta Epidemiológica de la Salud Mental en adultos 2003); en el país el porcentaje de mujeres que refieren una sintomatología compatible con depresión es del 5.8% y en hombres de 2.5%. La prevalencia e incidencia de los trastornos depresivos es mayor en mujeres que en hombres, comenzando en la adolescencia y manteniéndose en la edad adulta (6). La prevalencia en la mayoría de los países está entre 8 a 12%.

FACTORES DE RIESGO

La depresión es un proceso multifactorial y complejo cuya probabilidad de desarrollo depende de un amplio grupo de factores de riesgo, tales como factores personales y sociales en relación a las circunstancias y al momento de la vida en que se desarrolla.

Dentro del papel atribuido a las circunstancias sociales se ha destacado el bajo nivel de recursos económicos y las circunstancias laborales. El estado civil (estar soltero, divorciado o viudo) y el estrés crónico parecen relacionarse con una mayor probabilidad de desarrollar depresión, y también se observa que la exposición a adversidades a lo largo de la vida está implicada en el comienzo de trastornos depresivos y ansiosos.

En población mexicana, entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan: a) ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; b) tener un bajo nivel socioeconómico (por la mayor exposición a las vicisitudes de la pobreza); c) estar desempleado (sobre todo en los hombres); d) el aislamiento social; e) tener problemas legales; f) tener experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas, y h) la migración (7, 8,9).

DIAGNOSTICO (CRITERIOS DIAGNOSTICOS).

Los criterios diagnósticos de depresión más utilizados, tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE) (10) y los de la clasificación de la American Psychiatric Association (DSM)(11).

CLASIFICACIÓN DE LA AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, QUINTA EDICIÓN (DSM-5).

Recientemente se ha publicado la quinta edición del DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Esta nueva propuesta divide la anterior clasificación de “trastornos del estado de ánimo” en “trastornos depresivos” y

“trastornos bipolares”. El DSM-V no introduce cambios significativos respecto a los criterios diagnósticos del DSMIV-TR para el episodio de depresión mayor, a excepción de las modificaciones y especificaciones para describir el estado clínico actual que se comentan a continuación. La característica esencial continúa siendo un período de al menos 2 semanas consecutivas en el que la persona manifiesta un mínimo de 5 síntomas de los cuales al menos 1 tiene que ser estado de ánimo depresivo y/o disminución del interés o placer por todas o casi todas las actividades. El cuadro depresivo mayor puede dividirse en leve, moderado o grave (11).

ESCALA DE HAMILTON

La escala de Hamilton para evaluación de la depresión (Hamilton depression rating scale) (HDRS) es una escala heteroaplicada, diseñada para ser utilizada en pacientes diagnosticados previamente de depresión, con el objetivo de evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se mencionan 4 grados de depresión y la puntuación es de acuerdo 17 ítems y cada cuestión tiene 3 a 5 posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente. Se clasifica como sigue:

No deprimido 0-7

Depresión ligera/menor 8-13

Depresión moderada 14-18

Depresión severa 19-22

Depresión muy severa >23 (12)

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los antidepresivos son medicamentos que alivian los síntomas de la depresión.

Hay como 30 en total y pueden ser de 5 tipos:

Tricíclicos y tetracíclicos.

ISRS: Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina;

IRDN: Inhibidores de recaptura de dopamina/norepinefrina;

IRSN: Inhibidores de recaptura de serotonina/norepinefrina;

IMAO: Inhibidores de la mono-aminooxidasa; (13)

TERAPIA CONDUCTUAL:

Las aproximaciones conductuales al tratamiento de la depresión se caracterizan fundamentalmente por utilizar una metodología científica más que una teoría específica o un conjunto de técnicas (Antonuccio, Ward y Tearnan, 1989). Los tratamientos conductuales de la depresión tienden a confiar en los hallazgos empíricos de la psicología experimental, centrándose en los determinantes actuales de la conducta más que en la historia de aprendizaje. El modelo conductual sugiere que la depresión unipolar es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno (p.ej., relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo). Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como recíprocas. Las estrategias conductuales se utilizan para cambiar los patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción (Antonuccio et al., 1989). En la actualidad hay varios modelos conductuales de la depresión (véase Antonuccio et al., 1989; 1995; Beckham y Leber, 1995; Beutler et al., 2000; Docherty y Streeter, 1993): la disminución del refuerzo positivo (Lewinsohn, 1974, 1975) y su reformulación (Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985), el modelo de McLean (1982), el de Rehm (1977), el de Wolpe (1979), el de Bellack, Hersen y Himmelhoch (1981) y el de Nezu (1987) (14,15).

OBESIDAD Y SOBREPESO.

Historia:

Hace miles de años, cuando el hombre vivía en cuevas y sobrevivía de la caza, la pesca y de comer frutas silvestres, la obesidad no se consideraba mala o indeseable, porque como la comida podía escasear por días o semanas, quien

comía mucho y estaba gordo toleraba mejor los días de ayuno, mientras que los delgados, morían. En la Edad Media, la obesidad era manifestación, en el hombre, de fuerza, vigor, energía y riqueza material, y en la mujer, de armonía y fertilidad, y de que su hombre la podía alimentar sin cortapisas; había hambre en muchos lugares, pero los grandes señores comían “a dos carrillos”, bebían sin límite y disfrutaban de toda clase de manjares, sin pensar que sus costumbres les llevaban a morir con gota e indigestión, de hipertensión, infarto u otros problemas. Y aunque algunos médicos señalaban la relación entre obesidad y enfermedad, en general no se tenía más límite al comer que el que daba la capacidad económica.

DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGIA: La obesidad es una enfermedad crónica de origen multifactorial con componentes genéticos y ambientales, manifestada por una alteración de la composición corporal en un aumento del compartimiento graso, acompañada principalmente de un incremento del peso corporal y supone un aumento considerable del riesgo de aparición de complicaciones o comorbilidades que afectan la calidad y la expectativa de vida. Siendo el riesgo mayor cardiovascular en mujeres con obesidad. Es el aumento del tejido adiposo de más del 25% del peso corporal en hombres y más del 30% en mujeres. (16,17). A nivel mundial en el año 2104 se reportó más de 1900 millones de adultos mayores de 18 años con sobrepeso y más de 600 millones con obesidad. La prevalencia de ha duplicado entre 1980 a 2014. En México según la ENSANUT 2012 la combinación sobrepeso-obesidad ocupa en las mujeres el 73% y en hombres el 69.4%. En el estado de Chihuahua la prevalencia de sobrepeso en las mujeres es de 32.3% y en hombres de 39.7%; y la obesidad es de 30.2% y 28.4% respectivamente (18).

ETIOLOGIA:

Básicamente se puede afirmar que la obesidad es el desbalance entre la ingesta alimentaria y el gasto energético, lo que lleva a un aumento de la grasa corporal. Al tomar en cuenta que la epidemia de obesidad es global y que su manejo y tratamiento son difíciles y con pocos resultados la Organización Mundial de la Salud como las Secretarías de Salud de todo el mundo se han abocado a

establecer programas de prevención y educación para la salud que pretenden educar a la población, desde la infancia, para lograr hábitos saludables y evitar las prácticas obesogénicas (19). Además de factores genéticos conductuales y ambientales que pueden influir en la respuesta individual a la dieta y la actividad física, la obesidad tiende a agregarse en familias, su forma de herencia no corresponde a los patrones conocidos y es altamente dependiente de factores ambientales. Numerosos estudios han demostrado que la predisposición a la obesidad y sus condiciones asociadas son más parecidas entre individuos genéticamente relacionados que en aquellos no relacionados (20).

