



UNIVERSIDAD AUTONOMA DE AGUASCALIENTES

CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD

HOSPITAL GENERAL DE ZONA N° 1

**DEPRESIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN
PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD, ADSCRITOS A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No.1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES**

TESIS

PRESENTADA POR:

YAHAIRA JHOANA AGUILAR GUERRERO

PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESORA:

DRA. JANNETT PADILLA LOPEZ

AGUASCALIENTES, AGS., A MARZO DE 2021



AGUASCALIENTES, AGS. A MARZO 2021

**CARTA DE APROBACION DE TRABAJO DE TESIS
COMITÉ DE INVESTIGACION Y ETICA EN INVESTIGACION EN SALUD 101
HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 1, AGUSACALIENTES**

**DR. CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD
P R E S E N T E**

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. YAHAIRA JHOANA AGUILAR GUERRERO

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**DEPRESIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN
PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD, ADSCRITOS A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No.1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES**

Número de Registro: **R-2021-101-022** del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Yahaira Jhoana Aguilar Guerrero asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, por lo que no tengo inconvenientes para que proceda a la impresión definitiva ante el comité que usted preside, para que sean realizados los trámites correspondientes a su especialidad. Sin otro particular, agradezco la atención que sirva a la presente, quedando a sus órdenes para cualquier aclaración.

**ATENTAMENTE:
DRA. JANNETT PADILLA LÓPEZ**

ASESORA DE TESIS

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Jannett Padilla López', written over a circular stamp or mark.



AGUASCALIENTES, AGS. A MARZO 2021

DR. JORGE PRIETO MACIAS
DECANO DEL CENTRO DE CIENCIAS DE LA SALUD
P R E S E N T E

Por medio de la presente le informo que el Residente de la Especialidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 1 del Instituto Mexicano del Seguro Social de la Delegación Aguascalientes:

DRA. YAHAIRA JHOANA AGUILAR GUERRERO

Ha concluido satisfactoriamente con el trabajo de titulación denominado:

**DEPRESIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN
PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD, ADSCRITOS A LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR No.1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES**

Número de Registro: R-2021-101-022 del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 101.

Elaborado de acuerdo con la opción de titulación: **TESIS**

La Dra. Yahaira Jhoana Aguilar Guerrero asistió a las asesorías correspondientes y realizó las actividades apegadas al plan de trabajo, cumpliendo con la normatividad de investigación vigente en el Instituto Mexicano del Seguro Social.

Sin otro particular, agradezco a usted su atención, enviándole un cordial saludo.

ATENTAMENTE:

A handwritten signature in blue ink that reads 'Carlos Alberto Prado'.

DR CARLOS ALBERTO PRADO AGUILAR
COORDINADOR AUXILIAR MEDICO DE INVESTIGACION EN SALUD



DICTAMEN DE LIBERACIÓN ACADÉMICA PARA INICIAR LOS TRÁMITES DEL EXAMEN DE GRADO - ESPECIALIDADES MÉDICAS



Fecha de dictaminación dd/mm/aa: 23/03/21

NOMBRE: YAHAIRA JHOANA AGUILAR GUERRERO LU 5 0 7 4 4

ESPECIALIDAD: MEDICINA FAMILIAR LGAC (del posgrado): ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES

TIPO DE TRABAJO: (X) Tesis () Trabajo práctico

TÍTULO: DEPRESIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD, ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES

IMPACTO SOCIAL (señalar el impacto logrado): EVALUACIÓN DE RIESGOS DE DEPRESIÓN EN EL PACIENTE CON SOBREPESO Y OBESIDAD

INDICAR SI/NO SEGÚN CORRESPONDA:

Elementos para la revisión académica del trabajo de tesis o trabajo práctico:

- SI El trabajo es congruente con las LGAC de la especialidad médica
SI La problemática fue abordada desde un enfoque multidisciplinario
SI Existe coherencia, continuidad y orden lógico del tema central con cada apartado
SI Los resultados del trabajo dan respuesta a las preguntas de investigación o a la problemática que aborda
SI Los resultados presentados en el trabajo son de gran relevancia científica, tecnológica o profesional según el área
SI El trabajo demuestra más de una aportación original al conocimiento de su área
SI Las aportaciones responden a los problemas prioritarios del país
NO Generó transferencia del conocimiento o tecnológica
SI Cumpe con la ética para la investigación (reporte de la herramienta antiplagio)

El egresado cumple con lo siguiente:

- SI Cumple con lo señalado por el Reglamento General de Docencia
SI Cumple con los requisitos señalados en el plan de estudios (créditos curriculares, optativos, actividades complementarias, estanda, etc)
SI Cuenta con los votos aprobatorios del comité tutorial, en caso de los posgrados profesionales si tiene solo tutor podrá liberar solo el tutor
SI Cuenta con la aprobación del (la) Jefe de Enseñanza y/o Hospital
SI Coincide con el título y objetivo registrado
SI Tiene el CVU del Conacyt actualizado
NO Tiene el artículo aceptado o publicado y cumple con los requisitos institucionales

Con base a estos criterios, se autoriza se continúen con los trámites de titulación y programación del examen de grado

SI x
No

FIRMAS

Revisó:

NOMBRE Y FIRMA DEL SECRETARIO DE INVESTIGACIÓN Y POSGRADO:

Dr. Ricardo Ernesto Ramírez Orozco

Autorizó:

NOMBRE Y FIRMA DEL DECANO:

Dr. Jorge Prieto Macías

Nota: procede el trámite para el Depto. de Apoyo al Posgrado

En cumplimiento con el Art. 105C del Reglamento General de Docencia que a la letra señala entre las funciones del Consejo Académico: ... Cuidar la eficiencia terminal del programa de posgrado y el Art. 105F las funciones del Secretario Técnico, llevar el seguimiento de los alumnos.

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría iniciar por la persona que me ayudó a materializar este trabajo, mi asesora de tesis la Dra. Jannett Padilla López, como residentes, necesitamos buenos ejemplos de médicos, pero médicos que sean buenas personas, felices, asertivas, trabajadoras, líderes en todo el sentido de la palabra, empáticas con el prójimo, con una congruencia ética y moral, acompañada de inteligencia y disciplina, todo lo previamente descrito, usted lo es doctora, me da alegría y satisfacción ya habérselo expresado mi pensar y sentir de forma directa y ahora plasmarlo en un trabajo basado en el esfuerzo y la buena voluntad de aprendizaje, del cual usted me llevó de la mano y nunca me soltó, gracias infinitas doctora, ha sido un honor ser su tesista.

Ahora, a las dos personas más importantes, mis padres, por ser mi ejemplo y apoyo en cada etapa de mi vida, por tener la sensibilidad e inteligencia para saber que lo importante de la crianza de un hijo, es basado en los sentimientos y valores, impulsarlos a cumplir sus sueños y ayudando en lo que se necesite para que así sea, lo cual lo digo con orgullo, porque al día de hoy mis hermanos y yo somos lo que somos gracias a ellos, a cada uno en particular lo siguiente:

Mi madre, Ma. Esther Guerrero Domínguez, por ser un ejemplo de mujer auténtica, leal, fuerte, trabajadora, un ejemplo en toda la extensión de la palabra del significado de MADRE para cada uno de sus hijos, independientemente de las circunstancias, ella está ahí dando el soporte y confianza necesaria, de la misma manera como hija, hermana, tía, amiga y desde hace 8 años abuela. Que me ha enseñado a ser y comportarme como mujer, a respetar, ayudar y empatizar con las personas, sobre todo las vulnerables. Ha sido mi ejemplo laboral de trabajo y liderazgo, cuyas enseñanzas y consejos me han acompañado y fortalecido durante toda mi vida en el área de la salud, demostrándome que la satisfacción del buen ejercer laboral, es dado por el esfuerzo físico y mental, por esas horas de aprendizaje y actitudes que se aplican a favor de quien lo necesite.

Mi padre, Eugenio Aguilar Ramos, por ser esa figura paterna de amor, seguridad, lealtad, confianza y calma que toda hija debe tener, por ser un ejemplo de hijo, hermano, tío, padrino, primo, sobrino y desde hace algunos años, abuelo. Por ser esa persona que se preocupa y apoya a todo quien se lo pide y aún, a quien no lo expresa, él ahí está. Por ser mi ejemplo de médico desde la infancia, que a través de su buen ejemplo y honrado ejercer, en particular mi hermano y yo, decidimos adentrarnos en este maravilloso mundo de la medicina, cuya enseñanza desde el inicio de esta aventura fue “un buen médico siempre se va a necesitar, el conocimiento se adquiere en base a la disciplina por el estudio, lo que hace la diferencia, es tu educación y trato hacia el paciente, trata como te gustaría que te traten”.

A mis hermanos, Jazmín y Rodolfo, por ser mis compañeros de vida, por la complicidad que solo la hermandad puede otorgar, que a través de los años y la evolución personal y laboral de cada uno, hemos creado y mantenido lazos que solo nosotros entendemos y cuidaremos, valorando y honrando lo enseñado por nuestros padres.

Y ahora a Fernando Cárdenas Bocanegra, la persona que ha compartido este paso tan importante en mi vida como novio, y que un 30 de mayo del 2019, un día antes de mi cumpleaños, me propuso matrimonio con palabras y acciones que desde el primer día que iniciamos nuestra historia ha cumplido a base de amor, complicidad, confianza y respeto, siendo un 03 de octubre del 2020 rodeados de todos nuestros seres queridos, iniciamos una nueva etapa juntos como un marido y mujer y de esta manera, de tu mano y apoyo incondicional he concluido mi especialidad, gracias Amor.

Quiero agradecer a mi amigo, Edgar Alejandro Almanza Romero, una persona que tuve la suerte de conocer en la especialidad, la cual gracias a él he podido sobrellevar los momentos malos que todo lado laboral tiene, pero también con él, los momentos más felices y de aprendizaje, gracias amigo por reafirmar que la amistad, se crea basada en la honestidad, lealtad, confianza y empatía, eres una buena persona.

Y por último, a mis perros, si a mis perros, esos seres vivos que con su solo existir muestran el amor y la bondad infinita que puede tener un alma inocente y noble, que con una mirada y abrazo mejoran un momento, una circunstancia, una vida, gracias a cada uno de ellos por estar en mi vida (Guardián, Negro, Sissy, Muñeca, Zira y el único e inigualable Pinky). Cito lo dicho por Arthur Schopenhauer “el cariño por los animales está tan estrechamente unido a la bondad del carácter, que puede afirmarse que todo aquel que es cruel con los animales, no puede ser hombre bueno”

DEDICATORIAS

Dedico este trabajo a los previamente mencionados, sin embargo, quiero hacer una dedicatoria especial, a ti residente, que te estás tomando el tiempo de leer esto y que probablemente no la estés pasando bien por alguna circunstancia personal o laboral, si me permites un consejo, respira profundo, trata de tomar la mejor enseñanza de lo que estés viviendo, agradece y valora por estar en donde estás, que estoy segura, es por ti y por el apoyo de los que realmente te quieren, cada persona tiene su historia, no te compares con nadie, piensa que el comportamiento de la persona de frente es la consecuencia de lo que está viviendo, no justifiques, pero si empatiza, y si es algo que no te hará bien, entonces no lo tomes personal, la parte laboral es importante, forma parte de nuestra realización como profesionales, pero, crece personalmente, ten claro tus fortalezas y reconoce tus debilidades para que puedas trabajar en ellas y aceptarlas., no olvides que primero es la paz de ti mismo y refléjalo en tu buen actuar personal y profesional. Se el medico que te gustaría que te atendiera o atendiera a la persona que más quieres. Todos hemos pasado circunstancias de crecimiento y la tesis es una de ellas, tu puedes ! Suerte !

1. INDICE GENERAL

1.	INDICE GENERAL.....	1
2.	INDICE DE TABLAS	3
3.	INDICE DE GRÁFICAS	3
4.	INDICE DE FIGURAS	3
5.	RESUMEN.....	4
6.	ABSTRACT	5
7.	INTRODUCCIÓN	6
8.	MARCO TEÓRICO	7
8.1	ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	7
8.2	MODELOS Y TEORÍAS	11
8.2.1	ANTROPOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN	11
8.2.2	MODELOS DE LA DEPRESIÓN	12
8.2.3	ETIOLOGÍA DE LA DEPRESIÓN	14
8.2.4	CLASIFICACIÓN DE LA DEPRESIÓN	14
8.2.5	DIAGNÓSTICO DE LA DEPRESIÓN	14
8.2.6	ANTECEDENTES DEL SOBREPESO Y OBESIDAD	15
8.2.7	ASPECTOS GENERALES DEL SOBREPESO Y OBESIDAD	16
8.2.8	ETIOLOGÍA	16
8.2.9	FISIOPATOLOGÍA	16
8.2.10	ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA OBESIDAD	17
8.2.11	DIAGNÓSTICO DE LA OBESIDAD	17
8.2.12	TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD	18
9.	JUSTIFICACIÓN	18
10.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	19
10.1	DESCRIPCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIOECONÓMICAS Y CULTURALES DE LA POBLACIÓN EN ESTUDIO.....	19
10.2	PANORAMA DEL ESTADO DE SALUD EN INSTITUCIONES DE SALUD, EN UN ESTADO, MUNICIPIO O DELEGACIÓN DE ESTUDIO	20
10.3	DESCRIPCIÓN DEL SISTEMA DE ATENCIÓN DE LA SALUD	21
10.4	DESCRIPCIÓN DE LA NATURALEZA DEL PROBLEMA.....	21
10.5	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	22
11.	OBJETIVOS	22
11.1	OBJETIVO GENERAL	22

