



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA ESTATAL
HIDALGO
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1**

**PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS DE 20 A 60 AÑOS
DE EDAD CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN EL HGZ/MF No. 1**

Número de registro SIRELCIS R-2020-1201-015

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA. RENATA GUTIÉRREZ GÓMEZ

ASESORES DE TESIS:

**DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
MTRO. BRAULIO GUILLERMO FLORES CANALES**

INSTITUTO MEXICANO
DEL SEGURO SOCIAL



ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
H G Z M F No. 1

PERIODO DE LA ESPECIALIDAD 2018 - 2021

PACHUCA, HGO.

2021



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS DE 20 A 60 AÑOS DE EDAD CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN EL HGZ/MF No. 1

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DRA. RENATA GUTIÉRREZ GÓMEZ

MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZ Y MF No. 1

AUTORIZACIONES:



DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL

ENLACE INSTITUCIONAL



DRA. MARÍA GEORGINA ARTEAGA ALCARAZ
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



DRA. ELBA TORRES FLORES
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD



DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTÉN LÓPEZ
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

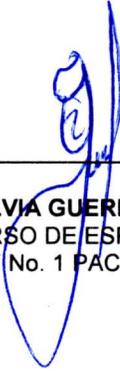


ENSEÑANZA E INVESTIGACION
H G Z M F No. 1



DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
PROFESORA TÍTULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

ASESORES DE TESIS



DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
PROFESORA TÍTULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
HGZ/MF No. 1 PACHUCA, HGO.



MTRO. BRAULIO GUILLERMO FLORES CANALES
MEDICO FAMILIAR
UMF. 31 ZIMAPAN, HGO.

PACHUCA, HGO. 2021

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS DE 20 A 60
AÑOS CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN EL HGZ/MF No. 1”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

DRA. RENATA GUTIÉRREZ GÓMEZ

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

DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

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

**“PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS DE 20 A 60 AÑOS
DE EDAD CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN EL HGZ/MF No. 1”**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:

**DRA. RENATA GUTIÉRREZ GÓMEZ
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

**PRESIDENTE DEL JURADO
DRA. ROSA ELVIA GUERRERO HERNÁNDEZ
PROFESORA TITULAR CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
H.G.Z.M.F. No. 1**

**SECRETARIO DEL JURADO
DRA. ALICIA CEJA ALADRO
MEDICO FAMILIAR
H.G.Z.M.F. No. 1**

**VOCAL DEL JURADO
DR. JESUS MARTÍNEZ ANGELES
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
UMF No. 32**

AGRADECIMIENTOS

Al concluir esta etapa maravillosa de mi vida, quiero extender un profundo agradecimiento, a quienes hicieron posible este sueño, a aquellos que junto a mí, caminaron en todo momento y siempre fueron inspiración, apoyo y fortaleza. Esta mención especial es para DIOS, mis padres Alejandra y Felipe; y mi Hija Victoria.

Mi gratitud también al IMSS por dejarme formar parte de su formación, a la escuela de Medicina UNAM y mi agradecimiento sincero a mis asesores de tesis Dra. Rosa Elvia Guerrero Hernández y Mtro. Braulio Guillermo Flores Canales por su apoyo, asesoría y tiempo dedicado a la elaboración de este proyecto.

A todos mis profesores que me transmitieron sus conocimientos para poder lograr esta meta, e inducir mi crecimiento profesional.

DEDICATORIA

A mis papás, Alejandra Gómez Fuentes y Víctor Felipe Gutiérrez Brito porque a pesar de todas las adversidades me brindaron todo su apoyo y confianza para terminar este gran paso que es el posgrado.

A mi hermosa y amada hija Alessia Victoria Gutiérrez Gómez por ser mi fuente de motivación e inspiración para poder superarme cada día más y así poder brindarle mejor futuro.

INDICE

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES	9
RESUMEN	10
MARCO TEÓRICO	12
Introducción	12
Definición de obesidad y sobrepeso	13
Definición de depresión	15
Diagnóstico de depresión	16
Criterios diagnósticos de depresión de la CIE 10.	17
Criterios de gravedad del trastorno depresivo.	18
Tratamiento de depresión	21
JUSTIFICACIÓN	23
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	24
OBJETIVOS	25
HIPÓTESIS:	26
MATERIAL Y MÉTODOS	27
ASPECTOS ÉTICOS	33
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	38
RESULTADOS	39
DISCUSION	46
Y CONCLUSIONES	46
BIBLIOGRAFÍA	49
ANEXOS	51

IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

Asesor Clínico:

Nombre: Dra. Rosa Elvia Guerrero Hernández
Especialidad: Medicina Familiar
Adscripción: HGZ MF No1
Domicilio: Prolongación Avenida Madero No. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.
Teléfono: 7711929485
Correo electrónico: rosa.guerrero@imss.gob.mx

Asesor Metodológico:

Nombre: Mtro. Braulio Guillermo Flores Canales
Especialidad: Medicina Familiar
Adscripción: UMF No. 31
Domicilio: Calle General Jesús González Ortega no.19, Colonia Cerrito Romero, Zimapán, Hidalgo.
Teléfono: 7711976122
Correo electrónico: braulio.flores@imss.gob.mx

Tesista:

Nombre: Dra. Renata Gutiérrez Gómez
Residente de la especialidad en medicina familiar.
Domicilio: Prolongación avenida Madero No. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.
Teléfono: 045 777 231 75 52
Correo electrónico: dra.renagg@gmail.com

RESUMEN

TITULO: Prevalencia de depresión en pacientes adultos de 20 a 60 años de edad con sobrepeso y obesidad en el HGZ/MF No. 1.

ANTECEDENTES: La obesidad es un problema de salud pública ya que conlleva diferentes enfermedades, existen en el mundo más de 1600 millones de adultos con sobre peso y más de 700 millones con obesidad. El sobre peso y la obesidad es acompañada con frecuencia de la depresión, las personas con obesidad como carentes de autocontrol y fuerza de voluntad, lo cual puede ser motivo de ansiedad ya que entre las causas más frecuentes de un estado ansioso se encuentra el miedo al no alcanzar dichas metas para obtener un peso ideal o la presión social.

OBJETIVO: Determinar la prevalencia de depresión en pacientes adultos de 20 a 60 años de edad con sobrepeso y obesidad en el HGZ/MF No. 1.

MATERIAL Y METODOS: Se realizó un estudio descriptivo, prolectivo, transversal tipo observacional. Se seleccionó a la población adulta de 20 a 60 años de edad, que se acudieron a salas de espera de la consulta de Medicina Familiar, se identificó a los pacientes con sobrepeso y obesidad al calcular el IMC según la OMS, se les explicó detalladamente el estudio, y se les invitó a participar en él previa firma de consentimiento informado, se aplicó el cuestionario de depresión de Beck IA (BDI-IA) . Una vez obtenida el total de la muestra se procedió a la clasificación del grado de depresión según el CIE 10, se creó la base de datos en Excel, para realizar el análisis mediante estadística descriptiva a través del paquete estadístico SPSS.

RECURSOS E INFRAESTRUCTURA: Instalaciones HGZMF No. 1 del IMSS, Pachuca, Hgo, encuestas, material de oficina, equipo de cómputo, impresora, recursos humanos, tesista y asesores, clínico y metodológico.

EXPERIENCIA DEL GRUPO: Se contó con un clínico y un asesor metodológico especialistas en medicina familiar, un tesista médico residente en medicina familiar con experiencia en el tema.

RESULTADOS: Se encuestaron 358 personas, el 29.6% sufre algún grado de depresión; el 18.4% leve, 6.7% moderada y el 4.5% grave. Predominando el sexo femenino 76.4% contra 23.6% del masculino. La escolaridad más frecuente fue secundaria con el 35.8%. El 29.2% pertenece al grupo de edad de 40 a 49 años, con una media de 41.30 y una desviación estándar de 11.080. El estado civil casado 55.7% predominó y así como ocupación empleados con un 55.7%.

DISCUSIÓN: Se estudiaron 358 pacientes, encontrando una prevalencia de depresión del 29.6%, observando que se encuentra dentro del rango reportado 16-36%. A diferencia del 13% reportado en la literatura encontramos que el 4.5% presentó depresión grave; en cuanto al sexo encontramos similitud con las estadísticas reportadas. El estado civil que se asoció a depresión fue el casado(a) 55.7%, a diferencia de lo reportado en la literatura (soltero); el grupo de edad que predominó 40 a 49 años con un 29.2% y una media de 41.30 cifras similar a la literatura (población más vulnerable de sufrir depresión se encuentra entre 45 y 54 años). A más escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión, encontramos la escolaridad más asociada a depresión, es la secundaria con el

35.8%, disminuyendo en aquellos con educación superior o mayor. De acuerdo con lo reportado en un estudio comparativo en personas con peso normal y obesidad en México; se encontró que la gravedad de la depresión fue mayor en el grupo con obesidad que en el grupo con peso normal.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES: La prevalencia de depresión en pacientes con sobrepeso y obesidad fue significativa y acorde con la literatura, en las cuales encontramos una asociación de las mismas. Así mismo encontramos que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las de los hombres. Es de suma importancia realizar una labor multidisciplinaria y colaborativa de equipos de salud capaces de integrar la participación de la comunidad y en particular, de las personas afectadas por trastornos depresivos en conjunto con su familia para así evitar posibles complicaciones.