CONSECUENCIAS MÉDICAS DE LA OBESIDAD:

La obesidad es un padecimiento que produce y agrava una larga lista de enfermedades: hipertensión, aterosclerosis, insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes mellitus II, hiperlipidemia, hipertrigliceridemia, disnea y fatiga, apnea del sueño, embolia pulmonar, síndrome de Pickwick, litiasis vesicular, esteatosis hepática, complicaciones obstétricas, incontinencia urinaria, hiperplasia y carcinoma endometrial, carcinoma mamario, carcinoma prostático, carcinoma del colon, hipogonadismo hipotalámico, complicaciones obstétricas, artritis degenerativa, insuficiencia venosa de miembros inferiores, hernias, propensión a accidentes; asimismo, hay con frecuencia depresión, aislamiento, y otros síntomas que afectan profundamente la vida diaria del paciente obeso (21).

DIAGNOSTICO DE OBESIDAD:

El diagnóstico se realiza en el consultorio, aunque por lo regular el individuo acude a éste, consciente de que sufre obesidad. La historia clínica debe realizarse como en todos los pacientes, y los datos relevantes serán la historia familiar de obesidad, diabetes, hipertensión o problemas tiroideos.

En el diagnóstico de obesidad se utiliza el Índice de Masa Corporal. Éste parece ser uno de los métodos más confiables y útiles para evaluar la magnitud de la obesidad, es una cifra que resulta de la división del peso corporal en kilos entre la

estatura en metros elevada al cuadrado. Los individuos delgados tienen IMC menor de 18.4; los normales, de 18.5 a 24.9; quienes tienen sobrepeso, de 25 a 29.9, y los obesos más de 30; En la obesidad grave será mayor de 35, y en la mórbida mayor de 40. Para los estudios epidemiológicos, se considera obeso quien tiene IMC mayor de 27 (22).

Desde un punto de vista clínico y con fines didácticos la Obesidad se clasifica en: Obesidad exógena o simple.

Obesidad secundaria o endógena o intrínseca.

TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD:

Existen innumerables tablas de alimentación, la Secretaria de Salud ha publicado el “plato del bien comer” Secretaria de Salud. El Plato del bien comer, NOM 043-SSA 2-2005., en el que hace énfasis en el balance entre los componentes de la alimentación: frutas, verduras, cereales, leguminosas y alimentos de origen animal Básicamente lo que se debe indicar al paciente quien sufre obesidad es:

- a) disminuir la cantidad de alimento de cada ración,
- b) disminuir las grasas saturadas y el exceso de carbohidratos,
- c) hacer ejercicio a diario. (23)

ACTIVIDAD FÍSICA

Es preciso que tanto niños como adultos vuelvan a realizar de manera cotidiana ejercicio físico que consuma la energía ingerida en los alimentos. El tipo de ejercicio físico para controlar el peso no es tan importante como su duración y su frecuencia. Básicamente, el ejercicio debe ser diario, moderado y agradable, lo que significa que debe tener un rango de intensidad de entre 35 y 75% de la capacidad aeróbica del individuo (24).

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

El tratamiento farmacológico solo está indicado en pacientes con un IMC \geq 30 kg/m² o en pacientes con un IMC $>$ 27 kg/m² con otras patologías asociadas. El uso de fármacos solo se justifica como coadyuvante del tratamiento dietético y de los cambios en el estilo de vida. Orlistat es el único fármaco comercializado actualmente (25).

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:

La NOM 174-SSA1-1998 (26) indica que el tratamiento quirúrgico está indicado exclusivamente a los pacientes con obesidad severa, (IMC mayor a 40 o mayor a 35 Kg./m² asociado comorbilidad importante) y haber recibido tratamiento médico previo, por más de 18 meses sin éxito. las únicas técnicas quirúrgicas autorizadas para el tratamiento de la obesidad (mórbida) serán de tipo restrictivo: derivación gástrica (bypass) con sus variantes, gastroplastía vertical con sus variantes y bandaje gástrico con sus variantes y debe ser realizada por especialistas en cirugía general o gastroenterológica, haber recibido adiestramiento en cirugía de obesidad, conocer el manejo integral del paciente obeso y comprometerse junto con el equipo multidisciplinario a hacer seguimiento del paciente obeso.

TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:

Los psicólogos saben que un buen porcentaje de los pacientes obesos presentan esta enfermedad como consecuencia de problemas psicológicos: abuso en la infancia, aislamiento, inseguridad, etc.; también saben que todos los pacientes obesos tienen problemas psicológicos por causa de su enfermedad: miedo, ira, incapacidades físicas, inhibición, rechazo, discriminación. Sea como fuere, el abordaje psicológico del enfermo obeso es hoy un factor fundamental y decisivo para el manejo de la obesidad (27). Junto con el tratamiento farmacológico o quirúrgico, el enfoque psicológico permite descubrir como detrás de una apariencia sonriente y aun festiva se esconde una ansiedad o una depresión que afectan la vida y las costumbres alimentarias del paciente (28) y la evolución de la obesidad dependerá en gran medida de la resolución de dicho problema (29,30). Al tomar en cuenta que la epidemia de obesidad es global y que su manejo y

tratamiento son difíciles y con pocos resultados, tanto la Organización Mundial de la Salud como las secretarías de salud de todo el mundo se han abocado a establecer programas de prevención y educación para la salud que pretenden educar a la población, desde la infancia, para lograr hábitos saludables y evitar las prácticas obesogénicas. Los programas deben incluir análisis de las prácticas alimentarias de la población, creación de esquemas de alimentación sanos y agradables, eliminación de la producción y venta de productos con poco valor nutritivo y alto valor calórico, promoción de la hidratación con agua, fomento de la actividad física, deporte y recreación; al mismo tiempo, se deberán atender los casos iniciales de sobrepeso sobre todo en la infancia y la adolescencia, y lograr en 10 o 20 años un cambio generacional hacia una alimentación sana y ejercicio saludable.

III. JUSTIFICACION

En nuestro medio la depresión asociada a la obesidad es muy frecuente, en la literatura se reporta que hay aproximadamente 350 millones de personas que presentan esta patología. En las ultimas 3 décadas ha aumentado la prevalencia de depresión; en México la ENSANUT 2012 reporta que es más frecuente en las mujeres y ocupa el primer lugar y el noveno lugar en hombres. En el mundo es la cuarta causa de discapacidad. En los últimos años se ha visto aumento en la prevalencia de la obesidad en todas las edades causada por diferentes factores la cual debe ser manejada de una manera integral ya que se ha visto asociación con depresión en la mayoría de los pacientes. Considero de suma importancia conocer las cifras oficiales tanto de depresión como de sobrepeso y obesidad y la posible asociación entre estas dos patologías en la población de mayor riesgo que son las mujeres y también conocer que otros factores se encuentran asociados para poder realizar un diagnóstico oportuno en la Unidad de Medicina Familiar 65 y ofrecer un tratamiento adecuado a las pacientes con este problema a las pacientes y orientación a sus familiares.

IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En nuestro medio la depresión asociada a la obesidad es muy frecuente, en la literatura se reporta que hay aproximadamente 300 millones de personas que presentan esta patología. En las últimas 3 décadas ha aumentado la prevalencia de depresión; en México la ENSANUT 2012 reporta que es más frecuente en las mujeres y ocupa el primer lugar y el noveno lugar en hombres. En el mundo es la cuarta causa de discapacidad. En los últimos años se ha visto aumento en la prevalencia de la obesidad en todas las edades causada por diferentes factores la cual debe ser manejada de una manera integral ya que se ha visto asociación con depresión en la mayoría de los pacientes. Considero de suma importancia conocer las cifras oficiales tanto de depresión como de sobrepeso y obesidad y la asociación entre estas dos patologías en la población de mayor riesgo que son las mujeres y también conocer que otros factores se encuentran asociados para poder realizar un diagnóstico oportuno en la Unidad de Medicina Familiar 65 y ofrecer un tratamiento adecuado a las pacientes con este problema a las pacientes y orientación a sus familiares.

Por todo lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la frecuencia de depresión en mujeres que cursan con sobrepeso y
¿Obesidad en la Unidad de Medicina Familiar No 65 del IMSS?

V. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Identificar la frecuencia de depresión en mujeres con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar No. 65 del IMSS de Ciudad Juárez Chihuahua.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Conocer los grados de depresión en mujeres de 20 a 45 años en la UMF No. 65 que cursan con sobrepeso y obesidad.

Identificar la edad promedio en la que se presenta depresión en mujeres de 20 a 45 años con sobrepeso y obesidad en la UMF No.65 del IMSS.

Identificar la ocupación más frecuente en mujeres con depresión de 20 a 45 años con sobrepeso y obesidad en la UMF No.65.

Identificar la escolaridad más frecuente en mujeres con depresión de 20 a 45 años con sobrepeso y obesidad en la UMF 65 de IMSS.

Identificar el estado civil más frecuente de mujeres con depresión de 20 a 45 años con sobrepeso y obesidad en la UMF 65 del IMSS.

VI. HIPOTESIS

Existe un 50% de depresión en mujeres con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar No. 65 del IMSS de Ciudad Juárez Chihuahua.

OBJETIVO GENERAL.

Existe menos del 50% de depresión en mujeres con sobrepeso y obesidad de la Unidad de Medicina Familiar No. 65 del IMSS de Ciudad Juárez Chihuahua.

VII. METODOLOGIA

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO: Estudio realizado en la Unidad de Medicina Familiar No 65 a la población femenina derechohabiente con sobrepeso y obesidad de 20 a 45 años captada en la consulta externa de ambos turnos.

La Unidad está localizada en la Colonia Manuel Valdez, calle Galeana #1333 en Cd. Juárez Chihuahua construida sobre una superficie de 4700 metros cuadrados. Pertenece al área de influencia del Hospital Regional No 66 con una población adscrita de 143,811 derechohabientes. Cuenta con 10 consultorios de Medicina Familiar, uno de DIABETIMSS, Psicología y Nutrición, así como de un consultorio de Salud en el trabajo. Con un promedio de 6500 adscritos por consultorio.

El estudio se realizó en el periodo comprendido del 1o de Marzo del 2016 al 31 de marzo del 2018, con una recolección de datos del 1o de Noviembre del 2016 al 30 de abril del 2017.

VIII. CRITERIOS DE SELECCION.

Criterios de inclusión:

- Mujeres de 20 a 45 años de edad que aceptaron participar previa firma de consentimiento informado.
- Mujeres con sobrepeso y obesidad.
- Mujeres derechohabientes en la UMF 65 de ambos turnos
- Mujeres que acudieron a consulta en el periodo de estudio.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que cursan con cambios hormonales o con diagnóstico de depresión por otras causas.
- Pacientes con comorbilidad asociada a obesidad
- Pacientes embarazadas al momento del estudio
- Pacientes que no aceptaron participar en el estudio
- Pacientes no derechohabientes.
- No corresponden al grupo de edad.

Criterios de eliminación:

- Cuestionarios incompletos.
- Pacientes que no firmaron la carta de consentimiento informado.

IX. OPERACIONALIZACIÓN Y VARIABLES.**Variable Dependiente:****Depresión.**

Definición conceptual: conjunto de síntomas de predominio afectivo, tristeza patológica, apatía, anhedonia, desesperanza, decaimiento, irritabilidad; sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida.

Definición operacional: para efectos de este estudio se considerará el diagnóstico según la escala de Hamilton.

Escala de medición: Cualitativa

Tipo de variable: Ordinal

Indicador:

1. No deprimido 0-7 puntos.
2. Depresión ligera/menor 8-13 puntos.
3. Moderada 14-18 puntos.
4. Severa 19-22.
5. Muy severa >23 puntos.

Análisis estadístico: Frecuencias, porcentajes.

Variables Independientes:

Obesidad

Definición conceptual: Es una enfermedad crónica de origen multifactorial con componentes genéticos y ambientales, manifestada por una alteración de la composición corporal en un aumento del compartimiento graso, acompañada principalmente de un incremento del peso corporal

Definición operacional: En este estudio se tomó el índice de masa corporal (IMC, peso/altura²) dado por la Clasificación internacional del paciente obeso: clase I (30–34,9 Kg/m²), clase II (35–39,9 Kg/m²) y clase III (40 Kg/m² o mayor).

Escala de Medición: Cuantitativa

Tipo de Variable: Nominal

Análisis estadístico: Porcentajes, media, moda y mediana.

Indicador:

1. Obesidad clase I (30–34,9 Kg/m²)
2. Obesidad clase II (35–39,9 Kg/m²)
3. Obesidad clase III (40 Kg/m² o mayor).

Terceras variables.

Ocupación:

Definición conceptual: Actividad generalmente remunerada que efectúan las personas como forma de obtener medios para subsistir.

Definición operacional: Actividad principal diaria referida por la paciente como forma de ganarse la vida en forma de trabajo.

Indicador:

- 1.- Hogar
- 2.- Jornalero
- 3.- Agricultor
- 4.- Ganadero
- 5.- Pensionada
- 5.- Comerciante
- 7.- Jubilada

8.- Otro

9.- Ninguno

Escala de medición: Nominal

Tipo: Cualitativa

Análisis estadístico: Porcentaje, frecuencias.

Edad:

Definición conceptual: Tiempo de vida transcurrido desde el nacimiento del individuo hasta el momento actual.

Definición operacional: Para fines de este estudio se tomó la edad de 20 a 45 años que declare la paciente al momento de llenar el cuestionario.

Escala de medición: Nominal

Tipo: Cuantitativa.

Análisis estadístico: porcentaje, desviación estándar, mediana.

Indicador: Años

Estado Civil

Definición conceptual: Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Definición operacional: Para fines de este estudio se consideró el estado civil como el estado referido por la paciente

Indicador:

1. Soltera
2. Casada
3. Unión libre
4. Divorciada
5. Separada
6. Viuda

Escala de medición: Nominal

Tipo: Cualitativa

Escolaridad

Definición conceptual: Tiempo durante el cual un alumno asiste a la escuela en cualquier centro de enseñanza; conjunto de las enseñanzas y cursos que se imparten a los estudiantes en los establecimientos docentes.

Definición operacional: Para fines de este estudio se captó la escolaridad referida por el paciente en el cuestionario.