11.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	22
12.	HIPÓTESIS	23
13.	MATERIAL Y MÉTODOS	24
13.1	DISEÑO DEL ESTUDIO	24
13.2	UNIVERSO DE TRABAJO	24
13.3	POBLACIÓN DE ESTUDIO	24
13.4	UNIDAD DE ANÁLISIS.....	24
13.5	CRITERIOS DE SELECCIÓN	24
13.5.1	CRITERIOS DE INCLUSIÓN	24
13.5.2	CRITERIOS DE NO INCLUSIÓN	24
13.5.3	CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	25
13.9	TÉCNICA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	26
13.10	VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO	26
13.10.1	VALIDEZ APARENTE	27
13.10.2	VALIDEZ DE CONTENIDO	27
13.10.3	VALIDEZ CONVERGENTE	27
13.10.4	CONSISTENCIA INTERNA.....	27
13.11	PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	28
13.11.1	PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO	28
13.11.2	RECURSOS, FINANCIAMIENTOS Y FACTIBILIDAD	28
13.12	ASPECTOS ÉTICOS	29
14.	RESULTADOS	30
15.	DISCUSIÓN.....	42
15.1	SESGOS Y LIMITACIONES	44
15.2	RECOMENDACIONES DEL ESTUDIO	45
16.	CONCLUSIONES.....	45
17.	GLOSARIO	46
18.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
19.	ANEXOS	50
	ANEXO A. INSTRUMENTO	50
	ANEXO B. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	55
	ANEXO C. MANUAL OPERACIONAL.....	64
	ANEXO D CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO	77
	ANEXO E. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	79

2. INDICE DE TABLAS

TABLA 1.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE USUARIOS PERTENECIENTES A LA UMF NO.1	30
TABLA 2.	CARACTERÍSTICAS ESTADO NUTRICIO DE USUARIOS DE LA UMF NO.1	34
TABLA 3.	CARACTERÍSTICAS DE DEPRESIÓN EN USUARIOS DE LA UMF NO.1	36
TABLA 4.	FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIO.	37
TABLA 5.	NIVELES DE DEPRESIÓN Y SU RELACIÓN CON EL ESTADO NUTRICIO.	39
TABLA 6.	CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y SU ASOCIACIÓN CON EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (VARIABLE ORDINAL)	40
TABLA 7.	NIVELES DE DEPRESIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL (VARIABLE ORDINAL)	41
TABLA 8.	VARIABLES ASOCIADAS AL ÍNDICE DE MASA CORPORAL	41

3. INDICE DE GRÁFICAS

GRÁFICA 1.	GRUPOS DE EDAD	32
GRÁFICA 2.	DISTRIBUCIÓN DEL SEXO	32
GRÁFICA 3.	DISTRIBUCIÓN DEL NIVEL DE ESTUDIOS	33
GRÁFICA 4.	DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO CIVIL.....	33
GRÁFICA 5.	DISTRIBUCIÓN DE LA OCUPACIÓN	34
GRÁFICA 6.	DISTRIBUCIÓN DEL IMC	34
GRÁFICA 7.	DISTRIBUCIÓN DEL ESTADO NUTRICIO.....	35
GRÁFICA 8.	PUNTAJES DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN	37

4. INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1.	DIAGRAMA COCHRANE	7
-----------	-------------------------	---

5. RESUMEN

ANTECEDENTES: La depresión es una alteración en el estado de ánimo, caracterizada por tristeza, pérdida del placer, sentimientos de culpa, falta de concentración y de autoestima, que puede llegar a ser incapacitante e incluso conducir al suicidio. Por otro lado, la OMS establece que el sobrepeso y la obesidad, es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial, triplicando su aparición en las últimas década. Existen estudios que establecen que la depresión se encuentra con mayor prevalencia en aquellos cuyo IMC es más elevado, así como una mayor gravedad de la sintomatología depresiva. **OBJETIVO:** Identificar la asociación entre la depresión y el sobrepeso y obesidad en pacientes de 20 a 59 años de edad, en la UMF 1, IMSS Delegación Aguascalientes. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal comparativo, con muestreo aleatorio simple, en 323 usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 1, Delegación Aguascalientes, participaron quienes acudían por cualquier causa a la consulta, no se incluyó a mujeres embarazadas, Se utilizó estadística descriptiva y analítica mediante una regresión logística ordinal. **RECURSOS E INFRAESTRUCTURA:** se contó con los recursos para la realización de este protocolo. **EXPERIENCIA DEL GRUPO:** es la propia del tesista el cual es Residente de la Especialidad de Medicina Familiar, así como el del Asesor al colaborar en otros proyectos de tesis, quien es Médico Familiar y Maestra en Ciencias de la Salud, con Campo Disciplinario en Epidemiología. **TIEMPO PARA DESARROLLARSE:** 4 meses. **RESULTADOS:** la edad promedio fue de 35.78 años, el 62.3% fueron mujeres, el 53.6% son solteros, el 64.7% trabaja y el 48.5% con nivel profesional. En el cuestionario de Beck, el 73.1% presenta depresión mínima y sobrepeso con 45.8% y la obesidad con 28.48%. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el sexo y el IMC. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre depresión y el sobrepeso y la obesidad. **CONCLUSIONES:** en el presente estudio no se identificó asociación significativa entre depresión y el sobrepeso y la obesidad en usuarios de 20 a 59 años, pero si se encontró asociación significativa entre el IMC y la variable de sexo, teniendo las mujeres una mayor probabilidad de presentar sobrepeso y obesidad, al igual que el estado civil, en dos categorías casado (a) y divorciado (a). Lo anteriormente expuesto, es una oportunidad de mejora para la calidad de vida de toda persona con pesquisa de depresión y un elevado IMC. **Palabras clave:** sobrepeso, obesidad, depresión, adultos de 20 a 59 años.

6. ABSTRACT

BACKGROUND: Depression is an alteration mood, characterized by sadness, loss of pleasure, feelings of guilt, lack of concentration and self – esteem, wich can become disabling and even lead to suicide. On the other hand, WHO establishes the overweight and obesity are main health problems worldwide, tripling their appearance in the lasts decades. There are studies that can show the depression it is bigger in those whose BMI is higher, as well as a greater severity of depressive symptoms. **OBJECTIVE:** to identify the association between depression and overweight and obesity in patients between 20 and 59 years old at UMF No. 1 IMSS, Aguascalientes delegation. **MATERIAL AND METHODS:** comparative cross sectional study, with simple random sampling, in 323 users of UMF No. 1 Aguascalientes delegation, who attended that place for any reason, pregnant women were not included, it was used a descriptive statistics and analytical ordinal logistic regression. **RESOURCES AND INFRASTRUCTURE:** we had the resources to carry out for this protocol. **GROUP EXPERIENCE:** it is the one of the thesis student who is a resident of the family medicine specialty, as well as that of the advisor when collaborating in other thesis projects, who is a family physician and master degree in health sciences, with a disciplinary field in epidemiology. **TIME TO DEVELOP:** approximately 4 months. **RESULTS:** the average age was 35.78 year old, 62.3% were women, 53.6% were single people, 64.7% working person and 48.5% had a professional level of education. On the other hand, Beck Inventory showed 73.1% minimal depression level and overweight was observed with 45.8% and obesity 28.48%, wich is statistically significant association between sex and BMI. Nevertheless, depression and overweight and obesity it was not statistically significant association. **CONCLUSIONS:** in the present study, it was not identified a significant association between depression and overweight and obesity in 20 to 59 years old users, but, it is a significant association was found between BMI and sex variable, of which women have a greater probability of being overweight and obese person, also marital status: married and divorced people have a bigger probability too. The foregoing is an opportunity to improve the quality of all of kind people life with signs of depression and a higher BMI than expected.

7. INTRODUCCIÓN

La depresión es una alteración que consta de factores sociales, psicológicas y biológicas, según el DSM IV, teniendo como características clínicas cambios en el estado de ánimo, que pueden llegar a generar disfunción de la persona que lo padece, que ante ciertas circunstancias, lo hacen más susceptibles a presentar episodios de depresión mayor y por lo tanto aumentando su intensidad, por lo que puede ir acompañado de síntomas afectivos como tristeza, soledad, sensación de malestar, a nivel cognitivo se presenta disminución del juicio, afectando el rendimiento de actividades personales y laborales. (1)

El sobrepeso y obesidad, son enfermedades multifactoriales y de prevalencia nacional y mundial, que ha aumentado en las últimas décadas. Es factor de riesgo de morbi-mortalidad, en enfermedades como la Diabetes Mellitus y cardiovasculares, ha aumentado de manera particular en los países con ingresos medios y bajos, esto se debe a una vida sedentaria, mayor urbanización, uso de transporte automotriz, cambios ambientales y sociales, así como hábitos diarios de mayor estancia en un lugar y posición determinada, acompañados de factores genéticos, entre otros más. (2) (3)

La depresión también es un factor de riesgo para el sobrepeso y la obesidad, ya que algunos estudios, mediante cuestionarios de autoinforme sugieren la existencia de asociación entre la depresión, el sobrepeso y la obesidad durante la edad adulta. (4)(5)

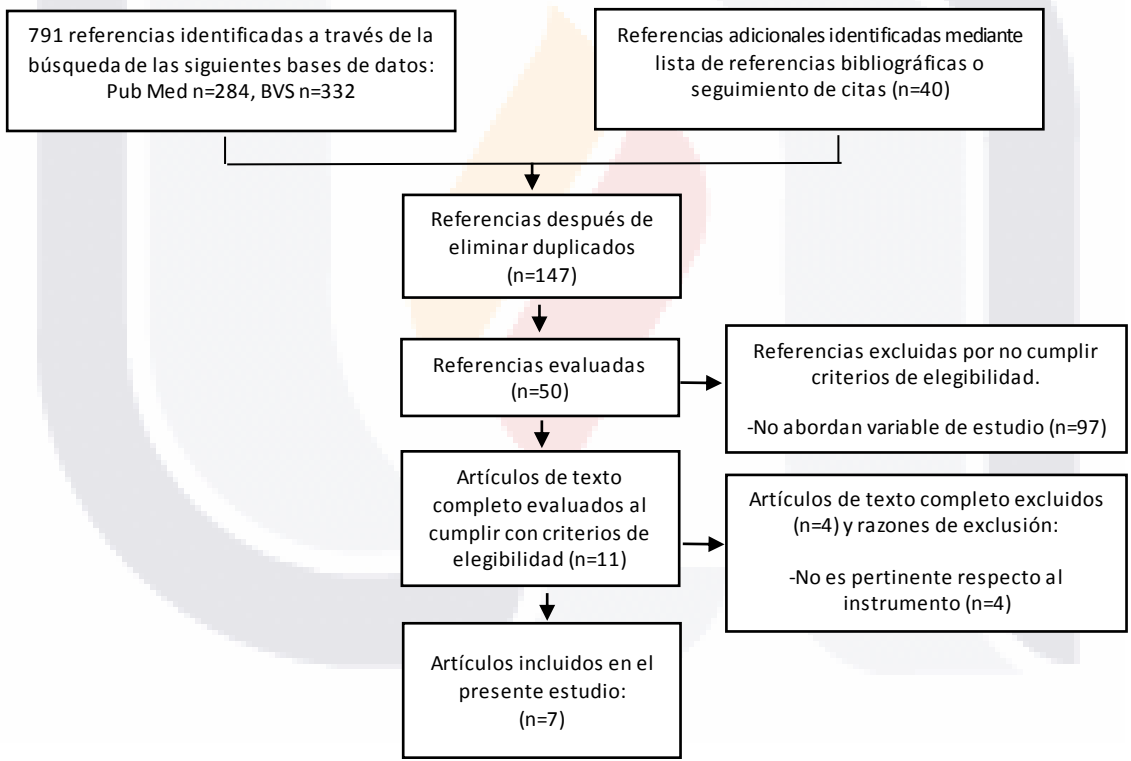
La OMS reporta que la depresión tiene relación con la salud física, como enfermedades cardiovasculares, por lo que se han implementado estrategias comunitarias para que las intervenciones sean dirigidas a la realización de ejercicio. Se debe tomar en cuenta que las enfermedades cardiovasculares, presentan alteración de la microcirculación, creando un estado inflamatorio persistente y crónico, de la misma manera es la obesidad, que quienes la padecen aumentan el riesgo de las enfermedades previamente mencionadas, así como la presencia de síntomas depresivos, teniendo en la actualidad más de 300 millones de personas a nivel mundial, con un predominio en mujeres, cuyo desenlace puede encaminar al suicidio. (2) Actualmente la depresión, continúa al alza, generando en el sistema de salud costos cada cada vez más elevadas, sin olvidar la importante relación con la morbi-mortalidad que presenta, según reportes del INEGI a nivel estatal e Institucional (6).

8. MARCO TEÓRICO

8.1 Antecedentes científicos

Los descriptores que se utilizaron para la estrategia de búsqueda sistemática de la información fueron los siguientes: obesity AND depression AND beck depression inventory II; obesity abdominal AND depression AND beck depression inventory II; obesity abdominal AND depression; obesity abdominal AND beck depression inventory. Las plataformas que inicialmente fueron abordadas BVS para corroborar los descriptores tanto en español como en inglés, posteriormente se identificó los descriptores, utilizando la plataforma de PubMed y BVS.

Figura 1. Diagrama Cochrane



Al contar con poca información con respecto al problema de estudio, en donde se utilice la escala de medición que será usada en este estudio, se presentarán artículos que tengan otro problema de estudio, además del sobrepeso y la obesidad.