MARCO TEÓRICO

Introducción

La obesidad es un problema de salud pública a nivel mundial ya que conlleva diferentes enfermedades entre ellas: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, dislipidemias, osteoarticulares, depresión, alteraciones en la función cognitiva, trastornos de la imagen corporal y dificultad en las relaciones humanas como la socialización; esto implica una menor calidad de vida en el individuo y un elevado costo para las instituciones públicas.

De acuerdo a las cifras de la OMS, existen en el mundo más de 1600 millones de adultos con sobre peso y más de 700 millones con obesidad ¹.

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la “Situación mundial de las enfermedades no transmisibles” del año 2014, se estima que 3,2 millones de personas mueren cada año debido a la falta de actividad física y a los estilos de vida sedentarios, constituyendo también al sobrepeso y la obesidad como las causas fundamentales de mortalidad y discapacidad. ²

México ocupa el segundo lugar de prevalencia mundial de obesidad en la población adulta, la cual es diez veces mayor que la de países como Japón y Corea. Respecto a la población infantil, México ocupa el cuarto lugar de prevalencia mundial de obesidad, superado por Grecia, Estados Unidos e Italia. Se calcula el 80% de niños y adolescentes obesos, seguirán presentando esta patología en la edad adulta, estas cifras resultan preocupantes por la presencia de comorbilidades desde edades tempranas; lo cual se reduce la edad y por lo tanto la esperanza de vida de esta población. ³

En nuestro país, más del 70 % de la población adulta tiene exceso de peso. La prevalencia de sobrepeso es más alta en hombres que en mujeres, mientras que la prevalencia de obesidad es mayor en las mujeres que en los hombres.

En los resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT), la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad en adultos de 20 años pasó de 71.2% en año del 2012 a 72.5% en el 2016; este aumento de 1.3 puntos porcentuales no fue estadísticamente significativo. Las prevalencias tanto de sobrepeso como de obesidad y de obesidad mórbida fueron más altas en el sexo femenino. Aunque las prevalencias combinadas de sobrepeso y obesidad no son muy diferentes en zonas urbanas (72.9%) que en rurales (71.6%), la prevalencia de sobrepeso fue 4.5 puntos porcentuales más alta en las zonas rurales, mientras que la prevalencia de obesidad fue 5.8 puntos porcentuales más alta en las zonas urbanas.

Definición de obesidad y sobrepeso

El sobrepeso y la obesidad se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa. El índice de masa corporal (IMC) es un indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2) ⁴.

La organización mundial de la salud (OMS), define peso normal un índice de masa corporal (IMC) entre 18.5 a 24.9, un índice de masa corporal (IMC) mayor de 25 se define como sobrepeso, un índice de masa corporal (IMC) mayor de 30 se considera como obesidad y con obesidad severa se define con un índice de masa corporal (IMC) mayor a 40. ⁵

La obesidad se ha convertido en una enfermedad de alcance social, presentándose en cualquier nivel socioeconómico y en cualquier edad, se han investigado diferentes factores de riesgo tales como herencia y genética; aunado a eso a la mala alimentación y falta de actividad física. Se ha incrementado la cifra en la población pediátrica debido al uso de celulares, videojuegos, incremento de restaurantes de comida rápida y consumo de comida chatarra.

La obesidad es considerada una enfermedad multifactorial ya que es determinada por diferentes elementos; entre ellos: metabólicos, físicos, sociales, genéticos y moleculares ⁶. Está vinculada al 60% de las defunciones por enfermedades no transmisibles ya que es la principal causante de enfermedades crónicas degenerativas.

En pacientes jóvenes la obesidad es asociada al estilo de vida del estudiante, tales como estrés y carga académicas altas, lo que conlleva a la irregularidad de los horarios de alimentación, incremento de alimentos de alto contenido energético y falta de tiempo para realizar alguna actividad física.

Existen estudios transversales que muestran la prevalencia de comorbilidad como depresión con distintos niveles de índice de masa corporal; uno de ellos, realizado en Australia por Carey muestra una relación de las prevalencias de depresión aumentan tanto en desnutrición como en obesidad, encontrándose un 24% y 23% de pacientes deprimidos, respectivamente, mientras que en individuos con peso normal, un 11%. ⁷

En un estudio realizado se demostró que hay una fuerte asociación para el aumento de peso, como el tabaquismo y el sedentarismo, aunque tiene mayor beneficio la realizar actividad física. Sin embargo dejar de fumar demostró un alto aumento de peso en comparación de las personas que no dejaron de fumar; el tabaquismo está asociado con la disminución del metabolismo, aunque varios autores mencionan que el tabaco suprime el apetito ⁸.

El tratamiento de la depresión es de suma importancia en pacientes con obesidad, ya que de lo contrario el paciente no será capaz de comprometerse adecuadamente, lo que causará mayor dificultad para bajar de peso. La génesis de la obesidad se relaciona con los eventos de vida estresantes, por lo que se emplea la comida como refugio para compensar frustraciones, depresión,

necesidades y temores que pueden además estar asociadas al prejuicio y la discriminación⁹.

Es de suma importancia que el médico realice acciones preventivas para el control del sobrepeso y la obesidad, insistir en una buena alimentación basada en cinco comidas al día combinando todos los grupos alimenticios y en adecuada cantidad; además de realizar actividad física por lo menos 30 minutos diarios.

Debemos orientar a los pacientes haciendo hincapié en que la obesidad y el sobrepeso son causantes de varias enfermedades y teniendo una vida saludable podemos prevenirlas.

En la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición del año 2016 se determinó que los principales obstáculos para alimentarse saludablemente fueron la falta de dinero para comprar frutas y verduras, falta de conocimiento y tiempo para preparar alimentos saludables, falta de una alimentación, preferencia por consumir bebidas azucaradas y comida chatarra, falta de motivación y desagrado por el sabor de las verduras. El 81.6% de la población adulta gusta del sabor de las bebidas azucaradas, sin embargo, la mayoría no las consideran saludables¹⁰.

Definición de depresión

La depresión es un trastorno mental que se caracteriza por una tristeza profunda y una pérdida del interés de las actividades que antes resultaban placenteras; además de síntomas emocionales, cognitivos, físicos y de comportamiento.¹¹ Estos síntomas incluyen llanto, irritabilidad, retraimiento social, fatiga, pérdida del interés y sentimientos de culpa; la mayoría de la población que la padece presentan ideación suicida, pudiendo llegar al suicidio.

Cifras de la Organización Mundial de la Salud destacan que la depresión constituye un problema importante de salud pública, más de 4% de la población

mundial vive con depresión y los más propensos a padecerla son las mujeres, los jóvenes y los ancianos. En México, la depresión ocupa el primer lugar de discapacidad para las mujeres y el noveno para los hombres. Además se estima que 9.2% de la población ha sufrido depresión, que una de cada cinco personas sufrirá depresión antes de los 75 años y que los jóvenes presentan tasas mayores.

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, la depresión se asocia principalmente con los trastornos de ansiedad, los cuales son el principal factor de riesgo para el desarrollo del primer episodio de depresión e incrementa el riesgo de suicidio. Además, existe una alta relación entre la depresión y el ser viudo, soltero o divorciado y existe un mayor deterioro cognitivo en aquellas personas que presentan algún tipo de dependencia funcional ¹². Se recomienda considerar la derivación a atención especializada de modo urgente cuando el riesgo de suicidio es elevado.

La teoría de la depresión de Beck, se basa en un modelo de labilidad al estrés, con esquemas distorsionados de pensamiento que influyen negativamente en lo que el individuo percibe, codifica e interpreta sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro; a partir de esta explicación surgió el Inventario de Depresión de Beck (IBD), para detectar síntomas depresivos y su gravedad ¹³.

Diagnóstico de depresión

La depresión es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en los que predominan los siguientes síntomas: sentimientos de culpa, soledad, tristeza, desesperanza, irritabilidad, decaimiento, baja atención, dificultad en la concentración y memoria, pensamientos de muerte o ideación suicida, apatía, anhedonia, descuido en sus labores cotidianas, alteraciones del sueño, etc.

En pacientes con riesgo de depresión, durante la consulta debemos hacer un interrogatorio dirigido, como por ejemplo si en el último mes ha perdido el interés o placer por las cosas que antes disfrutaba o si ha tenido problemas para conciliar el sueño o mantenerse dormido durante el día; si el paciente responde afirmativamente a una de las dos preguntas se deberán investigar los síntomas de PSICACES ¹⁴ y los criterios del CIE 10.

Con el PISICACES nos referimos a una nemotecnia para el protocolo diagnóstico para la búsqueda de síntomas de depresión y se encuentra descrito en el siguiente cuadro:

P	Psicomotricidad disminuida o aumentada
S	Sueño alterado, con disminución o aumento
I	Interés reducido
C	Concentración disminuida
A	Apetito y peso, con disminución o aumento
C	Culpa y auto reproche
E	Energía disminuida y fatiga
S	Pensamientos de suicidio

Major Depressive Disorder–Diagnosis and management. Guideline & Protocols. Canadian, 2014

Criterios diagnósticos de depresión de la CIE 10.