Indicador:

1. Analfabeta
2. Sabe leer y escribir
3. Primaria incompleta
4. Primaria completa
5. Medio superior incompleta
6. Medio superior completa
7. Profesionista

Escala de medición y tipo: Cualitativa, nominal.

Análisis estadístico: Frecuencias, porcentajes.

X. TAMAÑO DE LA MUESTRA:

La muestra se obtuvo con la siguiente fórmula:

$$N = \frac{(Z\alpha)^2 (p) (q)}{\beta^2}$$
$$\frac{(1.96)^2 (0.87) (0.13)}{(0.05)^2}$$
$$\frac{(3.84)(0.1131)}{0.0025}$$
$$\underline{173.72} = 174$$

Donde N significa tamaño de la muestra que es la cantidad de 174, P es la proporción (.87) q es (.13) 1-p, β es precisión, para estudios descriptivos. **N =** Tamaño Proporción **q = 1-p** **β** = Precisión

XI. ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó una base de datos donde se registraron los resultados obtenidos en las diversas variables, para llevar a cabo su análisis estadístico usando IBM SPSS Statistics 21.0, obteniendo frecuencias y proporciones. Se realizaron pruebas de normalidad, la descripción de las características clínicas de los pacientes en el estudio por medio de medidas de tendencia central y dispersión; para las variables cuantitativas continuas, que cumplieron el supuesto de normal con media y desviación estándar y para aquellas que no cumplieron este supuesto se empleó la mediana y rango intercuartil. En el caso de las variables nominales se realizó por medio de proporciones.

Se calcularon proporciones simples y relativas y sus intervalos de confianza al 95%. Se utilizó la XMH para la determinación de asociación estadísticamente significativa entre variables. Se calculó el valor de p para probar la significancia estadística de las variables a una $\alpha = 0.05$. Se calcularon los factores de riesgo mediante Razón de Momios de Prevalencia (RMP) y sus intervalos de confianza al 95%.

XII. CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El siguiente estudio cumplió con los lineamientos bioéticos aceptados en los tratados de Helsinki y en otros tratados internacionales pues no se puso en riesgo a seres humanos, se guardó confidencialidad de los participantes, no existieron riesgos en la realización del mismo.

Se otorgó consentimiento informado al paciente explicándole que no existía riesgo alguno contra su integridad física ya que la aplicación del instrumento fue anónima.

Apegado al Reglamento de la Ley de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Ley General de Salud, Art. 17: investigación sin riesgo).

Se otorgó un consentimiento informado por escrito a cada participante en base al art. 14 de la Ley General de Salud. (Ver Anexo 1).

XIII. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

Se realizó un estudio transversal, en el cual se incluyeron mujeres con sobrepeso y obesidad de 20 a 45 años captada en la consulta externa de ambos turnos de la UMF No. 65, del 1o de Noviembre del 2016 al 30 de Abril del 2017. Se seleccionaron al azar pacientes con sobrepeso y obesidad que cumplieron con los criterios de inclusión que aceptaron participar previa explicación y firma del consentimiento informado; se les aplicó un instrumento de medición tipo cuestionario validado por expertos denominado escala de Hamilton para diagnosticar y calificar el grado de depresión; esta escala tiene como objetivo evaluar cuantitativamente la gravedad de los síntomas y valorar los cambios del paciente deprimido. Se mencionan 4 grados de depresión y la puntuación es de acuerdo 17 ítems y cada cuestión tiene 3 a 5 posibles respuestas, con una puntuación de 0-2 o de 0-4 respectivamente.

En las cuales se investigaron edad, ocupación, IMC, presencia de depresión, ocupación, estado civil. Se realizó una base de datos donde se registraron los resultados obtenidos en las diversas variables, para posteriormente llevar a cabo el análisis estadístico, obteniendo frecuencias y proporciones. Se realizaron pruebas de normalidad, la descripción de las características clínicas de los pacientes en el estudio por medio de medidas de tendencia central y dispersión; para las variables cuantitativas continuas, que cumplieron el supuesto de normal con media y desviación estándar y para aquellas que no cumplieron este supuesto se empleó la mediana y rango intercuartil. En el caso de las variables nominales se realizó por medio de proporciones. Se calcularon proporciones simples y relativas y sus intervalos de confianza al 95%. Se utilizó la XMH para la determinación de asociación estadísticamente significativa entre variables. Se calculó el valor de p para probar la significancia estadística de las variables a una $\alpha = 0.05$. Se calcularon los factores de riesgo mediante Razón de Momios de Prevalencia (RMP) y sus intervalos de confianza al 95%.

XIV. RESULTADOS

Se estudiaron un total de 174 mujeres de la UMF No. 65 (Ver Tabla 1), de las cuales 41 (23.6%) tenían entre 40 a 45 años (Ver Gráfica 1), 63 (36.2%) tenían escolaridad medio superior completa. 117 (67.2%) tenían algún grado de obesidad (Ver Gráfica 2), 51 (29.3%) se dedicaban a hogar y jornalera. 72 (41.4%) eran casadas, teniendo 42 (24.1%) depresión moderada (Ver Gráfica 3). Al clasificar la depresión en ausente o presente, 135 (77.6%) presentaban depresión.

Se realizaron pruebas de normalidad para los resultados cuantitativos (Ver Tabla 2); se encontró que la edad de los pacientes tiene una mediana de 32 años con Rangos Intercuartilares (RIC) de 13 años (Ver Gráfica 4). El IMC una mediana de 32.07 con RIC de 7.52 (Ver Gráfica 5).

En el análisis bivariado (Ver Tabla 4) los pacientes de todos los grupos de edad tienen un 21% de riesgo de desarrollar depresión con intervalos que van hasta el 42% de exceso de riesgo de tener depresión siendo esta asociación estadísticamente significativa. Las pacientes analfabetas tienen 2.75 veces riesgo de tener depresión con intervalos de riesgo que van hasta 6 veces el riesgo de tener depresión siendo esta asociación estadísticamente significativa. Las pacientes divorciadas tienen un 17% de exceso de riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta el 54% de exceso de riesgo de tener depresión no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Las pacientes con obesidad grado III tienen un 39% de exceso de riesgo de tener depresión con intervalos que van hasta el 64% de exceso de riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa. Al dividir al grupo en obesos o sobrepeso encontramos que las pacientes que tienen sobrepeso tienen un 37% de protección para tener depresión con intervalos que van hasta el 31% de riesgo no siendo esta asociación estadísticamente significativa; mientras que las pacientes obesas tienen un 59% de riesgo de tener depresión, con intervalos que van hasta las 3.33 veces riesgo de tener depresión, no siendo esta asociación estadísticamente significativa.

XV. DISCUSION

En el presente estudio encontramos una relación clara entre la depresión e IMC, ya que la prevalencia de depresión es más alta en aquellas pacientes con sobrepeso y obesidad, de nuestra población estudiada en promedio se tuvo un IMC de 33.2kg/mt² y más de 3/4 partes de la muestra (77.5%) tenían depresión; este hallazgo concuerda con el estudio realizado por Goldschmit et al en el año 2014 en donde se encontró relación directa entre la obesidad y el IMC, estos autores mencionan que la manera de comer en forma compulsiva puede desencadenar o mantener la obesidad y esto llevar al empeoramiento de los síntomas depresivos (31).