Rejeski y colaboradores. (2006). Realizaron un estudio transversal con el objetivo de examinar la asociación entre la calidad de vida con la salud (CVRS) en personas con sobrepeso u obesidad y diabetes tipo 2. La muestra fue de 5145 personas, 59.5% eran mujeres y 40.5% eran hombres, con una edad promedio de 58.7 años, se realizó la medición del IMC y el uso de insulina. Los instrumentos utilizados fueron Short Form 36 (SF-36) para medir la relación de las características demográficas, carga de la enfermedad y la aptitud cardiovascular, y el Inventario de Depresión de Beck segunda edición (BDI II) para la sintomatología depresiva. Los resultados obtenidos fue un IMC medio de 35.9, respecto al BDI II, las variables demostraron una interacción significativa entre el IMC (beta: 2.15 ; p 0.0314), los autores concluyeron en este estudio, que los síntomas depresivos más graves, son los relacionados con la obesidad y la capacidad del equivalente metabólico, es decir, cuyo IMC es más elevado, siendo la obesidad clase III la predominante, además de la presencia predictiva para puntuaciones más elevadas del BDI II, en personas con edad joven (beta: -4,83 ; p <0,0001) y menor educación (beta: -2,91; p 0,0036) (7)

Simon et al. (2008) en la ciudad de Washington e Idaho, EEUU, a través de un estudio transversal comparativo con el objetivo de examinar la asociación entre la obesidad y la depresión en mujeres de mediana edad adscritas a un Grupo de Salud, se contó con una muestra total de 4641, entre 40 a 65 años de edad, obtenidas de 8 clínicas de atención primaria de salud. El instrumento utilizado fue el cuestionario de salud del paciente para la evaluación de depresión (PHQ) además del registro de su IMC actual, para realizar el cálculo del IMC la validación fue a través de las correlaciones de Pearson, en altura y peso, $r = 0,95$ y $0,98$, respectivamente. Vía telefónica se realizó la aplicación de PHQ cuyos resultados reflejaban una mayor prevalencia en pacientes con depresión respecto a un IMC más elevado, IMC normal <25 de (OR= 3,83 , IC de 95%: 1,89 , 7,76), con un IMC entre 25 a 30, es decir, sobrepeso, (OR= 4,40 , IC de 95%: 2,21 , 8,78), y por último un IMC entre 30 a 35 es decir, obesidad (OR = 4,95, IC de 95%: 3,47, 7,05), con los resultados anteriores se puede concluir que el aumento de la gravedad de los síntomas depresivos se asocian a un IMC más alto, sin embargo, no exclusivamente la obesidad se limitó en personas con depresión. (4)

Pin de Kuan Lin y colaboradores. (2014) En un estudio transversal comparativo que realizaron, en la ciudad de Taiwán, en busca de asociación entre depresión con la obesidad y síndrome metabólico, la población de estudio fue 323 mujeres mayores de 18 años de edad, se realizó la aplicación del instrumento, el cual fue la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D), con una consistencia interna de Cronbach de 0.9, mediante un modelo de regresión logística, los resultados obtenidos fue una asociación significativa con respecto a la depresión y un elevado IMC (OR= 1.17, IC 95%: 1,11 , 1,23 p<.001), además, posterior al ajuste de las variables sociodemográficas, la asociación continuó siendo significativa, sin embargo, entre la depresión y el síndrome metabólico no fue de esta manera (OR= 0.99 , IC de 95%: 0,92 , 1,06) , lo autores concluyeron que la depresión se asoció a un aumento en las probabilidades para el desarrollo de sobrepeso y obesidad, sobre todo obesidad abdominal, aunado a las posibles asociaciones fisiológicas correspondientes al síndrome metabólico y sus componentes. (8)

Abbas y cols. (2015). Mediante un estudio transversal realizado en Pakistán con el objetivo de evaluar la depresión como comorbilidad en pacientes con Diabetes Mellitus (DM), en una población total de 207 personas, la mayoría con una edad superior a los 45 años, el 56% eran mujeres, midiendo el índice de masa corporal (IMC), hemoglobina glicosilada (HbA1C), duración de la DM e historia familiar con DM. El instrumento de investigación utilizado fue el Inventario de Depresión de Beck segunda edición (BDI II). La asociación de variables demográficas y las puntuaciones del BDI II fue realizada mediante la prueba de Chi cuadrado ($p < 0.05$). A través de la aplicación del BDI II, con respecto a la población total el 28% no presentaba síntomas depresivos y un tercio del total contaban con IMC normal, sin embargo, se observó una asociación entre aumento de la severidad de los síntomas depresivos con un mayor IMC, observándose los mayores porcentajes en sintomatología leve 26.1 % y moderada 20.8%, con el sobrepeso y obesidad, 34.8% y 27.1% respectivamente, de acuerdo a lo previamente mencionado, los autores concluyeron que el incremento del IMC, es asociado a un aumento de probabilidades de presentar síntomas depresivos, de la misma manera una duración de DM entre 5 a 10 años (31.9%) y HbA1C superior de 7.5% con el (46.4%) con depresión moderada, además agregaron la importancia del estado y estilo de vida en dichos pacientes para disminuir o aumentar la probabilidad de padecer depresión. (9)

Jing Cui et al. (2018). Se realizó un estudio transversal, en la Ciudad de Qingdao, China, con el objetivo de investigar la asociación entre el peso corporal y el riesgo de depresión. El instrumento utilizado fue la escala de depresión de Zung y la medición del IMC, el estudio fue realizado a 4,656 personas, siendo el 38.6% hombres y el 61.4% mujeres con una edad media de 52.3 años, A través de un análisis de regresión logística multivariable, los resultados obtenidos demostraron una mayor prevalencia de depresión en personas con un IMC más elevado, específicamente con sobrepeso, es decir, tenían el 51% más de probabilidad de tener depresión (OR= 1.49, IC de 95%: 1.08, 2.05), así como una mayor prevalencia de la depresión con respecto a mayor obesidad abdominal, con hasta un 53% más probabilidad (OR= 1.47, IC del 95%: 1.08, 2.00). Los autores concluyeron que puede deberse a que el sobrepeso conlleva una distorsión corporal y un estigma social, debido a que, en dicha población, el peso normal y la obesidad es considerado un símbolo de riqueza y felicidad, por el poder de adquisitivo económico en la ingesta de alimentos. (5)

Hawkins et al (2018) mediante la realización de un estudio transversal en EE. UU. se buscó la asociación entre la etnia / raza, las características sociodemográficas y el sobrepeso y obesidad con la depresión en hombres residentes de EE.UU., el instrumento fue la encuesta nacional de salud (NHIS) de 2014, y la medición del IMC, con previo carta de consentimiento informado, la muestra total (n = 1,363) individuos, de los cuales el 53% eran hispanos, con una edad mayor de 18 años, con respecto a datos socio demográficos, contaban con título universitario: el 11% de los hispanos, 21 % de los negros y 44% de los asiáticos. A través de la regresión logística. Los resultados reportados fue una mayor prevalencia de depresión y el sobrepeso u obesidad en hombres con etnia hispana, es decir, tenían casi 3 veces más posibilidad con (OR = 2.967, IC de 95% 1.762, 4.995, $p < 0.001$) y afroamericanos sucede algo similar con casi 3 veces más probabilidad (OR = 2.745, IC de 95%: 1.622, 4.646, $p < 0.001$), con una edad entre 31 a 54 años, además de un ingreso anual menor de \$35,000 (OR = 1,987, IC de 95%: 1,255, 3,152). Los autores concluyeron a la depresión como comorbilidad en personas con sobrepeso u obesidad, aunado a un ingreso anual bajo con respecto a la media nacional, además de un incremento con respecto a la edad. (10)

Miranda et al (2019). Realizaron un estudio transversal comparativo, en el Servicio de Endocrinología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes en Mérida, Venezuela, determinaron la asociación entre la obesidad y la depresión, además de la influencia en la edad, el género, grado de adiposidad y la actividad física, la población de estudio fue conformada por 112 individuos mayores de 18 años y edad promedio de 37.34 años, de los cuales $n = 58$ eran obesos y $n = 54$ no eran obesos, excluyendo a los que ya contaban con diagnóstico de depresión o bajo tratamiento antidepresivo o glucocorticoides, diabetes mellitus, enfermedad coronaria o vascular, tiroidea o neoplásica. La medición antropométrica fue mediante el IMC y el instrumento utilizado fue la versión española del cuestionario de salud del paciente para depresión (PHQ-9), la asociación entre las variables categóricas se realizó a través de la prueba chi cuadrada y la fuerza de asociación con OR, y una significancia estadística $p < 0.05$. Los resultados reportaron que el síndrome depresivo tuvo una mayor frecuencia de 6.89% ($n = 4$), las cuales fueron mujeres, con los individuos obesos a diferencia de los no obesos, del mismo modo, los individuos con obesidad presentaron dos veces más riesgo de síndrome depresivo $p = 0.049$ (OR = 2,00, IC del 95%: 1,656, 2,415). Por lo que se concluye que la asociación significativa entre el síndrome depresivo y la obesidad, en donde en este último duplica su riesgo para dicha sintomatología, existe un predominio del sexo femenino y el grado de adiposidad, por lo que se evalúa la busque de síntomas y signos de depresión en pacientes que padezcan obesidad. (11)

8.2 Modelos y teorías

8.2.1 Antropología de la depresión

Históricamente el término depresión ha tenido tres nombres a lo largo del tiempo: melancolía, acedia y depresión, obteniendo una misma realidad, abatimiento, postración, hundimiento, distonía, descenso a la oscuridad y a la muerte. (12)

Melancolía. La melancolía o *Melaina chole* (*atrás bilis, bilis negra*) de acuerdo a Hipócrates (en el siglo V y IV aJC), se consideraba “bilis negra”, por ser una de los cuatro humores corporales que producían el estado patológico melancólico depresivo. **Acedia.** Posterior a la invasión barba, se comienza con Acedia (accedia, acedia, accidia, acidia),

representaba un síndrome de dejadez y tristeza, angustia y pereza, inhibición y apatía. En el siglo XII, Hugo S. Victo, inició con la teoría de los siete pecados capitales, donde era incluida la acedia como uno de ellos. Para el siglo XIII David de Ausburgo, realiza un triple retrato: la primera como tristeza, amargura, desconfianza, conduciendo a sus víctimas el suicidio, humores melancólicos, en donde los médicos prescribían un remedio, el segundo es indiferencia, desfallecimiento en el trabajo, indolencias que inducen al sueño, en la tercera, es el fastidio por todo lo de Dios, pero se conserva la actividad y buen humor para el resto de las actividades. **Depresión.** En el renacimiento se publica la primera monografía sobre la depresión: El Tratado sobre la melancolía (T. Bright, 1586), retirándola de la etiología pecaminosa, La anatomía de la melancolía (R. Burton, 1621) es iniciada con una teoría humoral, donde considera factores psicológicos y anexa estados de distimia e hipertimia. Actualmente el término “depresión” se refiere como termino al síndrome “hundimiento vital”, debido a que se comporta como un enorme sufrimiento, ubicado en el fondo de un pozo u oscuridad de túnel sin salida. (12)

8.2.2 Modelos de la depresión

Modelos conductuales y cognitivos: Las teorías conductuales tratan de explicar y unificar diversas dimensiones en un modelo explicativo, posteriormente, los modelos cognitivos son quienes otorgan una explicación más amplia, siendo los principios básicos para explicar el trastorno depresivo y sus bases para las intervenciones psicológicas de la depresión. (13)

Teorías conductuales. En 1973 Charles Fester inicia esta teoría, considerando que la depresión es dada por una reducción a estímulos externos de manera frecuente, poco refuerzo positivo, más estímulos aversivos y conductas de evitación, creando la imposibilidad de conductas adaptativas y una realidad distorsionada. Lewinsohn, agrega la pérdida en los principales dominios del sujeto, ocasionando un estado de ánimo deprimido y una reducción del nivel de actividad. (13)

Teoría del autocontrol. Esta teoría postula la falta de existencia al buen ajuste y adaptación a las circunstancias cambiantes en el entorno, lo que conforma los procesos básicos de autocontrol: la autoobservación (acontecimientos negativos, toman mayor

relevancia), autoevaluación (estándares difíciles y rigurosos a realizar) y autorreforzamiento (administración insuficiente de recompensas y excesivos castigos), es decir, la vulnerabilidad y como consecuencia, la depresión. Agregando afectación en diversas áreas (familia, amigos, trabajo, estudios, etc). (13)

Teoría de la Depresión por Desesperanza: Abramson, Metalsy y Alloy (1989) refieren un subtipo de depresión por desesperanza, teniendo como característica a las personas con vulnerabilidad confiriéndoles un mayor riesgo para la depresión, debido a la presentación de tres patrones: factores estables y que persisten durante un tiempo en varias áreas de la vida, causan sucesos negativos. (14)

Modelos cognitivos de la depresión: Creada por Aaron Beck (1967), manteniéndose en el tiempo como la base para los pacientes con depresión debido al enfoque de los esquemas cognitivos negativos. Sanz y Vazquez (2008), reafirman que la vulnerabilidad cognitiva se encuentra presente en un suceso estresante o negativo. Sin embargo, McGonagle y Kessler (1990) reportan que los sucesos estresantes de baja intensidad y crónicos son los que resultan más relevantes para poder explicar los trastornos del ánimo. (15)

Modelo genérico de la teoría cognitiva. Es basado en los procesos conductuales y cognitivos que interactúan entre sí, a través de estímulos menores o mayores que desencadenan en este tipo de conducta y comportamiento. Esta teoría busca reducir los síntomas, mediante la conceptualización de estos comportamientos. (16)

Teoría cognitiva de Aaron Beck

Las personas que se encuentran deprimidas tienen pensamientos negativos de ellos mismos y su alrededor, así como del futuro, lo que refleja una distorsión en tres áreas:(17)

Esquemas: los esquemas son una manera organizada de interpretar nuestro ambiente, considerando la observación de la relación causa-efecto, la cual es enseñada naturalmente, en personas con depresión existe una mala adaptación, conclusiones inadecuadas, por una mala información, pudiendo tener efectos perjudiciales ya que las experiencias del pasado. (17)

Error en el procesamiento de la información. Debido a que no se tiene un análisis lógico de los eventos que suceden, son llamados “automáticamente”, las personas con depresión no se encuentran completamente conscientes de lo pensamientos que ocurren por lo que crean conclusiones de pequeños detalles y no de una manera general, sin

evidencia o sin información para avalar lo pensado, son pensamientos magnificados o minimizados, en donde son totalmente buenas o malas, es decir, una manera dicotómica. (17)