Criterio A. Duración de por lo menos dos semanas, no es atribuible al abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico.

Criterio B. Presencia de al menos de dos de los siguientes síntomas, el episodio depresivo debe durar al menos dos semanas.

- Humor depresivo de un carácter claramente anormal, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días; se modifica muy poco por circunstancias ambientales, persiste durante al menos dos semanas.
- Marcada pérdida del interés o de la capacidad para disfrutar de las actividades que anteriormente eran placenteras
- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad

Criterio C. Deben estar presentes uno o más de los síntomas, para que la suma total sea de 4.

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad
- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesivos
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida
- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar acompañadas de falta de decisiones
- Cambios de actividad psicomotriz con agitación o inhibición
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo
- Cambios del apetito con aumento o disminución, con la correspondiente modificación del peso

Criterio D. Puede haber o no síndrome somático.

El síndrome somático se considera que los síntomas tiene un significado clínico especial y en otras clasificaciones se les denomina melancólicos o endogenomorfos.

- Pérdida importante del interés o de la capacidad de disfrutar actividades que previamente eran placenteras
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
- Empeoramiento matutino del humor depresivo
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación
- Pérdida marcada del apetito
- Pérdida de peso del al menos 5% en el último mes
- Notable disminución del interés sexual

Criterios de gravedad del trastorno depresivo.

Leve: Presencia de 2 a 3 síntomas del criterio B. La persona puede mantener sus actividades cotidianas.

Moderado: Están presentes al menos 2 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C hasta sumar al menos 6 síntomas. La persona probablemente tenga dificultad para mantener sus actividades cotidianas.

Grave: Deben estar presentes los 3 síntomas del criterio B y síntomas del criterio C con un mínimo de 8 síntomas. Las personas presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad.

Son frecuentes los pensamientos y acciones suicidas, pueden aparecer síntomas psicóticos tales como alucinaciones, delirios, retardo psicomotor o estupor grave.

En México, menos de 20% de quienes presentan un trastorno afectivo buscan algún tipo de ayuda y se estima que quienes lo hacen tardan hasta 14 años en llegar a un tratamiento especializado. En este sentido, México es una de las naciones que muestra mayor retraso en la búsqueda de atención.¹⁵ Se encuentran diferentes factores de riesgo asociados a la oportunidad de la atención como las largas listas de espera, diferimiento de la consulta, dificultad para trasladarse, estigmas, etc.

Dentro del grupo de enfermedades mentales, llamadas trastornos en la alimentación engloba a los factores de riesgo tales como obesidad y depresión, se considera un problema de salud pública ya que esto conlleva a una elevada tasa de comorbilidad.

De acuerdo al manual de enfermedades mentales en su quinta edición (DSM 5) los principales desórdenes alimenticios son anorexia nerviosa, bulimia y trastorno por atracón afecta principalmente a las adolescentes y a mujeres jóvenes y es caracterizada por una imagen corporal distorsionada, dieta excesiva, ingesta baja de calorías y bajo peso.¹⁶

La prevalencia del trastorno por atracón en la población general es de 1.9 a 3.5%, sin embargo aumenta a 20 a 30% en pacientes obesos. El trastorno por atracón no es la única patología psiquiátrica que ha sido asociada con la obesidad. Los

trastornos de conducta alimentaria son problemas psiquiátricos que definen una alteración de las conductas alimenticias que se traducen en la alteración de la absorción de los alimentos lo que ocasiona una alteración en la salud física. ¹⁷

Se ha estudiado la presencia de patologías psiquiátricas en pacientes obesos, encontrándose que entre el 40 y 72% de los pacientes presentan al menos una patología, siendo las más frecuentes la depresión y la ansiedad.

Se ha encontrado asociación entre depresión y obesidad, sobre todo al comparar la sintomatología depresiva con el índice de masa corporal (IMC), observándose que a mayor IMC se observa puntuación más alta en escalas de depresión. ¹⁸

En diferentes estudios realizados han demostrado que la obesidad se asocia con la depresión, existen diferentes hipótesis sobre los mecanismos del incremento de la grasa corporal en los síntomas depresivos; un ejemplo de ellos es el cortisol el cual tiene una asociación del síndrome metabólico con la depresión en mujeres por la activación del eje hipotálamo-hipófisis. ¹⁹

El sobre peso y la obesidad es acompañada con frecuencia de la depresión, si una persona tiene problemas de obesidad en edades tempranas ocasiona rechazo por parte de sus compañeros de la escuela o trabajo, por lo tanto las gran mayoría de personas con obesidad están acompañadas de baja autoestima por que no logran verse como ellos quisieran. La reducción de la prevalencia del sobrepeso y la obesidad en la infancia debería reducir la magnitud de la obesidad y su morbilidad en etapas posteriores de la vida; los niños obesos tienen más de cinco veces la probabilidad de ser obesos en la adultez comparados con aquellos niños no obesos. ²⁰

El trastorno por atracón no es la única patología psiquiátrica que ha sido relacionada con obesidad, se ha encontrado que entre el 40% y 72% de los pacientes obesos presentan más de una patología psiquiátrica siendo la más frecuente la depresión

La imagen corporal distorsionada se relaciona con la presión social y los modelos de belleza, ya que la imagen ideal de toda persona es tener un cuerpo atlético y escultural, lo que ocasiona que las personas lleguen a su peso ideal sin importar los problemas alimenticios que esto conlleva, ocasionando principalmente daños a la salud como los siguientes: osteoporosis, debilidad, fatiga, cabello seco y débil, hipotensión, bradicardia; llevando poco a poco a la muerte.

Estudios realizados han comprobado que mayor es la insatisfacción corporal, mayor es el nivel de depresión, así como la recurrencia del uso de diferentes formas para controlar el peso. ²¹

La insatisfacción de la imagen corporal regularmente producen un aislamiento social, no se animan a entablar una relación amorosa por miedo al rechazo o la burla, lo cual hace que sus pensamientos y sentimientos lo lleven a realizar la sobre ingresa de comida para evitar esas situaciones, desmotivándolo al máximo y encaminándolo a una depresión. ²²

Las personas con obesidad son vistas como carentes de autocontrol y fuerza de voluntad, lo cual puede ser motivo de ansiedad ya que entre las causas más frecuentes de un estado ansioso se encuentra el miedo al no alcanzar dichas metas para obtener un peso ideal o la presión social.

Tratamiento de depresión

El tratamiento farmacológico está indicado en todos los casos de depresión de leve a grave y se basa en los inhibidores de la recaptura de serotonina, la meta del tratamiento farmacológico se basa en la remisión total de los síntomas así como el restablecimiento funcional del paciente; la respuesta al tratamiento se inicia posterior a la tercera semana después de recibirlo. ²³

La duración del tratamiento debe ser de 8 a 12 semanas posterior a obtener remisión en un primer episodio, y continuarlo por dos años después de 2 episodios

en el transcurso de 5 años. Se debe de informar al paciente sobre el tratamiento para promover su adherencia, además de combinar doble terapia: farmacológica y psicoterapia para mejores resultados. En pacientes con depresión de leve a moderado se recomienda realizar actividad física de por lo menos 30 a 60 minutos tres veces a la semana durante al menos 10 a 12 semanas, lo cual podría ser una intervención significativa para remisión de los síntomas. ²⁴

JUSTIFICACIÓN

En los últimos años se ha visto un incremento significativo en la prevalencia de obesidad y depresión la cual aumenta por diversas situaciones tales como el estrés, presión laboral, malos hábitos alimenticios, sedentarismo, dificultad para el consumo de alimentos en horarios específicos, así como la falta de tiempo para realizar actividad física.

En el primer nivel de atención muchos casos de depresión no son detectados, se logran tasas de detección del trastorno depresivo entre el 30% y 40% sin utilizar herramientas adicionales para el diagnóstico.²⁵

Las tasas bajas de detección del trastorno depresivo también se deben a que los pacientes no manifiestan su estado anímico en la consulta a menos que se les pregunte directamente o suelen omitir información sobre sus síntomas por el miedo a la estigmatización, cerca del 60% de estos pacientes se presentan somáticos con síntomas inespecíficos como cefalea, lumbalgia o dolor crónico lo que hace más difícil el diagnóstico.

Con los resultados derivados de presente estudio conoceremos la prevalencia de depresión en pacientes con sobrepeso y obesidad, para tener un panorama de su comportamiento en nuestro hospital, en el entendido de que el sobrepeso y la obesidad representan un factor desencadenante de múltiples patología crónico-degenerativas, que representan una carga económica individual, familia, institucional y nacional; con esta información se podrán implementar acciones médico-preventivas así mismo conocer las herramientas de detección para establecer un diagnóstico temprano y oportuno con el fin de limitar el daño, prevenir complicaciones con lo que se espera tener un impacto positivo en el sistema nacional de salud.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad y la depresión son un problema de salud en México, ya que conlleva múltiples enfermedades entre ellas diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipidemias, cardiopatías, etc; por lo cual debemos prestar atención a este tipo de pacientes ya que la enfermedad poco a poco va progresando al grado de llevar a la persona a la muerte o incluso el suicidio

El manejo de todas las enfermedades que conlleva la obesidad genera costos elevados al sistema nacional de salud, gastos generados por el tratamiento, hospitalización y manejo de las complicaciones.