También hemos comentado que la obesidad y la depresión tienen causas multifactoriales y así lo menciona Dragan y Cols. en el año 2007 quienes realzan como factores principales asociados a depresión el género femenino, un nivel socioeconómico bajo, antecedentes familiares, grado de escolaridad y tipo de trabajo. (32). Nuestro estudio concuerda con lo dicho anteriormente ya que se encontró que la depresión es más evidente en mujeres casadas y en aquellas que están en unión libre, además en aquellas que se dedican al hogar y otro tipo de ocupaciones diversas.

También un estudio realizado por Duarte-Raya y cols. observó que la población de mujeres en edad madura es la más afectada, con una edad promedio de 33. 5 años muy similar a nuestra muestra con una edad promedio de 32 años. (34).

Respecto a la relación entre depresión y grado de escolaridad, un estudio realizado por Vázquez Machado en el año 2016 menciona que se espera mayor depresión en aquellas mujeres con baja escolaridad lo cual no concuerda con nuestros resultados ya que observamos que el grupo de mujeres con escolaridad media superior completa presento el mayor grado de depresión (33).

XVI. CONCLUSIONES

En nuestro estudio se demostró la asociación de sobrepeso y obesidad con depresión ya que el 77.5% de estas pacientes presentaron depresión en todos los grados.

La edad promedio de mujeres con depresión fue de 32 años.

Además se observó que el mayor porcentaje de depresión se presentó en mujeres casadas con 41.4% seguida de unión libre con 32.8%.

En cuanto a la ocupación el mayor porcentaje fue en mujeres productivas en este caso el tipo de trabajo fue en "otros empleos" (cajeras, empleadas de mostrador etc) con 36.8%.

En cuanto a la escolaridad de mayor porcentaje fue de medio superior completo con 36.2%.

Está bien demostrada la asociación entre obesidad y depresión, reconociendo que la obesidad aumenta el riesgo de depresión, pero también la depresión es predictiva para el desarrollo de obesidad.

Son muchos los factores asociados a la depresión en adultos, sin embargo, en el caso de las mujeres existe como un factor muy asociado la crianza de los hijos y su rol como "jefas del hogar" siendo más expuestas a deprimirse que los hombres. Además, se observó que la edad promedio en que se presenta la depresión es en mujeres jóvenes las cuales se encuentran en una etapa reproductiva, económicamente activas y la mayoría de ellas cursan con sobrepeso y obesidad que conlleva al aumento de morbimortalidad, discapacidad y disminución de la calidad de vida.

Concluyo diseñar estrategias para mejorar el conocimiento y comprensión de la enfermedad. Capacitar al personal de salud para la detección y el tratamiento oportuno; proporcionar al personal de salud de primer nivel de atención los conocimientos necesarios para poder diagnosticar los grados de depresión en mujeres con sobrepeso y obesidad, y generar un algoritmo de tratamiento dependiendo de la severidad, así como criterios básicos de referencia a segundo nivel.

Y la necesidad de incluir una evaluación psicológica en los programas de intervención de pacientes con sobrepeso y obesidad en primer nivel y valorar la implementación de apoyo psicológico y/o psiquiátrico según el diagnóstico resultante.

Por todo lo anterior se hacen las siguientes recomendaciones:

- A las autoridades de los tres niveles de gobierno; dedicar recursos para la prevención, el manejo y el tratamiento de depresión en pacientes con sobrepeso y obesidad
- A las autoridades de la UMF 65 diseñar estrategias para mejorar el conocimiento y comprensión de la enfermedad. Capacitación al personal de salud para la detección y el tratamiento multidisciplinario oportuno.
- Al personal operativo principalmente médicos de primer nivel de atención realizar buen control del estado nutricional del paciente, implementando vigilancia periódica del examen mental, así como de su peso y talla para diagnosticar oportunamente la existencia de sobrepeso u obesidad. Además de detectar, orientar y promover una vida saludable. Realizar pláticas en planteles educativos o en unidades de medicina familiar.
- A los investigadores en salud pública: continuar realizando estudios de pacientes con depresión, sobrepeso y obesidad ya que es un problema mundial situación que sigue incrementándose.

XVII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1.- GPC sobre el manejo de la depresión en el adulto.
www.guiasalud.es/egpc/depresion/apartado02/dxhtml
2. - Marcus M, Yasamy MT, Chisholm D, Saxena S, Depression. WHO Department of Mental Health and substance Abus.. A global Public Health Concern. Geneva: WHO.
- 3.- Patten SB, Kennedy SH, Lam RW, O'Donovan C, Filteau MJ, SV, et al. Canadian Network for mood and anxiety treatments (CANMAT) Clinical Guidelines for the Management of major Depressive Disorder in Adults. Classification, Burden and Principles of Management. J Affect Disord 2009; Vol 117 Suppl 1:S5-14.
- 4- Hegeman JM, Kok RM, van der Mast RC, Giltay EJ. Phenomenology of depression in older compared with younger adults: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2012;
- 5.- World Health Organization. Depression. Geneva: WHO; 2013. (<http://www.who.int/topics/depression/en/>).
- 6.- Butler R, Carney S, Cipriani A, Geddes J, Hatcher S, Price J, et al. Depressive disorders. Am Fam Physician 2006.
- 7.- Bellon JA, Moreno-Kustner B, Torres-Gonzalez F, Monton-Franco C, GildeGomez-Barragan MJ, Sanchez-Celaya M, et al. Predicting the onset and persistence of episodes of depression in primary health care. The predictD-Spain study: methodology. BMC Public Health 2008.
8. - Aguilar-Gaxiola S, Kramer E, Resendez C, Magaña C. The Context of depression in latinos in the United States. 2008.
- 9.- Breslau J, Borges G, Hagar Y, tancredi D, Giman S. Immigration to the USA and Risk for Mood and anxiety and age at immigration. Psychology Med 2009.
- 10.-Organizacion Mundial de la Salud. Decima Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades. CIE-10. Trastornos mentales y del comportamiento. Madrid: Meditor, 1992.
- 11.- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington (VA): American Psychiatric Association 2013.

- 12.- Escala de Hamilton; Ramos-Brieva, JC. Validación de la versión castellana de la escala de Hamilton para la depresión: Actas Luso-España. Neurología Psiquiátrica 1986 p.324-334.
- 13.- Guía Clínica para el manejo de la Depresión. Instituto Nacional de Psiquiatría de la Fuente Muñiz 2010, página 29
(http://inprfcd.gob.mx/guiasclinicas/manejo_depresion.pdf)
- 14.- Fernando L. Vázquez, Ricardo F. Muñoz y Elisario Becoña. Psicología conductual, Año 2000, vol 8, No 3; pagina 423.
- 15.- Chen Y, Copeland WK, and collaborators Association between body index and cardiovascular disease mortality in east Asians and south Asians :pooled analysis of prospective data from the Asia Cohort consortium. Octubre 2013.
- 16.- Definición y clasificación de la obesidad. Dr. Manuel Moreno G. Rev. Med. Clin. Condes 2012; 23 (2) 124-128.
- 17.- Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM Vol 53; No 3 Mayo-Junio 2010.
- 18.- Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. ENSANUT 2012.
- 19.-Obesidad en México. Recomendaciones para una política de Estado. Editores Juan Ángel Rivera Dommarco; Mauricio Hernández Ávila; Carlos López y Colab.
- 20.- G. Bouchard C. Handbook of Obesity; Clinical Applications. New York: Marcel Dekker; 2004.
- 21.- Deitel M. Cowan SM, editors. Surgery for the Morbidly Obese Patients. Tronto: Lea & Febiger, 1989, p.19-26.
- 22.- Salud Med Copyright 2008 Edgar Lopategui Corsino.
- 23.- Secretaria de Salud. El Plato del bien comer, NOM 043-SSA 2-2005.
- 24.-Taylor RS,Brown A. Ebrahim S. et al. Exercise based rehabilitation for patients with coronary heart disease. Am J Med 2004; Vol 116: 682-92.
- 25.- Vega Romero, F.; Sanchez Calabuig, M.A: Zaragoza Harnaez, F. Revista de la Facultad de Ciencias de la Salud Vol 8- año 2013.
- 26.- Tratamiento Quirúrgico de la Obesidad.NOM 174-SSA1-1998
- 27.- Álvarez CR. Luces y sombras en la cirugía bariátrica. Rev Chilena de cirugía. 2009; Vol 61:393-5.