Función cognitiva en la depresión. Los pacientes con depresión se subvaloran, teniendo dificultades para recordar cosas del pasado con precisión, por sus pobres habilidades o pocos esfuerzos realizados, si sucede algo de “éxito”, lo atribuyen a la suerte. (17)

8.2.3 Etiología de la depresión

La Depresión Mayor al ser una enfermedad heterogénea, actualmente existen cinco teorías neurobiológicas que lo explican: las alteraciones estructurales y funcionales de las áreas cerebrales (hipocampo, amígdala, corteza cerebral, metabolismo de la glucosa), la hipótesis de las monoaminas (serotonina, norepinefrina, dopamina), la hipótesis glutamatérgica y GABAérgica de la depresión, la interacción herencia medio ambiente o teoría de la diátesis – estrés, y la hipótesis neurotrófica de la depresión, hipótesis inflamatoria de la depresión. (18)

8.2.4 Clasificación de la depresión

La Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud en su décima revisión (CIE - 10) define la depresión como un trastorno del estado de ánimo, el cual puede ser clasificado de tres maneras: como un trastorno es decir, síntomas característicos y detectables; como un síndrome, basado en la tristeza y los síntomas que puedan relacionarse a ella; y por último, como un síntoma, en donde puede encontrarse de manera aislada o no, y sin que tenga relación directa. (2)

8.2.5 Diagnóstico de la depresión

En el diagnóstico, se evalúa el desarrollo, curso y gravedad, considerando la duración, intensidad de los síntomas, comorbilidades, pero sobre todo en la actualidad la existencia o no de disfunción y/o discapacidad asociados, así como el riesgo suicida y la respuesta a un tratamiento previo son necesarios para el manejo individual e integral. El diagnóstico es establecido por la presencia de al menos 4 de los siguientes síntomas: psicomotricidad

disminuida o aumentada, sueño alterado (aumento o disminución), interés reducido (pérdida de la capacidad para disfrute), concentración disminuida, apetito y peso (aumento o disminución), culpa y autorreproche, energía disminuida o fatiga, pensamientos suicidas. Aunado a los anteriores síntomas, la existencia de un periodo al menos dos semanas, con la mayor parte del tiempo y con afectación de manera negativa el rendimiento personal, familiar, laboral, académico, social. (19)(20)

El DSM IV caracteriza la depresión mayor con la presencia de uno a más episodios depresivos, en al menos 2 semanas con estado de ánimo depresivo o la pérdida de interés que se acompaña de al menos cuatro síntomas de depresión. (1)

La gravedad es dividida en:

Depresión leve: ningún síntoma o pocos síntomas de los 5 necesarios para realizar diagnóstico, causan un deterioro funcional leve. (1)

Depresión moderada: la capacidad funcional y los síntomas se encuentran entre leve y grave. (1)

Depresión grave: se encuentran la mayoría de los síntomas y estos interfieren en el funcionamiento. Pueden o no ocurrir síntomas psicóticos. (1)

Es importante saber si las personas cuentan con antecedentes de episodios maníacos, debido a que puede ser de tipo crónico o recidivante. (2)

-Trastorno depresivo recurrente: son episodios de manera repetida, con duración mínima de 2 semanas, presentando síntomas de pérdida de interés y capacidad de disfrutar y reducción de energía, puede acompañarse de síntomas de ansiedad, alteraciones en el apetito y/o sueño, sentimiento de culpa, dificultades para la concentración y baja autoestima. (2)

Dentro de los instrumentos más utilizados para primer nivel de atención es el inventario de Beck, siendo su segunda edición, la más actual y apegada a los criterios diagnósticos del DSM –IV y CIE 10, consta con las ventajas de ser auto aplicable, con una duración aproximada de 5 a 10 minutos. (19)(20)

8.2.6 Antecedentes del sobrepeso y obesidad

En el siglo XIX el escritor Brillat. Savarin describe la obesidad androide y ginecoide, característica en el hombre como “manzana” y en las mujeres “pera”, respectivamente, el médico francés Jean Vague realiza una explicación sobre los acontecimientos

metabólicos implicados. Framingham en 1948 es quien inicia el estudio de los factores de riesgo cardiovasculares. (21)

8.2.7 Aspectos generales del sobrepeso y obesidad

El sobrepeso es el acumulo excesivo de grasa, suponiendo un riesgo para obesidad, la cual es una enfermedad sistémica caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo que perjudica la salud. (22) Esta enfermedad se relaciona como factor de riesgo y comorbilidad asociada para el desarrollo de múltiples enfermedades, particularmente con Diabetes Mellitus tipo 2 y enfermedades cardiovasculares, también dislipidemias, hipertensión arterial sistémica, hiperinsulinemias, depresión, enfermedades osteoarticulares, reduce la supervivencia, trastornos del sueño, en mujeres aumenta el riesgo de abortos espontáneos, riesgo de preeclampsia, hemorragias, así como un aumento en el desarrollo de leucemias, diferentes tipos de cáncer como: de mama, páncreas, esófago, próstata, ovario, células renales y endometrio. Debido a lo anterior, se requiere condiciones necesarias para la prevención y control de esta enfermedad, incluidas evaluaciones psicológicas y médicas. (23)

8.2.8 Etiología

El depósito de grasa corporal se encuentra ligado a la ingesta y gasto energético, además de influencias medioambientales, conductuales, endocrinas, metabólicas y genéticas. La hormona leptina, actúa en funciones fisiológicas en el sistema nervioso central y órganos periféricos, mediante receptores específicos al inhibir la ingesta por pérdida del apetito, por mecanismos de control del balance energético a corto y largo plazo, y presenta respuesta inflamatoria y una relación estrecha con el eje hipotálamohipofisoovárico, entre otras funciones. (24)

8.2.9 Fisiopatología

La obesidad, crea una alteración en la función del tejido adiposo de forma cuantitativa como cualitativa, con respecto a la capacidad de poder almacenar grasa, aunado a eso, se vincula a desordenes metabólicos, que son asociados estrechamente al síndrome metabólico, resistencia a la insulina sistémica, entre otras alteraciones que metabólicas coexistentes. Considerando que el adipocito en la edad adulta mantiene solo un proceso

de desarrollo el cual es la hipertrofia, ante una pérdida de peso, su tamaño disminuye mas no el numero previamente existente de ellos, es por eso, el énfasis en cambios en los hábitos de vida y no solo un ciclo de pérdida de peso pudiendo impactar negativa a la salud. (25)

8.2.10 Aspectos psicológicos de la obesidad

Actualmente no se cuenta con una definición en la personalidad del paciente que tiene obesidad, sin embargo, se observa mecanismos de mal afrontamiento o una respuesta emocional negativa ante experiencias, creando un mal hábito de alimentación y sedentarismo, dando como consecuencia un aumento de peso. Presentan distorsión de imagen corporal, baja autoestima, discriminación, aislamiento social e incluso patrones anormales en su conducta, haciéndolos más susceptibles a psicopatologías como depresión mayor, trastornos por atracón, fobias simples o sociales, distimia, historia de abuso sexual, entre otros. (26)

8.2.11 Diagnóstico de la obesidad

Índice de masa corporal (IMC) o índice de Quetelet: Es el indicador antropométrico del estado de nutrición más utilizado en la atención primaria de salud. Se realiza a través de la división del peso expresado en kilogramos entre la talla en metros al cuadrado. Identificando diversos valores de resultados como lo son: bajo peso $<18.5 \text{ kg/m}^2$, normal $18.5 \text{ a } 24.99 \text{ kg/m}^2$, sobrepeso $>25.00 \text{ kg/m}^2$, obesidad $>30.00 \text{ kg/m}^2$, obesidad mórbida $>40.00 \text{ kg/m}^2$. (27)(28)(29)

Circunferencia abdominal: en bipedestación, de referencias el reborde costal inferior y cresta iliaca, se coloca la cinta métrica, se infiere realizar inspiración profunda, posteriormente, espiración normal, ya realizada la espiración normal, se efectúa la lectura al final la medida de la circunferencia abdominal. (27)(28)

Pliegue cutáneo: en bipedestación, se sujeta un pliegue de piel y grasa subcutánea, a un centímetro del sitio donde se realizará la medición, marcando dos puntos de referencia (superior e inferior), se colocan olivas del instrumento y se tiene la lectura posterior a la sujeción del pliegue cutáneo. (27)(28)

8.2.12 Tratamiento de la obesidad

La OMS sugiere al menos actividad física (60 minutos al día en jóvenes y 150 minutos semanales en adultos), aumentar el consumo de frutas y verduras y disminuir la ingesta energética de azúcares y grasas totales; es decir, dar acceso a un modo de vida sano a las personas, sobre todo a países con bajos recursos. (3)

9. JUSTIFICACIÓN

Actualmente el desarrollo de la depresión se encuentra en aumento, convirtiéndose en uno de los principales problemas de salud a nivel mundial y nacional, debido a que trae consigo un deterioro de las funciones cognitivas y conductuales, además, de ser causal de discapacidad laboral, aunado a esto la asociación cada vez mayor a enfermedades cardiovasculares y metabólicas, como la Diabetes Mellitus e incluso la obesidad, la cual es considerada una respuesta inflamatoria crónica de bajo grado. (9) (25) Diversos estudios han demostrado la asociación entre la depresión o aumento en la gravedad de la sintomatología depresiva con un IMC elevado. (4) (10) México cuenta con el primer lugar a nivel mundial, de obesidad infantil, considerando los factores biológicos, demográficos, económicos, sociales, psicológicos, la presencia de esta enfermedad puede ser un detonante para desarrollar depresión. (3)

La depresión puede conllevar a una incapacidad para el ejercicio de las actividades diarias laborales, sobre todo, si la sintomatología depresiva presentada es con una intensidad moderada o severa, agregada a una duración prolongada, debido a que se atribuye una disfunción laboral en los problemas de la vida cotidiana. (2)

En Aguascalientes, la depresión también se encuentran a la alza, actualmente es considerada dentro de las 20 principales enfermedades que conllevan a una atención primaria de salud, con un pico de presentación en la tercera década de la vida, seguida de la cuarta y quinta década de la vida, con un predominio en el sexo femenino, considerando que solo un pequeño porcentaje acude a recibir tratamiento y el poco seguimiento, sin olvidar la complicación fatal secundaria a dicha enfermedad, el suicidio, el cual desafortunadamente también ha ido en aumento. (29)(30). El sobrepeso y la obesidad son considerados dentro de los factores modificables ante la presencia de depresión, además del control metabólico ante la existencia de comorbilidades (5) (11)

La depresión puede ser medida a través de diversos instrumentos, los sugeridos para el médico especialista en medicina familiar de acuerdo con la guía de práctica clínica de tratamiento para la depresión en atención primaria es el Inventario de Depresión de Beck y PHQ 9, entre otros, en el actual estudio se realiza la aplicación del Inventario de Depresión de Beck, segunda edición, siendo esta la más reciente y apega a los criterios de DSM IV y CIE 10. (20)

Con lo anteriormente mencionado, es necesario llevar a cabo un fortaleciendo en la prevención y la atención médica oportuna, como es la determinación de la sintomatología depresiva con un autoinforme realizado en un tiempo de 5 a 10 minutos (31) (32) y aunado a esto la medición antropométrica del IMC, que respecto a los estudios presentados por algunos autores, existe una asociación entre la depresión y un elevado IMC, además del predominio en mujeres (8)(11) con la finalidad de impactar en las condiciones de salud y de vida de toda persona con pesquisa de depresión, llevando a cabo el inicio de un manejo integral, el cual también es mencionado y enfatizado dentro de las prioridades y estrategias del actual programa sectorial de salud 2020-2024. (33)

10. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

10.1 Descripción de las características socioeconómicas y culturales de la población en estudio

En el año 2010, en el estado de Aguascalientes, de acuerdo al INEGI, el estado cuenta con un total de 1'184,996 habitantes, con 51.33% mujeres y 48.67% hombres. El grupo de edad de 20 a 59 años es de 595,694 habitantes, de los cuales 52.53% son mujeres y 47.46% son hombres, siendo la mayor prevalencia en la edad entre 25 a 29 años, con 8.23 % y 7.48%, respectivamente. (30)

La población total actual de la Unidad de Medicina Familiar No. 1 es de 126,874 de personas, con un 52.38% de mujeres y un 47.62% de hombres. En donde la población que corresponde a la edad de 20 a 59 años es de 66,856 en total, con un 53.26% de mujeres y un 46.73% de hombres.

En la Unidad de Medicina Familiar No.1 los pacientes con edad entre 20 a 59 años con diagnóstico de depresión es de un total de 8,958, de los cuales 75.6% son mujeres y 24.38% son hombres.