México enfrenta una crisis de salud pública a causa del sobrepeso y la obesidad con un costo entre los 82 y 98 mil millones de pesos que equivalen a 73% y 87% del gasto programable en salud, sólo considerando los costos atribuibles por diabetes.²⁶

En otro contexto la obesidad y la depresión casi siempre van de la mano; ya que la mayoría de las personas no se sienten a gusto con su apariencia y pueden recurrir a utilizar productos “mágicos” para bajar de peso, sin saber el daño que les puede ocasionar a su salud. Además de tener una baja autoestima ya que la gran mayoría de la sociedad juzga a las personas por su apariencia y en ocasiones éstas pueden tener sentimientos de inferioridad, incapacidad de relacionarse con las demás personas lo que puede ocasionar llevarlos a una depresión severa e incluso hasta la muerte.

Es muy importante realizar acciones en el primer nivel de atención, para evitar complicaciones de este tipo, además de concientizar a los familiares para que presten especial atención en el comportamiento del paciente para poder intervenir de forma oportuna.

Por lo que ante esta situación surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la prevalencia de depresión en pacientes adultos de 20 a 60 años de edad con sobre peso y obesidad del HGZ/MF No. 1?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Determinar la prevalencia de depresión en pacientes adultos de 20 a 60 años de edad con sobrepeso y obesidad en el HGZ/MF No. 1

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

1. Determinar el grado de depresión en pacientes con sobrepeso y obesidad en el HGZ/MF No. 1
2. Identificar el sexo con mayor presencia de depresión relacionada con sobrepeso y obesidad en el HGZ/MF No. 1
3. Determinar el grado de escolaridad más frecuente en pacientes con depresión con sobrepeso y obesidad en el HGZ/MF No. 1

HIPÓTESIS:

HIPÓTESIS NULA (H0):

La prevalencia de depresión en pacientes adultos de 20 a 60 años de edad con sobrepeso y obesidad en el HGZ/MF No. 1, se encuentra dentro del 72.5% reportado en la literatura

HIPÓTESIS ALTERNA (H1 ó Ha):

La prevalencia de depresión en pacientes adultos de 20 a 60 años de edad con sobrepeso y obesidad en el HGZ/MF No. 1, se encuentra por arriba del 72.5% reportado en la literatura

MATERIAL Y MÉTODOS

a) UNIVERSO DE TRABAJO: Pacientes adultos de 20 a 60 años con sobrepeso y obesidad, adscritos a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZMF No.1.

b) TIPO DE DISEÑO: Descriptivo, observacional, transversal y prolectivo.

El cual tiene las siguientes características:

- Observacional: Corresponde a diseños de investigación cuyo objetivo es la observación y registro de acontecimientos sin intervenir en el curso natural de estos
- Transversal: Son estudios diseñados para medir la prevalencia de una exposición y/o resultado en una población definida y en un punto específico de tiempo.
- Prolectivo: Estudio en que la información se recogerá de acuerdo con los criterios del investigador.

c) CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- ✓ Derechohabientes del IMSS
- ✓ Adscritos al HGZ/MF No.1
- ✓ Con IMC en sobrepeso y/u obesidad
- ✓ De edad entre 20 y 60 años de edad
- ✓ Ambos sexos
- ✓ Que aceptaron participar en el estudio previa firma de consentimiento informado

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- ✓ Pacientes con diagnóstico de trastorno neurológico o psiquiátrico previos
- ✓ Que no sepan leer ni escribir

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- ✓ Paciente que externen el deseo de abandonar el estudio
- ✓ Encuestas incompletas o ilegibles

d) OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE INDEPENDIENTE:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
SOBREPESO	Acumulación anormal excesiva de grasa con un índice de masa corporal mayor de 25 kg/m ² hasta 29kg/m ²	Toda persona con un IMC entre los rangos 25- 29 kg/m ² formula del IMC peso/talla ²	Cualitativa nominal	Nominal dicotómica	1. Presente 2. Ausente
OBESIDAD	Acumulación anormal excesiva de grasa con un índice de masa corporal mayor de 30 kg/m ²	Toda persona con un IMC 30-34 kg/m ² , se clasifica en obesidad grado I, 35-39.9 kg/m ² obesidad grado II y IMC mayor de 40 kg/m ² obesidad grado III	Cualitativa ordinal	Ordinal Politémica	1. Grado I 2. Grado II 3. Grado III

VARIABLE DEPENDIENTE:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
DEPRESIÓN	Trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza, perdida del interés, sentimientos de culpa, sensación de cansancio y falta de concentración.	Toda persona diagnosticada con depresión, según el Inventario de Beck se clasificada en: Beck: Minima depresión: 0-13 puntos Depresión leve: 14-19 puntos Depresión moderada: 20-28 puntos Depresión grave: 29-63 puntos	Cualitativa	Ordinal	1. Leve 2. Moderada 3. Grave 4. Sin depresión

VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS:

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	INDICADOR
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona	Número de años vividos hasta el momento del registro	Cuantitativa	Discreta de intervalo	20-29 años 30-39 años 40-49 años 50-60 años
SEXO	Características biológicas según caracteres sexuales primarios y secundarios externos	Características, fenotípicas del individuo	Cualitativa	Nominal dicotómica	1.-Masculino 2.-Femenino
ESCOLARIDAD	Periodo de tiempo, medido en años, durante el cual alguien ha asistido a la escuela.	Años de estudio realizados por el individuo hasta el momento del registro.	Cualitativa	Ordinal	Sin escolaridad Primaria Secundaria Bachillerato Técnica Licenciatura Maestría Doctorado
ESTADO CIVIL	Es la situación personal en que se encuentra o no una persona física en relación a otra con quien se crean lazos jurídicos.	Se refiere al estado marital. Como el estado que cada individuo guarda con relación a las leyes de matrimonio del país.	Cualitativa	Nominal	Casado/a Soltero/a Unión libre Divorciado/a Separado/a Viudo/a
OCUPACIÓN	Es a la que hace referencia a lo que una persona se dedica	Se refiere al trabajo, empleo, actividad o profesión de una persona	Cualitativa	Nominal	Estudiante Empleado Ama de casa Profesionista Desempleado Jubilado

e) DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

El presente estudio se efectuó en el Hospital General de Zona Número 1 en Pachuca Hidalgo, previa aprobación por los comités de ética y de investigación, se identificó a la población adulta de 20 a 60 años de edad, ambos sexos, que acudieron a la consulta de Medicina Familiar durante el periodo del estudio y se encontraban en las salas de espera de los consultorios de medicina familiar, se les explicó detalladamente el estudio, y se les invitó a participar en el mismo, una vez que hayan aceptado participar, se les solicitó su consentimiento bajo información por escrito, se procedió a tomar peso y talla en báscula con estadímetro único (la del consultorio 1) para evitar sesgo de medición y posteriormente se calculó el IMC y se clasificó según la OMS, identificados los pacientes con sobrepeso y obesidad se procedió a la aplicación del cuestionario de depresión de Beck IA (BDI-IA) posteriormente estandarizado en la población Mexicana por Jurado et al (1998), de acuerdo al resultado se clasificó el grado de depresión como lo dice la CIE 10. Una vez obtenido el total de la muestra se procedió a la creación de la base de datos en Excel la cual se manejó con folio para resguardar la confidencialidad de los participantes, para finalmente proceder al análisis estadístico mediante el paquete estadístico SPSS.

f) ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó con base a las variables del estudio con previa codificación, se diseñó una base de datos en el software Excel y paquete SPSS para obtener las frecuencias; posteriormente se elaboraron cuadros de presentación además de gráficos en función al tipo de escala y variable. Se calcularon las medidas de tendencia central y de dispersión, así como la utilización de porcentajes y cifras absolutas comparando y jerarquizando los resultados para concluir con su interpretación clínica.

g) TAMAÑOS DE LA MUESTRA

Se obtuvo el tamaño de la muestra representativa del estudio para dar mayor validez al mismo, mediante los datos obtenidos por archivo clínico (ARIMAC) del

Hospital General de Zona con Medicina Familiar Número 1. Se conoce el total de 19821 derechohabientes entre 20 a 60 años de edad con sobrepeso y obesidad en el periodo de Enero a Diciembre del 2018 adscritos a la Unidad de Medicina Familiar Número 1, Pachuca Hidalgo. Para obtener la muestra se calculó de la siguiente forma:

$$n = \frac{N \cdot Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}{d^2(N-1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$$

Descripción de la fórmula:

n= Tamaño de la muestra requerido

N= Tamaño del universo (valor 19821)

Z_α²= Nivel de fiabilidad de 95% (Valor estándar de 1.96)

p= Porcentaje de la población que tiene el atributo deseado (valor estándar de 0.25)

q= Porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado (p-1)

d= Precisión o error máximo permisible de 5% (valor estándar de 0.05)

Sustitución de los valores:

n= Tamaño de la muestra requerido

N= Tamaño del universo (valor 19821)

Z_α²= Nivel de fiabilidad de 95% (Valor estándar de 1.96)

p= Porcentaje de la población que tiene el atributo deseado (valor estándar de 0.25)

q= Porcentaje de la población que no tiene el atributo deseado (p-1)

d= Precisión o error máximo permisible de 5% (valor estándar de 0.05)

$$n = \frac{19821 \cdot 1.96^2 \cdot 0.25 \cdot 0.95}{0.05^2 (19821-1) + 1.96^2 \cdot 0.25 \cdot 0.95}$$

$$n = \frac{19821 \cdot 3.84 \cdot 0.25 \cdot 0.95}{0.0025 (19820) + 3.84 \cdot 0.25 \cdot 0.95}$$

$$n = \frac{18,076}{49.55+0.912}$$

$$n = \frac{18,076}{50.46}$$

$$n = 358$$

El muestreo se hizo de manera no probabilística, al tomar en la sala de espera a los pacientes que visualmente presentan sobrepeso y obesidad, mismo que se corroboró al realizar la medición de su peso; el tamaño de la muestra requerido es de 358 pacientes adscritos al HGZMF No. 1.