- 28.- Papakostas Petersen T, Losifescu DV et al. Obesity among outpatients with major depressive disorder. *Int J. Neuropsychopharmacol.* 2005; Vol 8:59-63.
- 29.- Dong C. Relationship of obesity to depression; a family-based study. *Int J Obes.* 2004; Vol 28:790-5.
- 30.- Ríos BP, Rangel GA, Alvarez R, et al. Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Acta Medica Hospital Ángeles* 2008; Vol 6:147-52
- 31.- Goldschmidt AB, Crosby RD, Engel SG, Crow SJ, Cao L, Peterson CB, Durkin N. Affect and eating behavior in obese adults with and without elevated depression symptoms. *International Journal of Eating Disorders.* 2014; 47(3):281-6.
- 32.- Dragan A, Akhtar-Danesh N. Relation between body mass index and depression: a structural equation modeling approach. *BMC Med. Res. Methodol.* [Internet]. 2007 [citado 30 Abril 2010]; 7:
- 33.- Vázquez A. Los factores psicosociales y la depresión. *Multimed. Revista Médica. Granma.* 2016; 20 (3):586-602
- 34.- Duarte-Raya F et al. Depresión en mujeres con hijos en tratamiento psiquiátrico) *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2016; 54(1):58-63

XVIII. TABLAS, GRÁFICOS Y ANEXOS

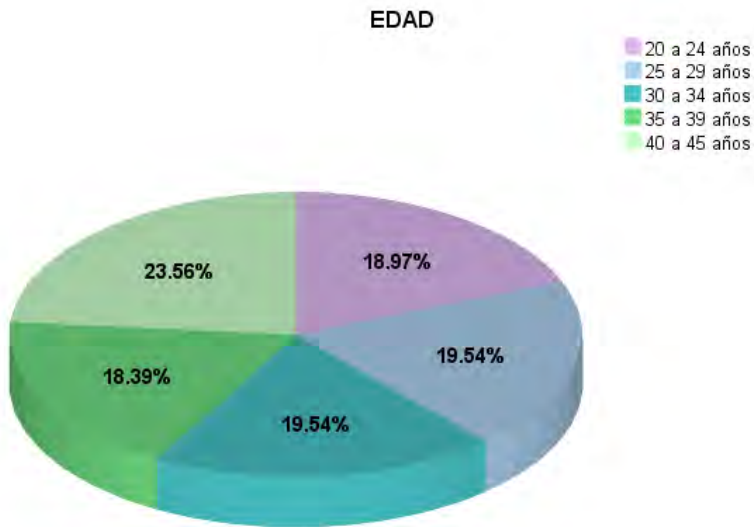
Tabla 1. Características generales mujeres de la UMF No. 65.

Característica	Frecuencia n, (%)
Edad	
20 a 24 años	33, (19)
25 a 29 años	34, (19.5)
30 a 34 años	34, (19.5)
35 a 39 años	32, (18.4)
40 a 45 años	41, (23.6)
Escolaridad	
Analfabeta	1, (0.6)
Sabe leer y escribir	8, (4.6)
Primaria incompleta	10, (5.7)
Primaria completa	51, (29.3)
Secundaria	30, (17.2)
Medio superior completa	63, (36.2)
Profesionista	11, (6.3)
IMC	
Sobrepeso	57, (32.8)
Obesidad I	59, (33.9)
Obesidad II	46, (26.4)
Obesidad III	12, (6.9)
Ocupación	
Hogar	51, (29.3)
Jornalero	51, (29.3)
Pensionado	5, (2.9)
Otro	64, (36.8)
Ninguno	3, (1.7)
Estado civil	
Soltero	28, (16.1)
Casado	72, (41.4)
Unión libre	57, (32.8)
Divorciado	7, (4)
Separado	6, (3.4)
Viudo	4, (2.3)
Depresión	
Leve	54, (31)
Moderada	42, (24.1)
Severa	18, (10.3)
Muy severa	21, (12.1)
Sin depresión	39, (22.4)

Depresión

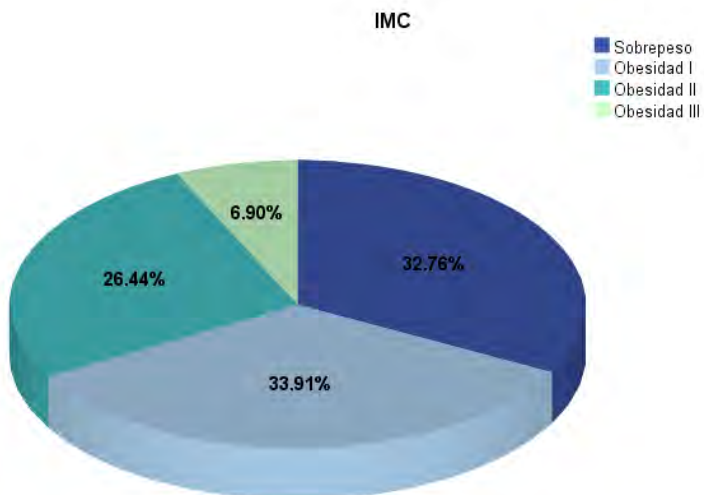
Si	135, (77.6)
No	39, (22.4)

Gráfica 1. Edades pacientes femeninas UMF No. 65.