Con respecto al mismo grupo de edad, pero con el diagnóstico de sobrepeso u obesidad es de 5,851 de total, de los cuales el 66.10% son mujeres y el 33.89% son hombres, cabe mencionar, que los diagnósticos de sobrepeso y obesidad cuentan con la misma clave en base a la codificación del CIE 10 y generado por el sistema nacional de vigilancia epidemiológica. (34)

En el Estado de Aguascalientes, de cada 100 personas mayores de 25 años, 98 saben leer y escribir. (6)

10.2 Panorama del estado de salud en instituciones de salud, en un estado, municipio o delegación de estudio

La OMS reporta a la depresión, como una de las múltiples enfermedades que va en aumento a nivel mundial, siendo exponencial en las últimas décadas, con cifras actuales que superan los 300 millones de personas, conllevando a una disfunción personal y laboral, así como un aumento de riesgo de suicidio, además de ser un importante factor para discapacidad laboral. (2)

En México, la ENSANUT 2018-2019, reporta que la sintomatología depresiva en mayores de 20 años se presenta en el 17.9% de los mexicanos, con una depresión moderada y severa, siendo más elevada 1.8 veces en mujeres que en hombres. (29)

Respecto al estado de Aguascalientes, la ENSANUT 2018-2019, reporta la existencia de depresión en el 20.7% de los adultos, entre depresión moderada o severa, en donde el 25.9% son mujeres y el 15.0% son hombres y de forma general presentándose 1.7 veces más en las mujeres. (29)

A nivel mundial, 650 millones de personas mayores de 18 años cuenta con diagnóstico de obesidad, siendo triplicada esta cifra con respecto a la de 1975 a 2016 en donde el panorama global actual es de 75.2%, de los cuales 39.1% es sobrepeso y 36.1% es obesidad y sobre todo en los países cuyos ingresos son medios y bajos. (3)

Actualmente México se encuentra en el segundo lugar a nivel mundial de obesidad y el primer lugar en obesidad infantil, convirtiendo esto, en un problema de índole público y primordial. (3) La Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), mediante la ENSANUT 2018, refieren que 8 de 10 personas que residen en el país tienen derecho a servicios médicos, es decir, 102.3 millones, en donde la menor cobertura es en la población de 20 a 29 años, siendo las mujeres quienes más ocupan dichos servicios de forma ambulatoria y

hospitalaria. (29) Para dicho año, existe un total en la población nacional con diagnóstico de obesidad de 698,461, de los cuales el grupo de edad entre 20 a 59 años es de 511,310, con una mayor prevalencia de 52.14% en la edad de 25 a 44 años. (29)

En el año 2015, el informe de salud de los mexicanos del año 2015 reporta un aumento del sobrepeso y la obesidad del 63.8% en el año 2000 a 71.3% en el 2012, obteniendo la obesidad una prevalencia de 32.4% y con un predominio en mujeres. (29)

10.3 Descripción del sistema de atención de la salud

La Ley General de Salud, decretada por el Congreso de los Estados Unidos Mexicanos, en el título tercero correspondiente a prestación de los servicios de Salud, en el capítulo IV a los usuarios de los servicios de salud y participación de la comunidad. (35)

En julio del año 2019, es publicado en el Diario Oficial de la Federación el Plan Nacional de Desarrollo con estrategias establecidas por el gobierno de México. De acuerdo al actual Programa Sectorial de Salud 2020-2024, el gobierno federal mediante las acciones necesarias garantizará el recibir la atención médica y hospitalaria gratuita, incluido el suministrar medicamentos y auxiliares diagnósticos. (33)

La Norma Oficial Mexicana NOM 025-SSA2-2014; se establece la prestación de servicios de salud en las unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátrica. (36) De acuerdo a la última actualización realizada en el año 2015 de la guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo del adulto, refiere evaluar el desarrollo, curso y gravedad de la depresión, así como el riesgo suicida. (19)

En la Norma Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017 para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, en el apartado 3.1 las adherencias terapéuticas se llevan a cabo por el prestador de la atención médica, enfocado en el uso correcto de medicamentos, seguimiento alimentario y cambios en el estilo de vida.. (22) La guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad, cuya última actualización es del año 2012, refiere recomendaciones sobre la evaluación, diagnóstico y tratamiento farmacológico y complementario a medidas higiénico-dietéticas. (23)

10.4 Descripción de la naturaleza del problema

Con respecto a la información encontrada, existen pocos estudios acerca si la depresión se asocia directamente al sobrepeso y la obesidad, sin embargo, se ha evidenciado una mayor sintomatología depresiva en aquellas personas cuyo IMC es elevado (11) (5) no

solamente relacionado a esta enfermedad, sino también a comorbilidades como la Diabetes Mellitus (7)(9) enfermedad que se encuentra dentro de los primeros lugares de morbi - mortalidad en el país. Para el presente estudio se ha seleccionado como instrumento, el Inventario de Depresión de Beck. (17) además de encontrarse considerada como un autoinforme de fácil entendimiento y acceso. (20)

10.5 Pregunta de investigación

Debido a lo previamente comentado, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿CUAL ES LA FUERZA DE ASOCIACION QUE EXISTE ENTRE LA DEPRESIÓN Y SOBREPESO - OBESIDAD EN PACIENTES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO? 1 DELEGACION AGUASCALIENTES?

11. OBJETIVOS

11.1 Objetivo general

Identificar la fuerza de asociación entre las variables de depresión y sobrepeso - obesidad en pacientes de 20 a 59 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1, delegación Aguascalientes.

11.2 Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los pacientes de 20 a 59 años.
- Identificar los síntomas depresivos mediante la evaluación de la dimensión general de depresión en pacientes de 20 a 59 años de la Unidad de Medicina Familiar No. 1, delegación Aguascalientes.
- Valorar el componente cognitivo – afectivo correspondiente a la dimensión general de depresión en pacientes de 20 a 59 años de la Unidad de Medicina Familiar No.1, delegación Aguascalientes.
- Valorar el componente somático – motivacional correspondiente a la dimensión general de depresión en pacientes de 20 a 59 años de la Unidad de Medicina Familiar No.1, delegación Aguascalientes.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
- Determinar el IMC en pacientes de 20 a 59 años de la Unidad de Medicina Familiar No.1, delegación Aguascalientes.

12. HIPÓTESIS

Hipótesis alterna general

Existe asociación entre la depresión y el sobrepeso y obesidad en pacientes de 20 a 59 años de edad, adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No.1, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes.

Hipótesis alternas específicas

-La Depresión está asociada a los síntomas cognitivos – afectivos en pacientes de 20 a 59 años de edad adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No.1, Delegación Aguascalientes.

-La Depresión está asociada a los síntomas somáticos – motivacionales en pacientes de 20 a 59 años de edad adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No. 1, Delegación Aguascalientes.

-La Depresión está asociada al sobrepeso en pacientes de 20 a 59 años de edad adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No.1, Delegación Aguascalientes.

-La Depresión está asociada a la obesidad en pacientes de 20 a 59 años de edad adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No.1, Delegación Aguascalientes.

Hipótesis nula general

No existe asociación entre la Depresión y el sobrepeso y obesidad en pacientes de 20 a 59 años de edad, adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No.1, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes.

Hipótesis nulas específicas

-La Depresión no está asociada al sobrepeso en pacientes de 20 a 59 años de edad adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No.1, Delegación Aguascalientes.

-La Depresión no está asociada a la obesidad en pacientes de 20 a 59 años de edad adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No.1, Delegación Aguascalientes.

13. MATERIAL Y MÉTODOS

13.1 Diseño del estudio

Estudio transversal comparativo.

13.2 Universo de trabajo

Adultos entre 20 a 59 años de edad, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 IMSS, Delegación Aguascalientes.

13.3 Población de estudio

Adultos entre 20 a 59 años usuarios de la Unidad de Medicina Familiar No. 1, delegación Aguascalientes.

13.4 Unidad de análisis

Usuarios entre 20 a 59 años pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 1, delegación Aguascalientes.

13.5 Criterios de selección

13.5.1 Criterios de inclusión

Usuarios de 20 a 59 años de edad, adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Delegación Aguascalientes, que acudan por cualquier motivo de consulta, que acepten participar en el estudio.

13.5.2 Criterios de no inclusión

- Mujeres embarazadas
- Usuarios que no firmarán el consentimiento informado.

13.5.3 Criterios de eliminación

Quienes contestaron menos del 60% total de la encuesta realizada, así como falta de voluntad para contestar la encuesta o retiro previo a la participación.

13.6 Tipo de muestreo

Se realizará un tipo de muestreo aleatorio simple, en los pacientes adultos hombres y mujeres entre 20 a 59 años, pertenecientes a la Unidad de Medicina Familiar No. 1 Delegación Aguascalientes.

13.7 Tamaño de la muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó el paquete estadístico EPI Info 6. Para estudios transversales comparativos mediante la aplicación de la fórmula de Fleiss, en base a los parámetros de un nivel de confianza del 95% y poder la muestra del 80%.

$$n = (Z\alpha)^2 (p)(q) / \delta^2$$

n = Tamaño de la muestra

Zα = Distancia de la media del valor de significancia propuesto, si la confianza es de 80% (α=95% y Zα =1.96)

δ² = Magnitud o precisión del error que se puede aceptar

p = Proporción de sujetos portadores del fenómeno de estudio, prevalencia.

q= 1-p complementario, sujetos que no tienen la variable en estudio. (37)

$$n = \frac{(1.96)^2 (.70)(0.3)}{(0.05)^2} = \frac{n=3.84 (.21)}{0.0025} / = \frac{n=8064}{0.0025} = 322.56$$

13.8 Logística

Posterior a la aprobación y autorización del comité local de investigación y ética, se acudió con la Directora de la Unidad de Medicina Familiar No. 1, Delegación Aguascalientes, explicando el objetivo de dicho estudio a realizar, así como sus especificaciones para poder llevarlo a cabo, ante la autorización del directivo, se permaneció en dicha unidad, es decir, la Unidad Médica de Medicina Familiar no.1, Delegación Aguascalientes, en turno matutino y vespertino, con la finalidad de poder entrevistar al sujeto de estudio y realizar la aplicación en tiempo y forma del instrumento, dirigiéndonos a ellos de manera asertiva con uso correcto de cubrebocas y careta,

explicando ampliamente el estudio a realizar, ante una respuesta positiva de su parte, se llevó a cabo la aplicación de alcohol en gel al 70%, con un lavado de 20 a 30 segundos establecido por la OMS, se inició con el previo consentimiento informado de forma voluntaria, posteriormente se otorgó el lápiz, tabla recolectora con el instrumento impreso y el entrevistador permaneció a una distancia considerable de acuerdo a los reglamentos sanitarios actuales, manteniendo atención ante cualquier duda, sugerencia o aclaración por parte del entrevistado. Posterior a completar la encuesta, nuevamente se aplicó alcohol en gel al 70%, se agradeció al entrevistado por su tiempo y disposición, se dió por finalizado dicho estudio y se procedió a la captura de la base de datos en el programa Excel y la realización del análisis estadístico.

13.9 Técnica de recolección de datos

Con previa autorización de comité de ética estatal y con folio de registro por el comité de Investigación, así como la realización de los permisos correspondientes con el director de la Unidad Medicina Familiar No.1, Delegación Aguascalientes. Se acudió a dicha unidad, con las medidas de protección sanitarias actuales (uso correcto de cubrebocas y careta) en busca de identificar la población de estudio de acuerdo a los criterios de inclusión, exclusión y eliminación, se le explicó la finalidad del estudio a realizar, ante una respuesta positiva de participar, se otorgó alcohol gel 70% para su aplicación correcta de acuerdo a la normatividad establecida por la OMS, se procedió a firmar el consentimiento informado voluntariamente, se otorgó lápiz y tabla recolectora con encuesta impresa en papel, se aplicó el instrumento, con una duración aproximada de 5 a 10 minutos, al finalizar, nuevamente se llevó a cabo la aplicación de alcohol gel al 70%.

13.10 Validación de instrumento

El instrumento seleccionado para este estudio es el Inventario de Depresión de Beck, segunda edición, emitido en 1996. El cual es un autoinforme que consta 21 items tipo likert, que evalúan la gravedad de los síntomas depresivo de las últimas dos semanas hasta el día de la aplicación del mismo. (38) midiendo una dimensión general de depresión con dos factores relacionados cognitivo – afectivo y somático – motivacional. Se realizó la adaptación y validación del instrumento para la población mexicana, por González D., Rodríguez A. y colaboradores. Dicha adaptación proveniente de la adaptación española realizada por Sanz y colaboradores, de la versión original creada por el psiquiatra Aarón Beck (1996). Con un índice de ajuste comparativo y un índice de

Tucker – Lewis de $>.95$, además de una raíz media cuadrada de error de aproximación de $<.06$, con un intervalo de confianza de 0.92 , de acuerdo con el contenido y la validez factorial ($M_s = 9.31$ y 9.82), es decir consistentes. (39) Para la población mexicana, se estableció una adecuada consistencia interna y validez convergente, con una estructura de análisis factorial exploratoria. (31)

13.10.1 Validez aparente

Fue llevada a cabo mediante un proceso de pilotaje en la Ciudad de México a estudiantes de licenciatura, observando relación entre lo que se explicaba y lo que se quería medir. La discriminación es considerada satisfactoria debido a que todos los ítems mostraron un buen índice de homogeneidad corregida. (31)

13.10.2 Validez de contenido

Esta fue realizada por un grupo de expertos de la Universidad Nacional Autónoma de México, verificando la traducción, el apego de lenguaje y legibilidad de 80, características psicométricas y la estructura factorial, con respecto al cuestionario original y la adaptación española. La operacionalización de las variables se encuentra en el ANEXO 2.

13.10.3 Validez convergente

Los valores presentaban límites aceptables de acuerdo con las convenciones de asimetría >3 , kurtosis > 10 . Con una consistencia interna de $.92$, respecto a la escala HADS de depresión fue 4.19 ($DE = 3.54$) y de ansiedad 6.34 ($DE = 3.74$); la escala de depresión ($r = .65$, $p < .001$) y la escala de ansiedad ($r = .71$, $p < .001$), es decir es reflejada la validez convergente.

13.10.4 Consistencia interna

La consistencia interna resultó satisfactoria para la muestra de población mexicana, con un factor general de 0.9 , así como los 2 factores que se relacionan de manera estrecha, obteniendo 0.85 para la dimensión cognitivo-afectivo y 0.78 para la dimensión somático-motivacional.

13.11 Plan de procesamiento y análisis de datos

13.11.1 Procesamiento de datos y análisis estadístico

Se llevó a cabo una base de datos en una hoja de Excel, para posteriormente llevar a cabo el análisis estadístico en el programa STATA versión 13. Para la estadística descriptiva en las variables cualitativas se utilizaron frecuencias y porcentajes, en las variables cuantitativas en caso de que los datos tuvieran un comportamiento normal, se utilizó la media como medida de tendencia central y la desviación estándar como dispersión, en caso contrario, se utilizó la mediana y los rangos intercuartílicos. Para el análisis bivariado se realizó una Chi cuadrada de Pearson y para el multivariado se realizó un análisis de regresión logística ordinal, ya que la variable dependiente se categorizó en bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad.