ASPECTOS ÉTICOS

Aseguramiento de la calidad (BPC)

Para la recolección de datos se aplicarán las Buenas Prácticas Clínicas (BPC) las cuales permiten la estandarización y validación de resultados.

REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION PARA LA SALUD

ARTÍCULO 16.- En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, las investigaciones se clasifican en las siguientes categorías;

Frac. II Los estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de

uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros, se considera como una

INVESTIGACIÓN DE RIESGO MÍNIMO.

ARCHIVO DE LA INFORMACIÓN

La información recabada en los documentos fuente es de carácter confidencial (se manejará mediante folios) y de uso exclusivo de los investigadores, será ordenada, clasificada y archivada bajo la responsabilidad del investigador principal, durante un periodo de dos años. Con base en el Art. 16 Fracción I de la Ley General de Salud en materia de investigación en seres humanos: En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

LA DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL

Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos adaptada por la 64ª asamblea general, Fortaleza, Brasil, octubre 2013.

Introducción: El presente trabajo cumple con los criterios de la Ley de Helsinki en la última actualización.

1. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.

La Declaración debe ser considerada como un todo y un párrafo debe ser aplicado con consideración de todos los otros párrafos pertinentes.

2. Conforme al mandato de la AMM, la Declaración está destinada principalmente a los médicos. La AMM insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios

Principios generales

3. La Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial vincula al médico con la fórmula "velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente", y el Código Internacional de Ética Médica afirma que: "El médico debe considerar lo mejor para el paciente cuando preste atención médica".

4. El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la

confidencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10. Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que los jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta declaración.

11. La investigación médica debe realizarse de manera que reduzca al mínimo el posible daño al medio ambiente.

12. La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas. La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificada apropiadamente.

13. Los grupos que están sobre presentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

15. Se debe asegurar compensación y tratamiento apropiados para las personas que son dañadas durante su participación en la investigación.

Privacidad y confidencialidad

16. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal, como es el caso de no colocar número de seguridad social y nombre del paciente.

I. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD

RECURSOS Y FINANCIAMIENTO:

- a. Recursos Humanos:** se cuenta con un asesor clínico y un asesor metodológico, especialistas en medicina familiar; con experiencia en el tema, y que han participado en otros proyectos de investigación, así como un tesista residente en medicina familiar con experiencia en el tema.
- b. Recursos Físicos:** Infraestructura del HGZMF No. 1
- c. Recursos Materiales:** Laptop, impresora, hojas, lápices, plumas, encuestas con el cuestionario de depresión de Beck IA (BDI-IA) estandarizado en la población Mexicana por Jurado et al (1998), gomas, paquete estadístico, hojas blancas.
- d. Recursos Financieros:** Los gastos generados por la presente investigación serán cubiertos por los investigadores que participan en la misma.

FACTIBILIDAD:

La factibilidad del estudio se sustenta por la accesibilidad de aplicación de las encuestas a los pacientes de 20 a 60 años con sobrepeso y obesidad en el momento que están esperando consulta, se aprovechará este tiempo para no interferir con sus actividades cotidianas.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

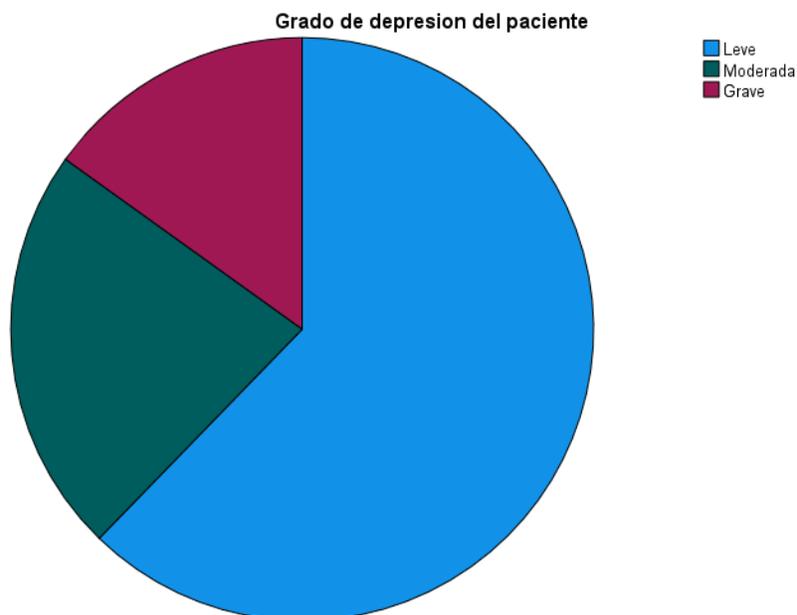
TIEMPO CONCEPTO		2020								2021	
		MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC	ENE	FEB
ELECCIÓN DEL TEMA DE INVESTIGACIÓN.	P										
	R										
REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.	P										
	R										
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO.	P										
	R										
INGRESO A SIRELCIS	P										
	R										
CORRECCIONES SUGERIDAS	P										
	R										
APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.	P										
	R										
CAPTURA EN BASE DE DATOS.	P										
	R										
ANÁLISIS DE RESULTADOS.	P										
	R										
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	P										
	R										
CONCLUSIONES.	P										
	R										
PRESENTACIÓN DE TESIS	P										
	R										

RESULTADOS

Se realizó un total de 358 encuestas a pacientes derechohabientes con sobrepeso y obesidad de 20 a 60 años adscritos al HGZ MF No; de los cuales se encontró que el 29.6% sufre algún grado de depresión; encontrando que el 18.4% sufre depresión leve, 6.7% sufre depresión moderada y el 4.5% sufre depresión grave.

Grado de depresion del paciente

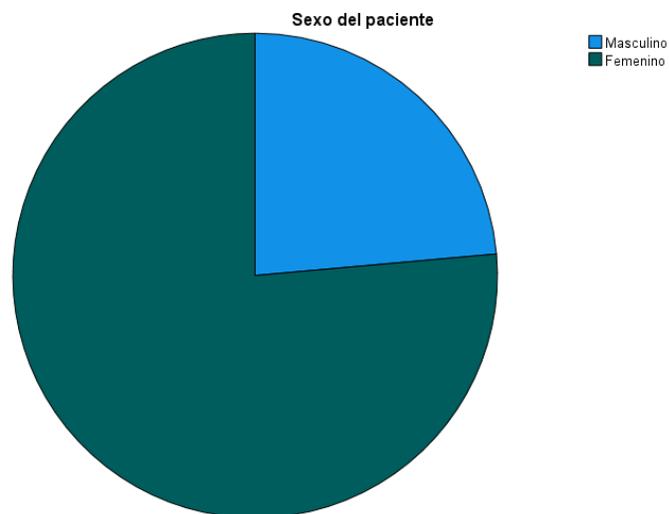
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	66	18,4	62,3	62,3
	Moderada	24	6,7	22,6	84,9
	Grave	16	4,5	15,1	100,0
	Total	106	29,6	100,0	
Perdidos	Sistema	252	70,4		
Total		358	100,0		



En relación con el sexo se encontró que el 76.4% son mujeres y el 23.6% son hombres.