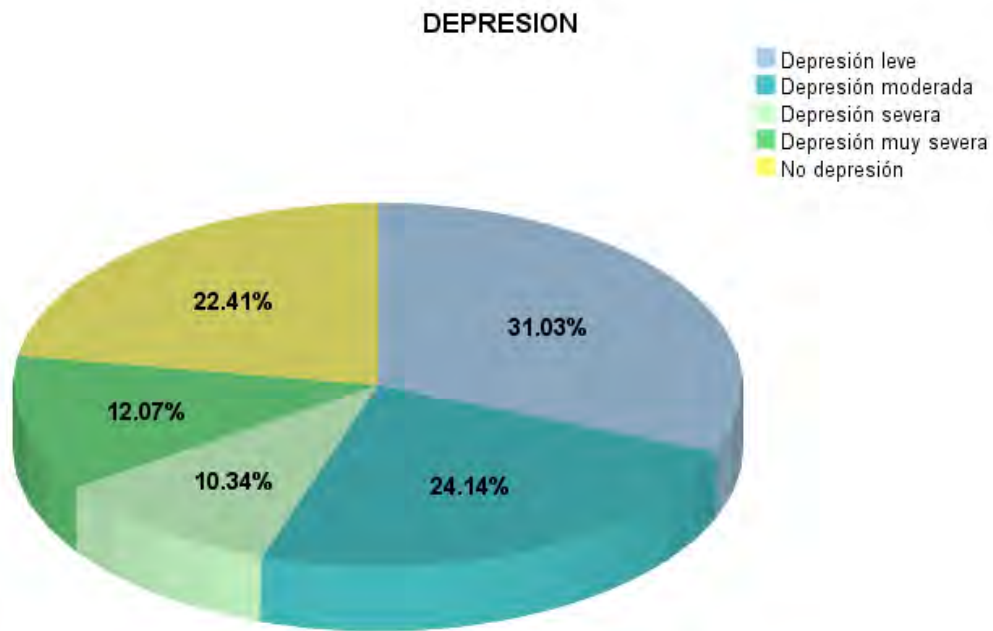
Fuente: Encuesta 2016-2017

Gráfica 2. IMC femeninas UMF No. 65.



Fuente: Encuesta 2016-2017

Gráfica 3. Depresión femenina UMF No. 65.



Fuente: Encuesta 2016-2017

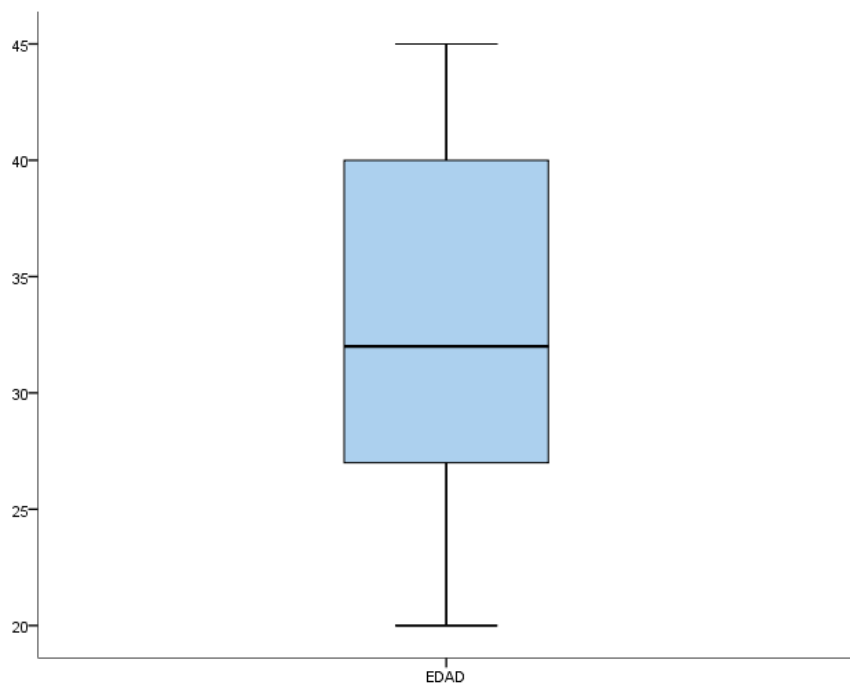
Tabla 2. Características pacientes femeninas UMF No. 65.

Variable	Mediana	RIC	Mínimo	Máximo	<i>p</i> *
Edad	32	13	20	45	0.003
IMC	32.07	7.52	25.10	59.12	<0.001

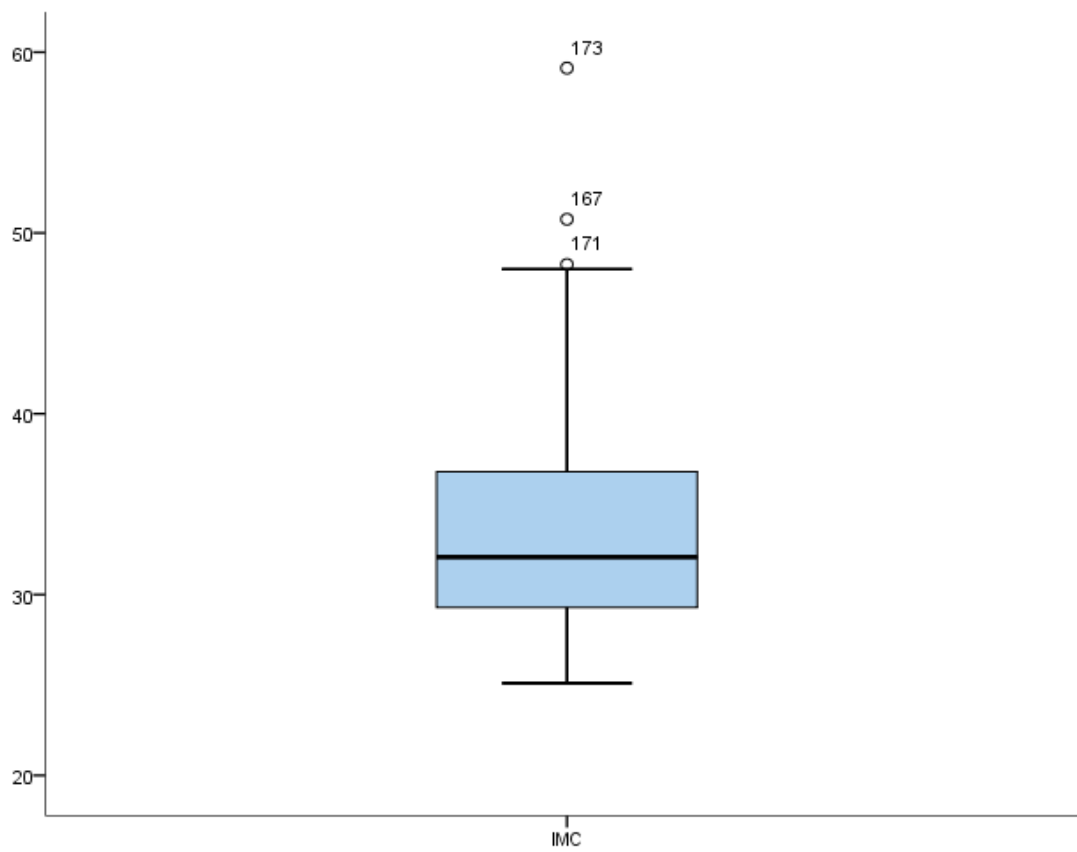
* Kolmogorov-Smirnov

Fuente: Encuesta 2016-2017

Gráfica 4. Edad paciente femeninas UMF No. 65.



Gráfica 5. IMC pacientes femeninas UMF 65



Fuente: Encuesta 2016-2017

Tabla 4. Análisis bivariado factores de riesgo asociados con depresión en femeninas UMF No. 65.