13.11.2 Recursos, financiamientos y factibilidad

El financiamiento total para la realización de este protocolo se llevó a cabo por la tesista. Con respecto al plan de trabajo solo se solicitó el empleo de terceras personas (Encuestadores) para la realización de las encuestas, el tesista se mantuvo en estrecho contacto con dicha persona para la entrega y recopilación de los cuestionarios aplicados. Debido a la necesidad de encuestador, el pago se llevó a cabo en efectivo, considerando \$50.00 pesos mexicanos por encuesta realizada, contemplando 8 horas al día 5 días a la semana, se expone la siguiente cantidad en la hoja de gastos.

Hoja de gastos

CATEGORIA	COSTO POR UNIDAD	CANTIDAD	COSTO TOTAL EN PESOS MEXICANOS
Laptop HP	\$ 12,000. 00 pesos (ya se cuenta con equipo)	1	\$12,000. 00 pesos
Cartucho de tinta B/N	\$400 pesos	1	\$400.00 pesos
Hojas blancas	\$85.00 pesos	1	\$85.00 pesos

tamaño carta	(paquete)		
Lapicero	\$ 10.00 pesos	10	\$100.00 pesos
Borrador	\$6.00	5	\$30.00 pesos
Memoria USG de 32 gb	\$95.00	1	\$95.00 pesos
Fotocopias B/N	\$ 0.30 centavos	400	\$120.00 pesos
Engrapadora	\$30.00 pesos	1	\$30.00 pesos
Grapas metálicas	\$15.00 pesos	2	\$30.00 pesos
Tabla recolectora de madera	\$20.00 pesos	2	\$40.00 pesos
Encuestador	\$4,025.00 pesos	4	\$16,100.00 pesos
Alimentos y bebidas	\$80.00 pesos	10	\$800.00 pesos
Cubre bocas	\$80.00	5	\$400.00 pesos
Careta	\$200.00	1	\$200.00 pesos
Alcohol en gel 70% de 750 ml	\$200	2	\$400.00 pesos
			\$31,830.00 pesos (treinta y un mil ochocientos treinta pesos)

13.12 Aspectos éticos

Debido al tipo de la naturaleza del estudio y considerando las variables estudiadas, nos debemos de apegar a las normas éticas, al Reglamento expuesto por la Ley General de Salud en materia de Investigación para la salud, descrita en los artículos 17 y 18. La Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial del año 1975 en donde el apartado de “Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas”, la Declaración de Tokio de la Asociación Médica Mundial en octubre de 1975, el Informe de Belmont creado en Estados Unidos de América en 1978, el código de Reglamentos Federales de Estados Unidos; y con respecto a las normas internacionales vigentes de las buenas prácticas de la investigación clínica, se le informará de manera oportuna a nuestros sujetos de estudios los motivos por los cuales se llevan a cabo dicho estudio así como los objetivos establecidos, considerando que la información que se nos brinde será de solo para fines del estudio y la investigación de este. De acuerdo con los lineamientos y política en materia de investigación presentes en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se invitará de manera voluntaria la firma del consentimiento informado

anexado por el participante e investigador, realizando hincapié que toda información proporcionada será confidencial y anónima, agregando la declaración de los principios en el Código de Nuremberg, en donde se llevará a cabo el respeto de los principios establecidos. El estudio por realizar es considerado sin riesgo para el sujeto debido a que no existirá procedimientos invasivos (artículo 17, fracción 11). Se anexó carta de consentimiento informado. (Anexo 4)

Si el sujeto llegase a presentar algún grado de puntaje para diagnóstico de Depresión o sintomatología depresiva, se orientará de forma individualizada el acudir a atención oportuna correspondiente (médica y/ o psicológica) de la Unidad de Medicina Familiar No. 1; ante la presencia de ideación suicida, se solicitará de manera inmediata y oportuna valoración por el servicio de Psiquiatría de la unidad correspondiente o su envío al servicio de Urgencias correspondiente.

14. RESULTADOS

En el siguiente apartado se presentan los resultados obtenidos de acuerdo con las variables sociodemográficas y tras la aplicación del instrumento Inventario de Depresión de Beck segunda edición con las variables principales.

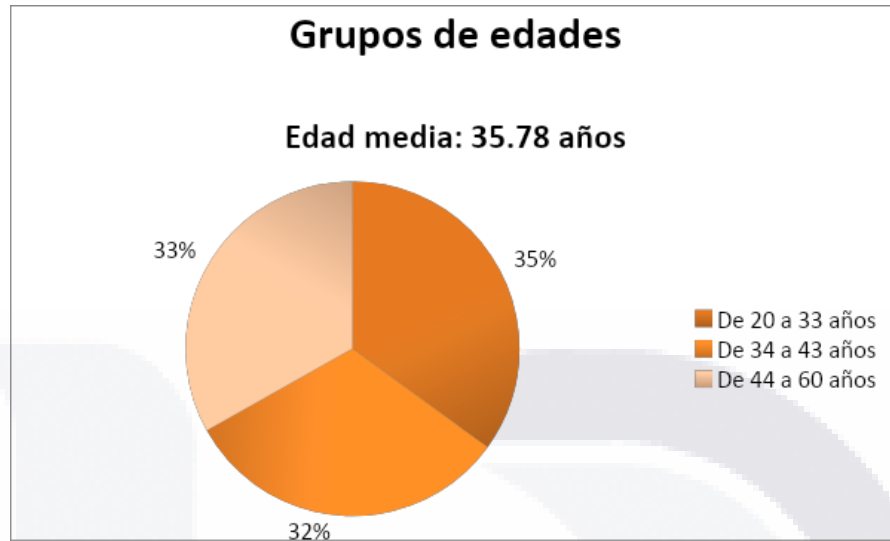
Tabla 1. Características Sociodemográficas de usuarios pertenecientes a la UMF No.1

Variable	n = 323	%
Edad en años (media ± DE)	35.78±11.28	
Grupos de edad (terciles)		
De 20 a 33 años	113	35.0
De 34 a 43 años	103	32.0
De 44 a 60 años	107	33.0
Sexo		
Masculino	122	37.7
Femenino	201	62.3
Nivel de Estudios		
Analfabeto	1	0.3
Analfabeto sin escolaridad	1	0.3
Primaria	10	3.1
Secundaria	32	9.9
Técnico profesional	15	4.6
Preparatoria	70	21.6
Profesional	156	48.5
Maestría	38	11.7

Variable	n = 323	%
Doctorado	0	0
Estado Civil		
Soltero(a)	173	53.6
Casado(a)	122	37.7
Unión libre	11	3.4
Divorciado	11	3.4
Viudo	6	1.9
Ocupación		
Trabajador(a) Profesionista	209	64.7
Estudiante	65	20.1
Dedicado(a) al hogar	20	6.2
Pensionado(a)	8	2.5
Jubilado(a)	8	2.5
Desempleado(a)	13	4.0

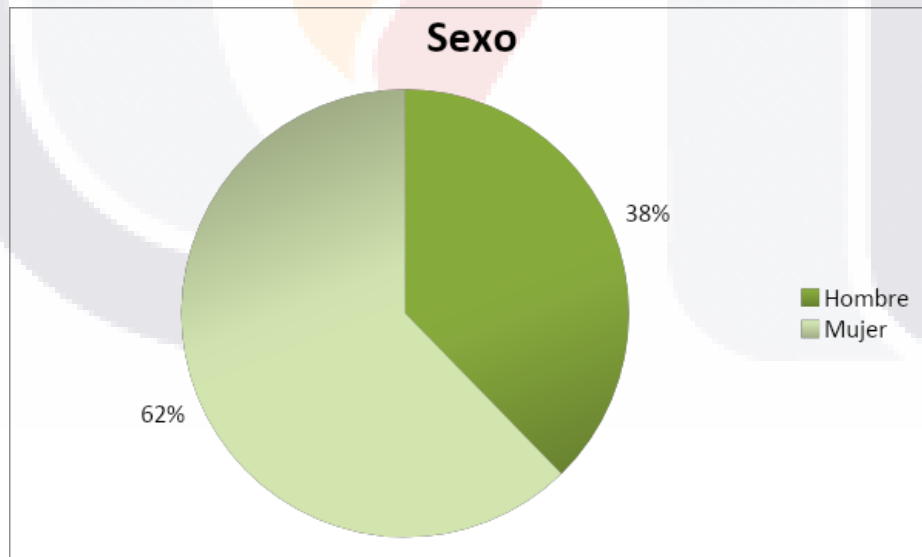
Tabla 1. En el presente estudio participaron un total de 323 usuarios pertenecientes a la UMF No.1 con un rango de edad de 20 a 59 años, dividiendo en terciles los grupos de edad reflejando porcentajes superiores al 30% en cada grupo, con un discreto predominio en el de 20 a 33 años (35.0%) y una edad media de 35.78 años con una desviación estándar de 11.28 años (grafica 1). Respecto al sexo de los participantes, el predominio es de mujeres con casi el 63% a diferencia de casi un 38% de hombres (grafica 2). En el nivel de estudios de los entrevistados, la categoría profesional es la de mayor frecuencia con un porcentaje cercano al 50%, seguido de preparatoria con alrededor del 20% y el resto de las categorías obtuvieron un porcentaje similar o menor al 10% (grafica 3). El estado civil con mayor prevalencia en el estudio es soltero (a) con más de 50%, sin embargo, casado (a) obtuvo alrededor del 40%, seguidos de unión libre y divorciado (a) con resultados menores al 5%, y siendo viudo (a) el de menor porcentaje con 1.9% (grafica 4). Dentro de los participantes la ocupación con mayor frecuencia fue trabajador (a) profesionista con más del 60%, en segundo lugar, es la categoría de estudiante con 20% y los restantes dedicado (a) al hogar, pensionado (a), jubilado (a) y desempleado (a) obtuvieron cifras menores al 10% (grafica 5).

Gráfica 1. Grupos de edad



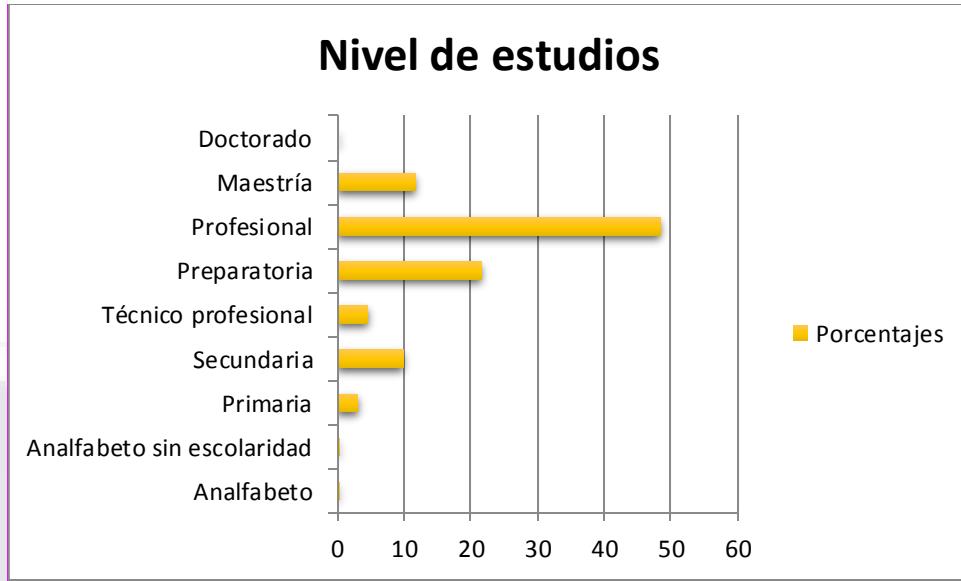
Gráfica 1. En la presente grafica se muestra una edad media de 35.78 años y una desviación estándar de 11.28 años, además de una distribución en terciles grupos de edades, con un porcentaje promedio mayor de 30% en cada grupo, sin embargo, el grupo de 20 a 33 años presenta un discreto predominio.

Gráfica 2. Distribución del sexo



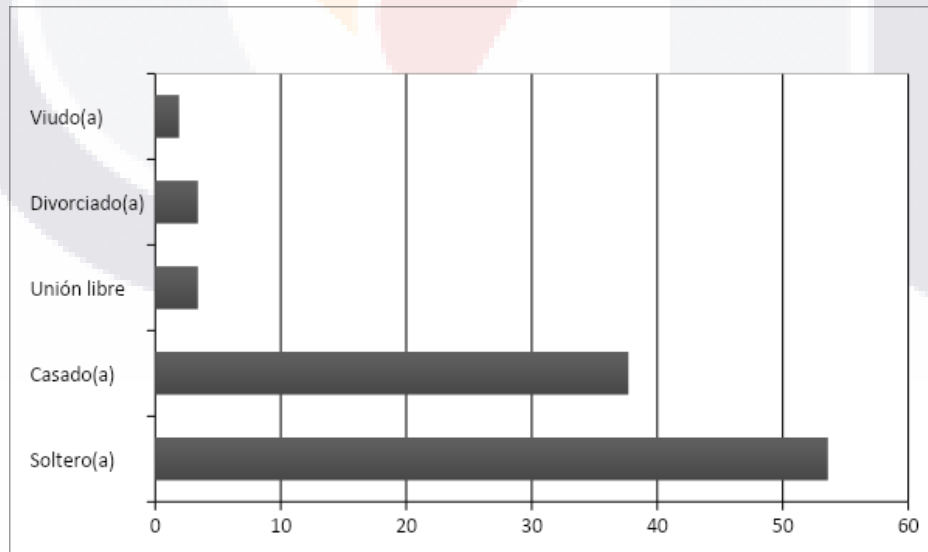
Gráfica 2. Respecto al sexo de los entrevistados, se observa la mayor frecuencia en mujeres con un porcentaje superior al 60% de los encuestados respecto a un menor del 40% de hombres.