Sexo del paciente

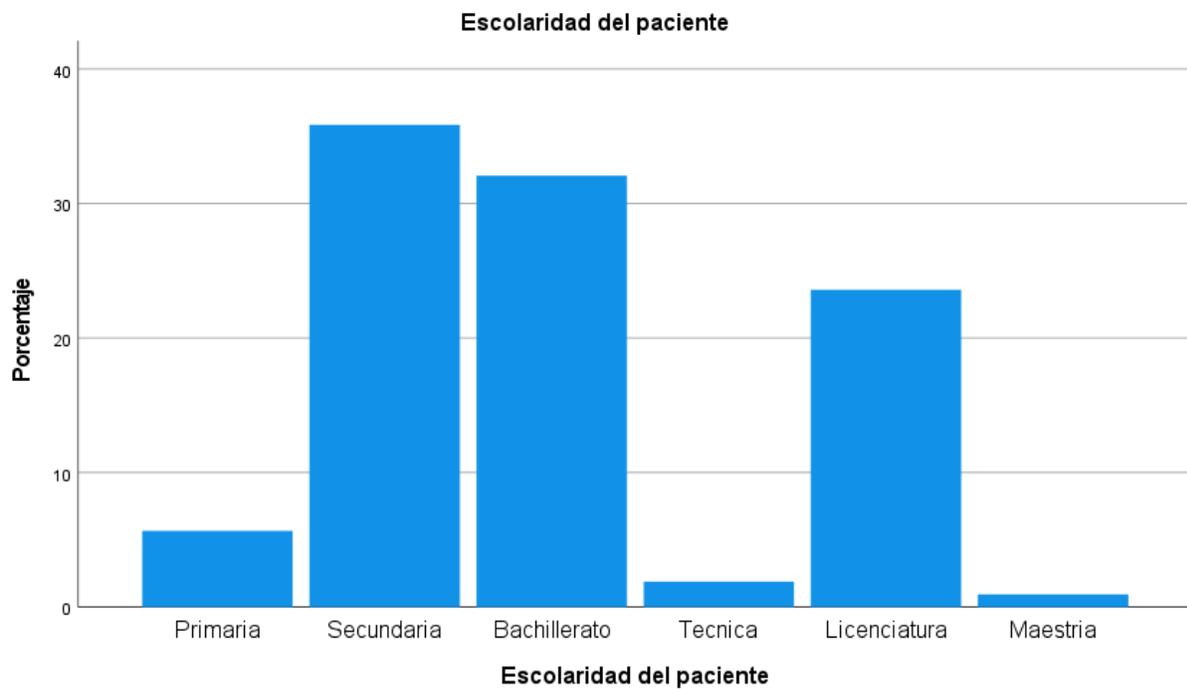
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	25	23,6	23,6	23,6
	Femenino	81	76,4	76,4	100,0
	Total	106	100,0	100,0	



En cuanto el grado de escolaridad más frecuente se encontró en primer lugar con el 35.8% secundaria, seguido de bachillerato con el 32.1 % y licenciatura con el 23.6%.

Escolaridad del paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Primaria	6	5,7	5,7	5,7
	Secundaria	38	35,8	35,8	41,5
	Bachillerato	34	32,1	32,1	73,6
	Tecnica	2	1,9	1,9	75,5
	Licenciatura	25	23,6	23,6	99,1
	Maestria	1	,9	,9	100,0
	Total	106	100,0	100,0	



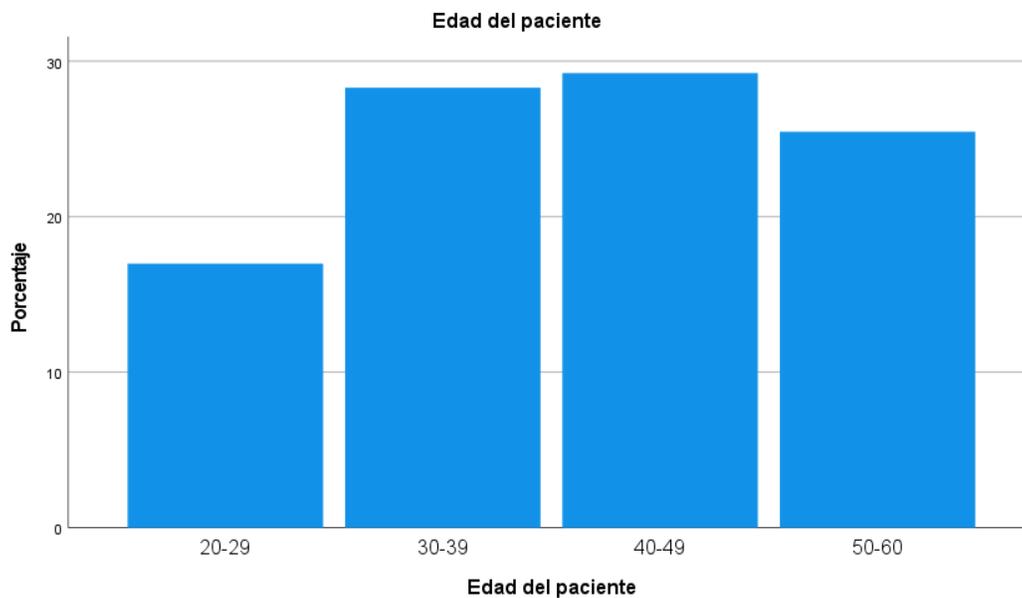
Se encontró que el 29.2% pertenece al grupo de edad de 40 a 49 años, seguido del 28.3% que pertenece al grupo de edad de 30 a 49 años y el 25.5% al grupo de 50 a 60 años, con una media de 41.30 y una desviación estándar de 11.080.

Edad del paciente

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	20-29	18	17,0	17,0	17,0
	30-39	30	28,3	28,3	45,3
	40-49	31	29,2	29,2	74,5
	50-60	27	25,5	25,5	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

Edad del paciente

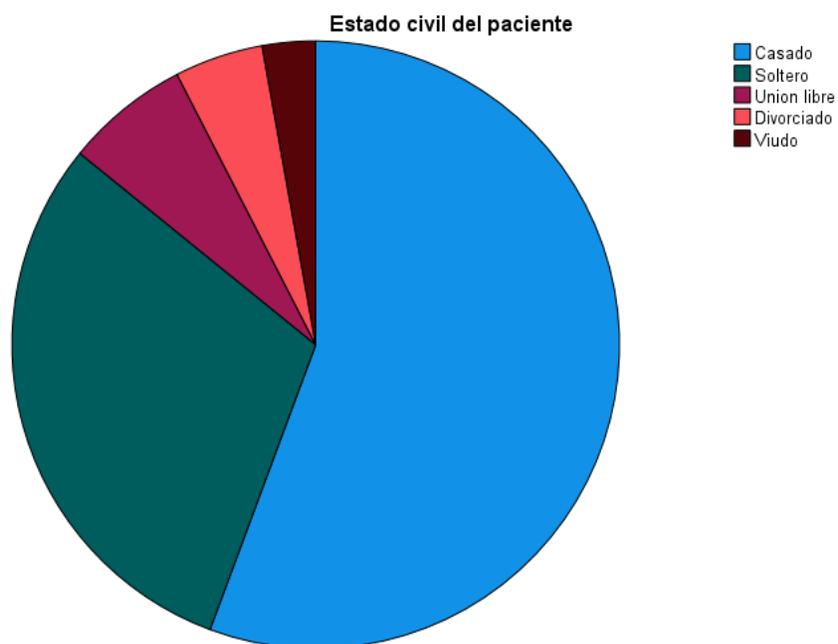
	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad del paciente	20	60	41,30	11,080



En cuanto al estado civil del paciente se encontró con mayor frecuencia el ser casado con 55.7%, seguido de 30.2% soltero y 6.6% en estar en unión libre.

Estado civil del paciente

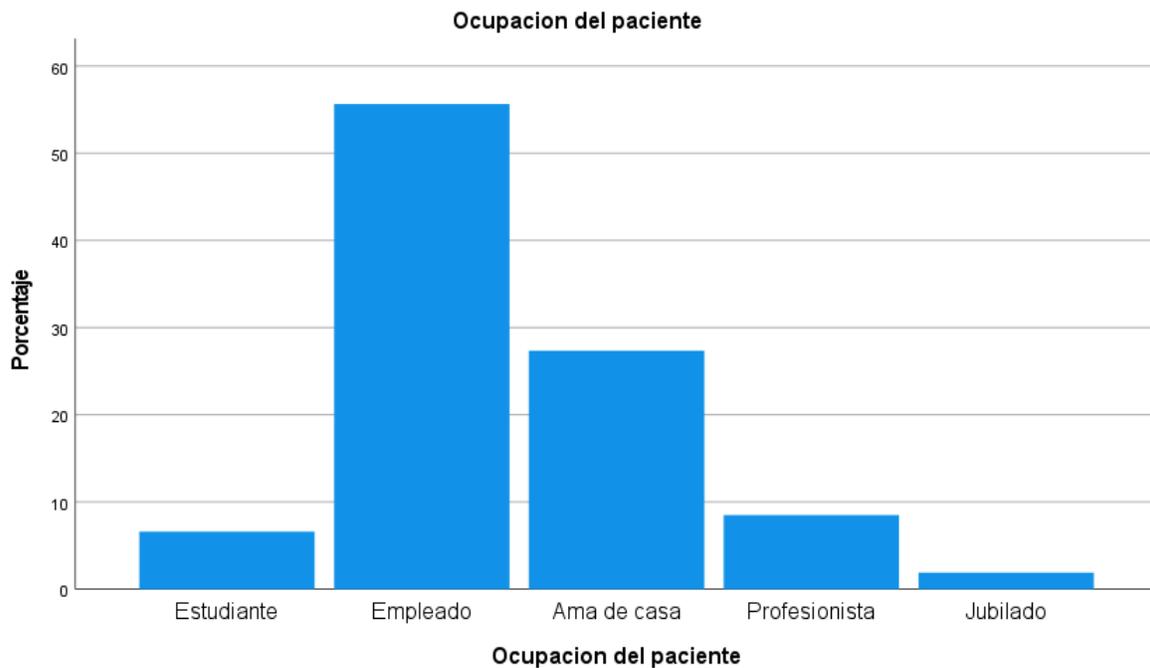
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Casado	59	55,7	55,7	55,7
	Soltero	32	30,2	30,2	85,8
	Union libre	7	6,6	6,6	92,5
	Divorciado	5	4,7	4,7	97,2
	Viudo	3	2,8	2,8	100,0
	Total	106	100,0	100,0	



En relación con la ocupación del paciente se encontró que un 55.7% son empleados, 27.4% se dedican al hogar y el 8.5% son profesionistas.