Característica	Depresión		RMP	IC 95%	p*
	Si n, (%)	No n, (%)			
Edad					
20 a 24 años	0, (0)	33, (57.1)	-		
25 a 29 años	28, (20.7)	6, (42.9)	1		< 0.001
30 a 34 años	34, (25.2)	0, (0)	1.21	1.04 – 1.42	
35 a 39 años	32, (23.7)	0, (0)	1.21	1.04 – 1.42	
40 a 45 años	41, (30.4)	0, (0)	1.21	1.04 – 1.42	
Escolaridad					
Analfabeta	1, (0.7)	0, (0)	2.75	1.26 – 6.01	0.042
Sabe leer y escribir	6, (4.4)	2, (5.1)	2.06	0.86 – 4.96	
Primaria incompleta	7, (5.2)	3, (7.7)	1.93	0.80 – 4.64	
Primaria completa	43, (31.9)	8, (20.5)	2.32	1.05 – 5.11	
Secundaria	23, (17)	7, (17.9)	2.11	0.94 – 4.72	
Medio superior completa	51, (37.8)	12, (30.8)	2.23	1.01 – 4.91	
Profesionista	4, (3)	7, (17.9)	1		
Estado civil					
Soltero	22, (16.3)	6, (15.4)	1.09	0.86 – 1.38	0.315
Casado	52, (38.5)	20, (51.3)	1		
Unión libre	48, (35.6)	9, (23.1)	1.17	0.97 – 1.40	
Divorciado	11, (8.1)	2, (5.1)	1,17	0.89 – 1.54	
Viudo	2, (1.5)	2, (5.1)	0.69	0.26 – 1.86	
IMC					
Sobrepeso	41, (30.4)	16, (41)	1		0.141
Obesidad I	44, (32.6)	15, (38.5)	1.04	0.83 – 1.29	
Obesidad II	38, (28.1)	8, (20.5)	1.15	0.93 – 1.42	
Obesidad III	12, (8.9)	0, (0)	1.39	1.18 – 1.64	
Sobrepeso					
Si	41, (30.4)	16, (41)	0.63	0.30 – 1.31	0.146
No	94, (69.6)	23, (59)	1		
Obesidad					
Si	94, (69.6)	23, (59)	1.59	0.76 – 3.33	0.146
No	41, (30.4)	16, (41)	1		

* Chi cuadrada

Fuente: Encuesta 2016-2017



AVANCE (PRIMER AÑO) 2016-2017 MES	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Pregunta de investigación, Marco teórico	X	X	X									
Planteamiento del problema, Objetivos, Justificación, hipótesis y diseño		X	X									
Material y métodos, Planteamiento del análisis estadístico		X	X									
2Bibliografía y anexos , Registro en SIRELCIS y envío al CLIS			X	X								
Realización de modificaciones ; Terminarlas y re-envío al CLIS				X	X							
Autorización del protocolo por el CLIS						X						
Protocolo autorizado por el CLIS							X					
Entrega del dictamen a la CES								X				
Recopilación de datos 10%									X	X		
Recopilación de datos 20%											X	X
AVANCE (SEGUNDO AÑO) 2016-2018 MES	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Recopilación de datos (30 %)	X	X										
Recopilación de datos (40 %)		X	X									
Recopilación de datos (50 %)			X	X								
Recopilación de datos (60 %)				X	X							
Recopilación de datos (70 %)					X	X						
Recopilación de datos (80 %)						X	X					
Recopilación de datos (90 %)							X	X				
Recopilación de datos (100%)								X	X			
Elaboración de base de datos									X	X		
Análisis estadístico										X	X	
Interpretación de resultados y conclusiones											X	X
AVANCE (TERCER AÑO) 2018-2019 MES	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F
Redacción de la tesis (25.0 %)	X	X										
Redacción de la tesis (37.5 %)		X	X									
Redacción de la tesis (50.0 %)			X	X								
Redacción de la tesis (62.5 %)				X	X							
Redacción de la tesis (75.0 %)					X	X						
Redacción de la tesis (100 %)						X	X					
Envío de la tesis a la CES							X	X				
Envío de la tesis a la UNAM								X	X			
Realización de modificaciones									X	X		
Envío de tesis modificada a la UNAM										X	X	



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

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
 (ADULTOS)

ANEXO 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

DEPRESION EN MUJERES QUE CURSAN CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
 NO. 65 DEL IMSS.

Nombre del estudio:

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Junio 2016

Número de registro:

Justificación y objetivo del estudio:

Identificar la prevalencia y grados depresión en mujeres con sobrepeso y obesidad en la
 Unidad de Medicina Familiar núm. 65 de Ciudad Juárez Chihuahua

Procedimientos:

Estudio descriptivo transversal en el que se aplicara la Escala de Hamilton

Posibles riesgos y molestias:

Ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Mejorar su calidad de vida individual y familiar

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

Al momento de los resultados

Participación o retiro:

En el momento que lo desee

Privacidad y confidencialidad:

No aplica

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

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

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):

Beneficios al término del estudio:

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

Investigador Responsable:

Yanel Carmina Armendariz Falliner

Colaboradores:

, **María Dolores Meléndez V.**

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la
 Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ESCALA DE HAMILTON

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo/ sentimiento de inutilidad

- 0 - Ausente
- 1 - Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente
- 2 - Estas sensaciones las relata espontáneamente
- 3 - sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)
- 4 - Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontanea.

Ansiedad psíquica

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

Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc.; cardiovasculares, palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)

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

Síntomas somáticos gastrointestinales

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

Síntomas somáticos generales

- 0-Ninguno
- 1- Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares.
- 2- Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2

Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)

- 0- Ausente
- 1- Débil
- 2- Grave

Hipocondría

- 0- Ausente
- 1- Preocupado de si mismo (corporalmente)
- 2- Preocupado por su salud
- 3- Se lamenta constantemente, solicita ayuda

Pérdida de peso

- 0- Pérdida de peso inferior a 500 gr, en una semana
- 1- Pérdida de más de 500 gr. en una semana
- 2- Pérdida de más de 1 K9. en una semana

Introspección (insight)

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

Sentimientos de culpa

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

Suicidio

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

Insomnio precoz

0- No tiene dificultad

1- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora el conciliar el sueño

2- Dificultad para dormir cada noche

Insomnio intermedio

0- No hay dificultad

1- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche

2- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

Insomnio tardío

0- No hay dificultad

1- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir

2- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

Trabajo y actividades

0- No hay dificultad

1- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)

2- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)

3- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad

4- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas

tareas/ o no puede realizar estas sin ayuda.

Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)

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

Agitación psicomotora

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



HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SOCIO DEMOGRÁFICOS

Fecha: _____ Edad: _____ años cumplidos

Sexo () Femenino

Estado civil

- | | |
|---------------------|--------------------|
| 1.- () Soltero | 4.- () Divorciado |
| 2.- () Casado | 5.- () Separado |
| 3.- () Unión libre | 6.- () Viudo |

Ocupación

- | | | |
|--------------------|---------------------|--------------------|
| 1.- () Hogar | 4.- () Ganadero | 7.- () Jubilado |
| 2.- () Jornalero | 5.- () Pensionado | 8.- () Otro _____ |
| 3.- () Agricultor | 6.- () Comerciante | 9.- () Ninguno |

Escolaridad

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| 1.- () Analfabeta | 5.- () Secundaria |
| 2.- () Sabe leer y escribir | 6.- () Medio superior completa |
| 3.- () Primaria incompleta | 7.- () Profesionalista |
| 4.- () Primaria completa | |

Peso _____ kg Talla: _____ mts IMC _____

Depresión

- 1.- () Leve 2.- () Moderado 3.- () Severo 4.- () Muy severa
9.- () No deprimido