Gráfica 3. Distribución del nivel de estudios



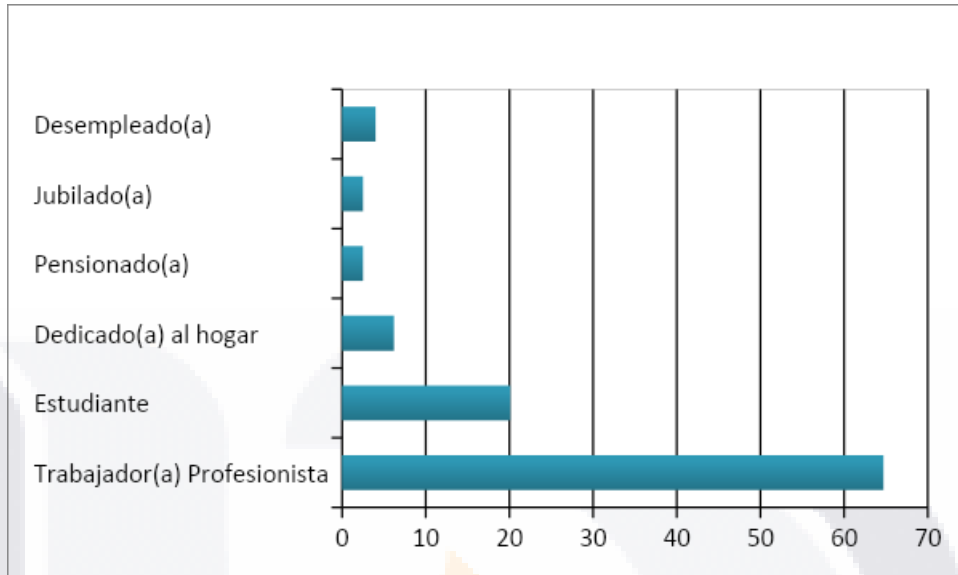
Gráfica 3. En el nivel de estudios se observa una prevalencia significativa en profesional con un resultado cercano al 50% de los encuestados, seguido de la preparatoria con cifras alrededor del 20%, y en donde el resto de las categorías presentan porcentajes cercanos o menores al 10%.

Gráfica 4. Distribución del estado civil



Gráfica 4. Con relación al estado civil, más del 50% de los entrevistados son solteros (as), continuando la categoría de casado (a) con alrededor del 40% y siendo el de menor porcentaje el estado civil viudo (a) con un resultado inferior al 2%.

Gráfica 5. Distribución de la ocupación

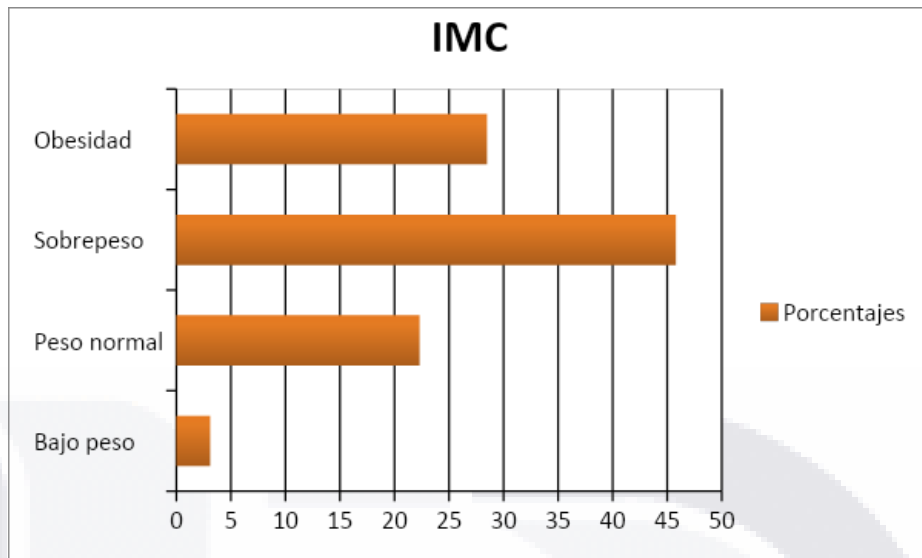


Gráfica 5. El mayor resultado de la ocupación de los participantes es de trabajador (a) profesionalista con un porcentaje mayor del 60% y los menores resultados que se obtienen es en pensionado (a) y jubilado (a), ambos con porcentajes menores del 3%.

Tabla 2. Características estado nutricio de usuarios de la UMF No.1

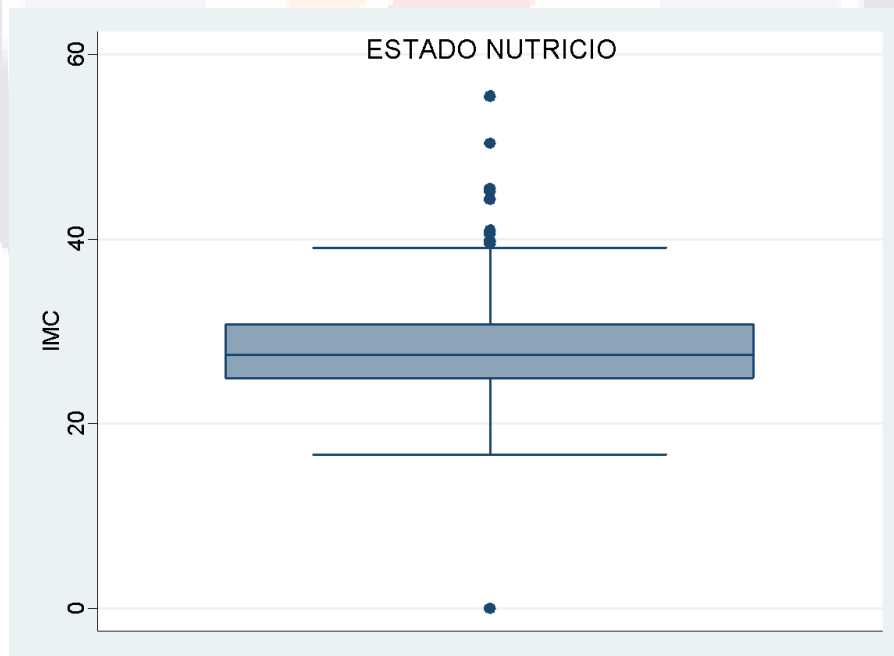
Variable	n = 323	%
IMC (media ± DE)	27.98.78±5.77	
Estado nutricio		
Bajo peso	11	3.1
Peso normal	72	22.3
Sobrepeso	148	45.8
Obesidad	92	28.48

En la tabla 2 las características del estado nutricio, se lleva a cabo mediante la medición del IMC, realizada a través de la aplicación de la fórmula de Quetelet, en este estudio el resultado de IMC medio es de 27.98 con una desviación estándar de 5.77 kg/m², el cual corresponde a la clasificación de sobrepeso, se identifica en la tabla cuatro categorías de clasificación: bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad, en el cual la clasificación de sobrepeso presenta un 45.8%, seguido de obesidad con 28.48%, posteriormente peso normal 22.3% y por último bajo peso con 3.1, (gráfica 6) Distribución del IMC



Gráfica 6. El IMC correspondiente al presente estudio, muestra la mayor prevalencia en sobrepeso con cifras superiores al 40%, la obesidad es la clasificación siguiente con porcentaje cercano al 30%, peso normal cuenta con alrededor del 20% y por último el bajo peso con 3.1%.

Gráfica 6. Distribución del estado nutricional



Gráfica 7. En la presente gráfica del estado nutricional, se observa una distribución simétrica de los datos en donde al menos 75% de los participantes cuentan con un IMC mayor de 20, con una mediana cercana al 30, con un punto mínimo menor a 20 y un máximo cercano al 40.

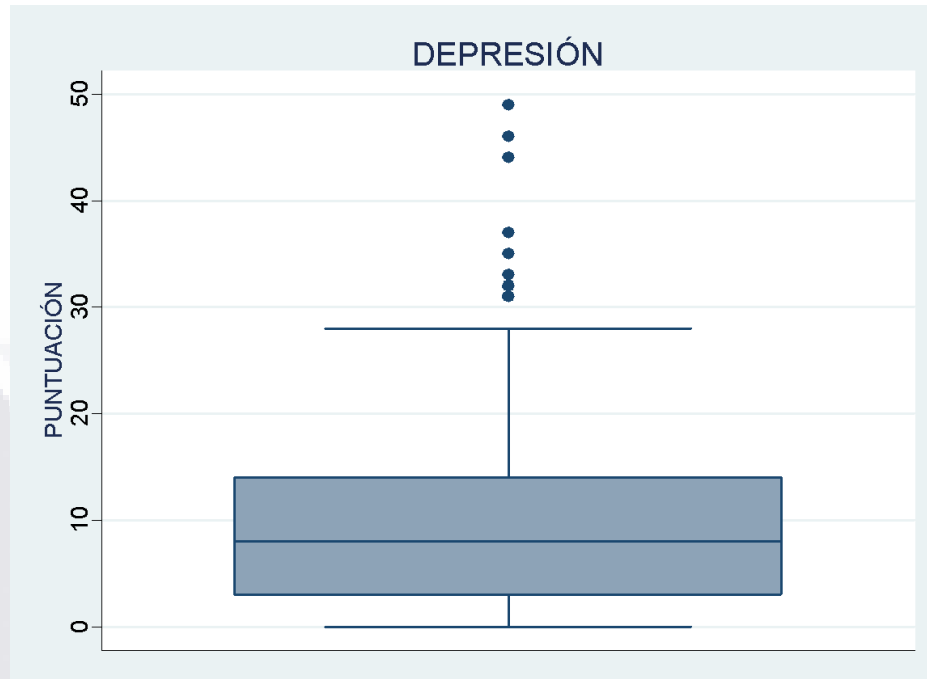
Respecto al estado nutricional, se muestra que en su mayoría el sobrepeso es la clasificación del IMC predominante con cifras cercanas al 50%, seguido de la de obesidad con alrededor del 30%, y por último el peso normal y bajo peso, los que representan el menor porcentaje de la población en estudio, con esto se observa que tanto sobrepeso como obesidad son predominantes, las cuales son las variables dependientes del presente estudio.

Tabla 3. Características de depresión en usuarios de la UMF No.1

Variable	n = 323	%
Depresión (media ± DE)	9.6.78±8.06	
Niveles de depresión		
Depresión mínima	236	73.1
Depresión leve	54	16.7
Depresión moderada	24	7.4
Depresión severa	9	2.8

Tabla 3. Se identifican las características de depresión en los usuarios de la UMF No.1, observándose una media de 9.67 con desviación estándar de 8.06 puntos, la depresión mínima (n=236) es la que presenta mayor prevalencia con 73.1%, la depresión leve muestra un porcentaje de 16.7% situándola en la segunda mayor prevalencia, y por último siendo la depresión moderada y severa las que obtienen menor porcentaje en el estudio con cifras menores al 10%.

Gráfica 7. Puntajes de la escala de depresión



Gráfica 8. La grafica actual muestra los resultados en puntuaciones obtenidas mediante la aplicación del Instrumento Inventario de Depresión de Beck segunda edición, donde se observa una distribución asimétrica positiva con una mediana cercana a 10 y un sesgo positivo, en el cual la puntuación predominante fue la establecida por la depresión mínima con más del 70%, seguida de la depresión leve con 16.7% y menor la depresión severa con un porcentaje inferior al 3%.

Tabla 4. Factores sociodemográficos y su relación con el estado nutricional.

Variables	Bajo peso Frecuencia %	Peso normal Frecuencia %	Sobrepeso Frecuencia %	Obesidad Frecuencia %	Total Frecuencia %	Valor p
Edad						
De 20 a 33 años	7 (6.2)	31 (27.4)	49 (43.4)	26 (23.0)	113 (100)	0.06
De 34 a 43 años	1 (1.0)	25 (24.3)	49 (47.5)	28 (27.2)	103 (100)	
De 44 a 60 años	3 (2.8)	16 (14.9)	50 (46.8)	38 (35.5)	107 (100)	
Total	11 (3.4)	72 (22.3)	148 (45.8)	92 (28.5)	323 (100)	
Sexo						
Masculino	1 (0.8)	16 (13)	53 (43.4)	52 (42.6)	122 (100)	0.0
Femenino	10 (5)	56 (28)	95 (47.3)	40 (20)	201 (100)	

Variables	Bajo peso Frecuencia %	Peso normal Frecuencia %	Sobrepeso Frecuencia %	Obesidad Frecuencia %	Total Frecuencia %	Valor p
Educación						
Analfabeto	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)	0.7
Analfabeto sin escolaridad	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	
Primaria	0 (0.0)	3 (30.0)	3 (30.0)	4 (40.0)	10 (100.0)	
Secundaria	1 (3.1)	7 (21.9)	14 (43.8)	10 (31.2)	32 (100.0)	
Técnico profesional	0 (0.0)	2 (13.3)	8 (53.7)	5 (33.0)	15 (100.0)	
Preparatoria	5 (7.1)	15 (21.4)	28 (40.5)	22 (31.0)	70 (100.0)	
Profesional	5 (3.2)	40 (25.6)	75 (48.1)	36 (23.1)	156 (100.0)	
Maestría	0 (0.0)	5 (13.2)	19 (50.0)	14 (36.8)	38 (100.0)	
Doctorado	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (100.0)	
Total	11 (3.4)	72 (22.3)	148 (45.8)	92 (28.5)	323 (100.0)	
Estado civil						
Soltero(a)	9 (5.2)	49 (28.3)	74 (42.8)	41 (23.7)	173 (100.0)	0.06
Casado(a)	2 (1.6)	20 (16.4)	62 (51.0)	38 (31.0)	122 (100.0)	
Unión libre	0 (0.0)	2 (18.2)	6 (54.5)	3 (27.3)	11 (100.0)	
Divorciado	0 (0.0)	1 (9.1)	3 (27.3)	7 (63.6)	11 (100.0)	
Viudo	0 (0.0)	0 (0.0)	3 (50.0)	3 (50.0)	6 (100.0)	
Total	11 (3.4)	72 (22.3)	148 (45.8)	92 (28.5)	323 (100.0)	
Ocupación						
Profesionista	5 (2.4)	45 (21.5)	93 (44.5)	66 (31.6)	209 (100.0)	0.2
Estudiante	3 (4.6)	20 (30.8)	29 (44.6)	13 (20.0)	65 (100.0)	
Hogar	2 (10.0)	4 (20.0)	10 (50.0)	4 (20.0)	20 (100.0)	
Pensionado(a)	0 (0.0)	0 (0.0)	7 (87.5)	1 (12.5)	8 (100.0)	
Jubilado(a)	0 (0.0)	1 (12.5)	5 (62.5)	2 (25.0)	8 (100.0)	
Desempleado(a)	1 (7.7)	2 (15.4)	4 (30.7)	6 (46.2)	13 (100.0)	
Total	11 (3.4)	72 (22.3)	148 (45.8)	92 (28.5)	323 (100.0)	