Ocupacion del paciente

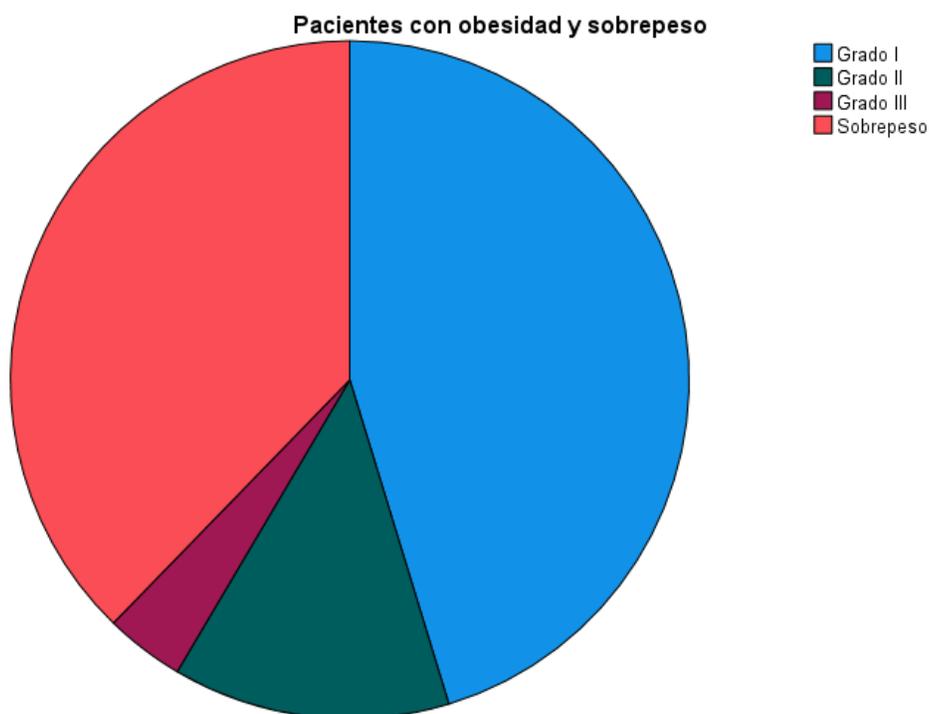
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Estudiante	7	6,6	6,6	6,6
	Empleado	59	55,7	55,7	62,3
	Ama de casa	29	27,4	27,4	89,6
	Profesionista	9	8,5	8,5	98,1
	Jubilado	2	1,9	1,9	100,0
	Total	106	100,0	100,0	



De los pacientes con depresión con obesidad y sobrepeso encontramos que el 37.7% tiene sobrepeso, el 45.3% obesidad grado I, el 13.2% obesidad grado II y el 3.8% obesidad grado III.

Pacientes con obesidad y sobrepeso

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Grado I	48	45,3	45,3	45,3
	Grado II	14	13,2	13,2	58,5
	Grado III	4	3,8	3,8	62,3
	Sobrepeso	40	37,7	37,7	100,0
	Total	106	100,0	100,0	



DISCUSION

En el presente protocolo se investigó la Prevalencia de Depresión en pacientes de 20 a 60 años de edad con sobrepeso y obesidad, se obtuvo una muestra de 358 pacientes, de los cuales se les aplicó el cuestionario de depresión de Beck IA (BDI-IA) posteriormente estandarizado en la población Mexicana por Jurado et al (1998) en donde se encontró una prevalencia de depresión del 29.6%, lo cual coincide con la cifra reportada en la literatura la cual oscila entre el 16 y 36% que alguna vez tuvieron un trastorno depresivo ²⁷, así mismo, se reporta que la tasa de prevalencia anual de depresión en México es de 4.8% entre la población de 18 a 65 años y una de cada cinco personas llegan a cursar algún trastorno antes de los 75 años. En nuestro estudio observamos que el 4.5% de la población estudiada presentó depresión grave, lo cual se encuentra por debajo de lo reportado en la literatura del 13% ²⁸ con importantes variaciones de acuerdo con el sexo entrevistado: 76.4% mujeres y el 23.6% hombres, lo cual coincide de acuerdo con la literatura; en un estudio de la OMS comparativo entre países, se encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las de los hombres, siendo la tasa de mortalidad por esta causa de 8.1 por cada 100 mil hombres y de 1.7 suicidios por cada 100 mil mujeres ²⁹.

Así mismo, el estado civil que se encontró como factor asociado con los trastornos depresivos, con diferencias estadísticamente significativas entre países por ingreso, pues las personas separadas o que nunca se casaron tuvieron una mayor asociación con la depresión; sin embargo, en nuestro estudio mostró lo contrario, encontramos que la depresión se asocia con mayor frecuencia al ser casado con 55.7%, seguido con ser soltero con el 30.2% y 6.6% en estar en unión libre. Cabe puntualizar que en el riesgo de aparición de un cuadro depresivo algunos autores y autoras concuerdan que en este síndrome convergen una serie de factores, que interactúan y conducen en forma conjunta al deterioro de la calidad de vida en hombres y mujeres mayores, tales como: vivir solos, la institucionalización, la morbilidad/discapacidad de la pareja, la viudez, el abandono familiar y la falta de ingresos, entre otros.

En este estudio encontramos que el 29.2% pertenece al grupo de edad de 40 a 49 años, con una media de 41.30, lo cual coincide con lo reportado en la literatura; que puntualiza que la población más vulnerable de sufrir depresión se encuentra entre 45 y 54 años ³⁰. Conforme se incrementa el nivel de escolaridad, disminuye la prevalencia de depresión, pudimos encontrar que el grado de escolaridad más frecuente asociado a depresión, en primer lugar, se encuentra la secundaria con el 35.8%, seguido de bachillerato con el 32.1 %, disminuyendo en aquellos con educación superior o mayor. De los pacientes con depresión con obesidad y sobrepeso encontramos que el 37.7% tiene sobrepeso y el 45.3% obesidad grado I, el 13.2% obesidad grado II y el 3.8% obesidad grado III; de acuerdo con lo reportado en un estudio comparativo en personas con peso normal y obesidad en México; se encontró que la gravedad de la depresión fue mayor en el grupo con obesidad que en el grupo con peso normal ³¹. Por otro lado, la obesidad se asocia con un aumento de la depresión y se considera un factor adicional que acentúa el riesgo de sufrir las complicaciones de este padecimiento, se sabe que las personas que presentan un IMC superior a 30, tienen más probabilidades de padecer depresión. Por lo tanto, existe un vínculo entre la obesidad y la depresión, pero no está claro si la depresión conduce a la obesidad o si la obesidad causa depresión.

Notablemente, la depresión puede llevar al suicidio, una muerte trágica asociada a la pérdida de alrededor de 850.000 vidas cada año. Para México, más de la mitad de los suicidios son consumados por personas con trastornos depresivo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La prevalencia de depresión en pacientes con sobrepeso y obesidad fue significativa y acorde con la literatura, en las cuales encontramos una asociación de las mismas. Así mismo encontramos que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las de los hombres, la comparación de tasas de prevalencia entre países puede ayudar a identificar posibles factores de riesgo y protección, así como factores que pueden incidir en la detección temprana y derivación oportuna de posibles casos a los servicios de salud.

Como puede apreciarse en este estudio, los trastornos depresivos se manifiestan crónica e intermitentemente y que una de cada ocho personas lo puede presentar en cualquier momento de su vida, por lo cual es un problema importante de salud pública en México y el mundo. Uno de los principales motivos por los que los trastornos depresivos tienen un impacto tan elevado, es el alto grado de discapacidad que genera, además en estudios realizados por la OMS es que cerca de la mitad de los casos de depresión no se diagnostican, y sólo la mitad de los que se identificaron recibieron un tratamiento que incluyó una prescripción médica. Es de suma importancia realizar una labor multidisciplinaria y colaborativa de equipos de salud capaces de integrar la participación de la comunidad y en particular, de las personas afectadas por trastornos depresivos en conjunto con su familia para así evitar posibles complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zayas Valdez Vanessa Elizabeth. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en estudiantes de la facultad de medicina de la universidad nacional de itapúa. Rev social Parag. 2014; 1 (1): 28-36.
2. Ramos Omar Andrés. Prevalence and related factors of overweight and obesity in students of a public university. Revista Especial de Nutrición Comunitaria. 2017; 23(3): 2-3.
3. Ortega Miranda Gloria Edali. Alteraciones psicológicas asociadas a la obesidad infantil. Rev Med Hered. 2018; 29 (2): 111-115.
4. Dávila Torres Javier. Panorama de la obesidad en México. Revista Médica Instituto Mexicano de Seguro Social. Revista Médica Instituto Mexicano de Seguro Social. 2015; 53(2): 241-249.
5. Chung Chooi Yu. The epidemiology of obesity. Metabolism clinical and experimental. Metabolism clinical and experimental. 2018, 92: 1-14.
6. Salazar Blandón Diego Alejandro. Ansiedad, depresión y actividad física asociados a sobrepeso/obesidad en estudiantes de dos universidades Mexicanas. Hacia promoc. Salud. 2016; 21 (2); 99-113.
7. Barttlet González Diego. Obesidad y depresión. Revista Memoriza. 2016; 13: 9-16.
8. Da Silva Marissa. Factors Associated with High Weight Gain and. Obesity facts. 2018; 11: 381-392.
9. Cofré Alonso. Ansiedad y depresión en pacientes obesos mórbidos: efectos a corto plazo. Summa Psicológica UST. 2014; 11 (1): 89-98.
10. Hernández Ávila Mauricio. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de medio camino: Informe final de resultados. ENSANUT MC 2016. 46-63.
11. Pérez Padilla Elsy Arlene. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión Mayor. Rev Biomed. 2017; 28(2): 73-98
12. Ruíz de Chávez Dellanira. Depresión en adultos mayores atendidos instituciones públicas en Zacatecas. Revista de educación y desarrollo. 2014; 29: 73-38.
13. Ocampo Juan. Asociación entre Índice de Masa Corporal y depresion en mujeres adolescentes. Int. J. Morphol. 2017; 35(4): 1547-1552.
14. Samra J Bilsker D. Major depressive disorder diagnosis and management. Ministry of health. BCGuidelines.ca: Depression: Resource Guide for Physicians. 2013: 1-19.
15. Berenzon Shosana. Estado del conocimiento y la necesidad de politicas publicas y planes de accion en mexico. Instituto Nacional de Psiquiatria, Ramón de la Fuente Muñiz. 2013; 55 (1): 74-80.
16. Andreeva Valentina. Sociodemographic correlates of eating disorder. Epidemilol comunity health. 2018: 1-9.

17. Godoy L Fabiola Andrea. Symptoms of depression , anxiety and low self-esteem in women with obesity and binge eating disorder. *Rev chil nutr.* 2014; 41(3): 260-263.
18. Parodi Claudia Analí. Ansiedad, depresion y trastorno de imagen corporal en pacientes que consultan en la unidad de obesidad. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.* 2015; 13 (3): 63-73.
19. So Sung Joon. The relationship between visceral adiposity and depressive symptoms in the. *Journal of affective disorders.* 2018; 244 (1): 54-59.
20. Ninatanta Ortiz Juana Aurelia. Factors associated with overweight and obesity in high school students. *Rev. Pediatr. Aten. Primaria.* 2017; 19: 209-221.
21. Calvo Gómez José Manuel. Detección del trastorno depresivo mayor en atención. *Revista de la facultad de medicina. Rev Fac Med.* 2015; 63 (3); 471-482.
22. Agreda Carrillo Eva Raquel. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre depresión mayor en médicos residentes de un hospital de tercer nivel de atención. *Rec Neuropsiquiatr.* 2017; 80 (2): 94-104.
23. Competividad Impl. Los costos de la obesidad en México. Mexico, DF;; 2015.
24. Reyes Brites Leticia. Anxiety and depression in people with obesity from paraguay.2015; 6 (1): 38-48.
25. Ramos JLE. Diagnostico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. *Catalogo maestro de guias de practica clínica.* 2015;; p. 14-53.
26. Cruz Sáez María Soledad. Insatisfaccion corporal y conductas del contol de peso en adolescentes con sobrepeso. *Nutr. Hosp.* 2016; 33 (4); 935-940.
27. A Wagner Fernando. Enfocando la depresión como problema de salud en México. *Salud Mental* 2014; 35 (1); 3-11.
28. Belló M, Puentes-Rosas E, Medina-Mora ME. Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Publica Mex* 2015, 47 (1); 4-11.
29. Pérez Padilla Elsy. Prevalencia, causas y tratamiento de la depresión mayor. *Rev Biomed* 2017, 28 (2); 89-115
30. Londoño Pérez Constanza. Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colomb Psicol* 2016, 19 (2); 315-319.
31. Martínez Hernández Fátima. Prevalencia y gravedad de la depresión y la ansiedad en pacientes con obesidad y diabetes de tipo 2: estudio en población de Tabasco, México. *Gaceta Médica de México.* 2014, 150 (1); 101-106

ANEXOS

1. Carta de consentimiento Informado
2. Instrumento de Recolección de datos
 - a. Inventario de Beck



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



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS DE 20 A 60 AÑOS DE EDAD CON SOBREPESO Y OBESIDAD EN EL HGZ/MF NO.1
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	Pachuca de soto, Hidalgo, a.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	JUSTIFICACIÓN: El sobrepeso y la obesidad son problemas que afectan a las personas de diversas formas, sobre todo en las emociones, en esta investigación queremos conocer si los pacientes con sobrepeso y obesidad presentan depresión. OBJETIVO: Determinar la prevalencia de depresión en pacientes adultos de 20 a 60 años de edad con sobrepeso y obesidad en el HGZ/MF No. 1, Pachuca, Hgo.
Procedimientos:	Su participación en esta investigación consiste en primer lugar pesarle y medirle para conocer si usted tiene sobrepeso u obesidad, para lo cual vamos a pesarlo y medirlo; después usted deberá contestar un cuestionario llamado el Inventario de Beck que sirve para conocer si usted tiene depresión; le llevarán unos 15 minutos contestarlo; la información que nos proporcione será analizada saber si existe depresión.
Posibles riesgos y molestias:	El presente estudio se considera con riesgo mínimo, de acuerdo a la ley general de salud en materia de investigación. La aplicación de los cuestionarios puede generarle incomodidad o inquietud, si existe alguna situación que le incomode, puede expresarla libremente al encuestador quien le brindará apoyo si usted lo requiere.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Usted no recibirá pago por participar en la investigación; con la información que obtengamos podremos conocer la presencia de depresión en pacientes con sobrepeso y obesidad, si usted presenta depresión se le derivará con su médico familiar para su atención.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador le da la seguridad de que no se le identificará en la presentaciones o publicaciones científicas que deriven de la presente investigación, sus datos serán manejados en absoluta confidencialidad; se le proporcionará información actualizada que se derive de la investigación, aunque esta le haga cambiar de parecer con respecto a su permanencia en la misma
Participación o retiro:	Su participación en la investigación es voluntaria y conserva el derecho de no aceptar participar en ella o de retirarse en el momento en que usted decida, sin que se afecte su atención médica en el IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal le da la seguridad de que no se le identificará en las presentaciones o publicaciones que se deriven de la investigación y que los datos obtenidos serán manejados en forma confidencial a través de folios.

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

No autoriza que se tome la muestra.

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

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

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

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

Investigador Responsable: Dra. Rosa Elvia Guerrero Hernández, Médico Familiar; HGZMF No. 1. Mat. 9730435 TEL 771929485

Colaboradores: Mtro. Braulio Guillermo Flores Canales, Médico Familiar, UMF No. 31, Mat. 99134843 TEL 7711276893

Dra. Renata Gutiérrez Gómez, HGZMF No. 1 MAT. 98130631 TEL. 7772317552

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: la Coordinación Auxiliar de Investigación en Salud del IMSS Hidalgo: Boulevard Luis Donald Colosio 4604, Fraccionamiento el Palmar; Pachuca de Soto, Hgo., CP 42088 Teléfono 771 718 9834 extensión 13363, correo electrónico: maria.arteaqa@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Dra. Renata Gutiérrez Gómez

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1



PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES ADULTOS DE 20 A 60 AÑOS DE EDAD CON
SOBREPESO Y OBESIDAD EN EL HGZ/MF NO.1

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI-2)

Estado Civil: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____
Ocupación: _____ Escolaridad: _____ Peso _____ Talla _____ IMC _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

1. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo
- 2 Me siento triste todo el tiempo.
- 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

2. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

3. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado conmigo mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

- 0 No me critico ni me culpo más de lo habitual
- 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo
- 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores
- 3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No tengo ningún pensamiento de matarme.
- 1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
- 2 Querría matarme
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo que solía hacerlo.
- 1 Lloro más de lo que solía hacerlo
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
- 2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto
- 3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

13. Indecisión

- 0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
- 1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
- 2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

- 0 No siento que yo no sea valioso
- 1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía que la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado
- 3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

- 0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1^a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a Duermo mucho más que lo habitual.

- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual
- 3a. Duermo la mayor parte del día
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme

17. Irritabilidad

- 0 No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1 Estoy más irritable que lo habitual.
- 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
- 3a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
- 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

- 0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- 0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.

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