Tabla 4. Se muestra la distribución de frecuencia en porcentajes de los factores sociodemográficos y su relación con el estado nutricional de los participantes en el estudio, dividiendo en 4 categorías: bajo peso, peso normal, sobrepeso y obesidad, observándose que la categoría predominante es el sobrepeso con 45.8% de frecuencia y un valor de p de 0.06, la edad se encuentra dividida en terciles, respecto al grupo de 20 a 33 años, la mayor frecuencia se observa en sobrepeso con 43.4%, en los siguientes grupos de 34 a 43 años y 44 a 60 años las mayores frecuencias también se presentan en el sobrepeso con 47.5% y 46.8% respectivamente. Respecto a la variable de sexo, la categoría hombre muestran las frecuencias superiores a los 40% en obesidad y sobrepeso, siendo esta última la de mayor frecuencia con 43.4%, así como en la categoría mujer, de igual manera lo obtenido en sobrepeso con 47.3%, presentando un resultado estadísticamente significativo con un valor de p de 0.00. La variable educación de los participantes, la categoría profesional es la de mayor frecuencia con un total con 156 participantes, es en sobrepeso donde la frecuencia es identificada mayor con 48.1%, seguida de preparatoria

con mayor frecuencia el sobrepeso con 40.5%, también sobrepeso obtuvo las mayores frecuencia en las siguientes categorías secundaria 43.8%, técnico profesional 53.7% y maestría 50%, a diferencia de primaria con 40% en obesidad, las categorías analfabeto y analfabeto sin escolaridad, solo se obtuvo un participante de cada categoría donde la mayor frecuencia que se identifica es en obesidad con 100% y sobrepeso 100% respectivamente, por último no se contó con ningún participante cuyo nivel de estudios fuese doctorado, identificando un 0% de distribución de frecuencia. Respecto al estado civil el de mayor frecuencia total con 173 participantes, es la categoría de soltero (a) con sobrepeso identificando una distribución de frecuencia de 42.8%, le siguen también con sobrepeso las categorías de casado (a) y unión libre con 51% y 54.5% de frecuencia respectivamente, de forma similar viudo (a) con la variable de sobrepeso de 50%, además, comparte mismo porcentaje en frecuencia con obesidad, y por último de la misma manera divorciado cuya mayor frecuencia es de obesidad con 63.6%, sin embargo, ninguno de los resultados anteriores es estadísticamente significativo ya que muestran un valor de 0.06. Por último la variable ocupación, tampoco es estadísticamente significativa debido a presentar un valor p de 0.2, la distribución de frecuencias que se muestran en estas categorías son superiores a los 40% cada una de ellas en sobrepeso, siendo profesionista la de mayor número de participantes en el presente estudio con 209, representando 44.5%, le siguen estudiante con 44.6%, hogar 50%, pensionado (a) 87.5%, jubilado (a) 62.5%, la única categoría en donde se identificó la mayor frecuencia en obesidad fue en desempleado (a) con 46.2%.

Tabla 5. Niveles de depresión y su relación con el estado nutricional.

Variables	Bajo peso Frecuencia %	Peso normal Frecuencia %	Sobrepeso Frecuencia %	Obesidad Frecuencia %	Total Frecuencia %	Valor p
Depresión mínima	6 (2.5)	5 (9.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	11 (3.4)	.2
Depresión leve	52 (22.0)	13 (24.7)	3 (12.0)	4 (44.4)	72 (22.4)	
Depresión moderada	109 (46.2)	22 (40.8)	13 (54.0)	4 (44.4)	148 (45.8)	
Depresión severa	69 (29.3)	14 (25.0)	8 (34.0)	1 (11.2)	92 (28.4)	
Total	236 (100-0)	54 (100-200)	24 (100-400)	9 (100-960)	323 (100)	

x² de Pearson

Tabla 5. En esta tabla se observan las frecuencias cruzadas para los niveles de obesidad y depresión, se obtuvo que con un 95 % de confianza estas tienen una distribución uniforme entre cada categoría. Por lo que no se muestra ninguna correlación entre estas dos variables comparando sus respectivas escalas.

Tabla 6. Características sociodemográficas y su asociación con el índice de masa corporal (variable ordinal)

Variable	Razón de Momios Ordinal (crudos)	IC 95%	Valor p
Edad			
De 20 a 33 años	1.00		
De 34 a 43 años	1.43	0.87 – 2.36	0.15
De 44 a 60 años	2.1	1.27 – 3.46	0.004
Sexo			
Masculino	1.00		
Femenino	0.33	0.21 – 0.55	0.0
Estado civil			
Soltero(a)	1.00		
Casado(a)	1.82	1.17 – 2.81	0.007
Unión libre	1.66	0.54 – 5.02	0.37
Divorciado	6.20	1.76 – 21.73	0.004
Viudo	4.42	0.97 – 20.16	0.054
Ocupación			
Profesionista	1.00		
Estudiante	0.55	0.32 – 0.93	0.02
Hogar	0.59	0.25 – 1.40	0.23
Pensionado(a)	1.04	0.32 – 3.37	0.93
Jubilado(a)	1.09	0.31 – 3.82	0.88
Desempleado(a)	1.51	0.49 – 4.61	0.46

Tabla 6. En esta tabla se expresa las características sociodemográficas y su asociación con el índice de masa corporal el cual es la variable ordinal, el grupo de edad de referencia es de 20 a 33 años, se identificó asociación en el grupo de pacientes entre 44 a 60 años con OR 2.1 (1.27 – 3.46), lo que indica que los pacientes entre dicho rango de edad tienen 2.1 veces más de probabilidad de tener sobrepeso en comparación con el resto. Respecto al sexo de los participantes, se encontró una asociación significativa positiva, siendo hombre la categoría de referencia y la opuesta (mujer) identificando OR 0.33 (0.21 – 0.55). Otra variable es el estado civil siendo de referencia soltero (a), en donde las categorías que se identificó asociación fueron casado (a) con 1.82 (1.17 –

2.81), indicando que los (as) casados (as) tienen 1.82 veces más probabilidad de tener sobrepeso que los solteros, de la misma manera los (as) divorciados (as) con 6.20 (1.76 – 21.73), es decir, tienen 6.20 más veces de tener sobrepeso que las personas solteras, unión libre y viudo, fueron categorías cuyo resultados no se identificaron estadísticamente significativos debido a que los resultados presentados son ORa 1.66 (0.54 – 5.02) y 4.42 (0.97 – 20.16) respectivamente con valor de $p > 0.05$.

Para la variable de ocupación, la categoría de referencia fue profesionista, en esta variable no se identificó asociación en ninguna de las categorías presentando un ORa de la siguiente forma: estudiante 0.55 (0.32 – 0.93), hogar 0.59 (0.25 – 1.40), pensionado (a) 1.04 (0.32 – 3.37), jubilado (a) 1.09 (0.31 – 3.82), desempleado (a) 1.51 (0.49 – 4.61), aunado a estos resultados, es también el valor de p que se mostró > 0.05 , lo que representa un riesgo no estadísticamente significativo.

Tabla 7. Niveles de depresión y su asociación con el índice de masa corporal (variable ordinal)

Variable	Razón de Momios Ordinal (crudos)	IC 95%	Valor p
Edad			
Depresión mínima	1.00		
Depresión leve	0.68	0.39 – 1.21	0.19
Depresión moderada	1.46	0.68 – 3.14	0.32
Depresión severa	0.42	0.12 – 1.38	0.15

Tabla 7. En la presente tabla, se muestra los niveles de depresión y su asociación con el índice de masa corporal, representados con razón de momios ordinal, un IC 95% además de un valor $p < 0.05$, la depresión mínima es el grupo de referencia, las categorías identificadas son depresión leve, moderada y severa, con un OR 0.68 (0.39 – 1.21), 1.46 (0.68 – 3.14) y 0.42 (0.12 – 1.38) y un valor p 0.19, 0.32 y 0.15 respectivamente, por lo anterior cada una de ellas presentó un valor de p superior al 0.05 siendo un riesgo no estadísticamente significativo.

Tabla 8. Variables asociadas al índice de masa corporal

Factores	Razón de Momios ordinal ^a	IC 95% Razón de Momios Ordinal

Niveles de depresión		
Depresión mínima	1.00	
Depresión leve	0.83	0.47 – 1.47
Depresión moderada	1.71	0.78 – 3.72
Depresión severa	0.54	0.16 – 1.82
Género		
Masculino	1.00	
Femenino	0.33	0.21 – 0.52
Prueba para Odds proporcionales: $\chi^2=29.07$, valor $p=0.0$		
Bondad de ajuste del modelo (Likelihood Ratio):-361.75 $\chi^2= 161.89$, $gl=4$, valor $p=<0.001$, Pseudo $R^2 = 0.0386$		

^aRazón de Momios, ajustada. Modelos de regresión logística ordinal.

Tabla 8. La actual tabla muestra los resultados posteriores a la regresión logística ordinal respecto a las variables de los niveles de depresión, con razón de momios ordinal ajustada, IC 95% y valor $p = < 0.001$, la depresión mínima fue la categoría de referencia, la depresión leve con ORa de 0.83 (0.47 – 1.47), es decir, no existe asociación estadísticamente significativa, de la misma manera, la depresión moderada con 1.71 (0.78 – 3.72) y por último la depresión severa con 0.54 (0.16 – 0.52), en donde tampoco se identifica asociación estadísticamente significativa, además de presentar los valores previamente descritos de ORa, no se identifica valor de $p = < 0.001$, siendo este significativo para la variable de niveles de depresión. La siguiente variable, sexo, es hombre la categoría utilizada como referencia, en donde la categoría mujer presenta ORa 0.33 (0.21 - 0.52) y un valor de $p = < 0.001$ por lo que se identifica estadísticamente significativa para el presente estudio.

15. DISCUSIÓN

En el presente estudio se trató de encontrar la existencia de asociación entre depresión y el sobrepeso y la obesidad en usuarios de 20 a 59 años de la Unidad de Medicina Familiar No.1 Delegación Aguascalientes.

De acuerdo a los reportes de ENSANUT 2018-2019, México cuenta con alrededor de 20% de la población mexicana mayores de 20 años con sintomatología depresiva moderada a severa, siendo más elevada 1.8 veces en mujeres que en hombres. De la misma manera se presenta en el estado de Aguascalientes con el grado de depresión y el predominio en la mujer con 1.7 veces más. (29)

En México, el diagnóstico de sobrepeso y la obesidad, se encuentra una mayor prevalencia con 52.14% en el grupo de edad de 25 a 44 años, siendo una vez más las mujeres quienes acude más frecuentemente a atención médica ambulatoria y hospitalaria. (3) (29)

En el presente estudio, los datos reportados son similares a la prevalencia nacional y estatal, en donde respecto a la descripción sociodemográfica de la población en estudio el 62.3% son mujeres, es decir, son quienes acuden con más frecuencia a la atención médica ambulatoria, cabe considerar que el 53.26% de la población de la UMF No.1 son mujeres y el 46.73% son hombres en una edad entre 20 a 59 años, la edad media del presente estudio fue de 35.78 años con una desviación estándar de 11.28 años, el grupo de edad al ser dividido en terciles, el grupo de 20 a 33 años fueron los discretamente predominantes con un 35%, sin embargo, los porcentajes obtenidos de cada uno de los grupos fueron superiores a 30% con 34 a 43 años 32% y el grupo de 44 a 59 años de 33%, estos resultados pueden ser comparativos con los datos reportados por ENSANUT 2018-2019 y el informe de salud de los mexicanos del 2015. (29) (34)

El 53.6% de los participantes en el estudio son solteros, seguidos de 37.7% de casados. Respecto al nivel de estudios, el 48.5% son profesionistas y un 21.6% son estudiantes de preparatoria, el 0.3% de los participantes fueron analfabetas (n=1) o analfabetas sin escolaridad (n=1), no se identificó ningún participante con doctorado (n=0). La ocupación que presentó mayor porcentaje en los encuestados fue trabajador (a) profesionista (n=209) con el 64.7%, seguido de estudiante con 20.1% y con los menores porcentajes obtenidos se identificaron en las categorías de jubilado (a) (n=8) y pensionado (a) (n=8) con 2.5%. Respecto a las características del estado nutricional, el sobrepeso, seguido de la obesidad, fueron las clasificaciones con mayores porcentajes en el estudio con 45.8% y 28.48% respectivamente. De acuerdo a las características de depresión presentada en los usuarios de la UMF no.1, se observó un puntaje promedio de 9.67 con una desviación estándar de 8.06 puntos, fueron cuatro los niveles que se mostraron en el presente estudio, siendo la depresión mínima (n=236) cuyo puntaje fue el predominante con un 73.1%, le sigue la depresión leve con 16.7%, posteriormente la depresión moderada con 7.4% y depresión severa con 2.8%. En el estudio, se observa una prevalencia en mujeres con sobrepeso de 47.3% y de obesidad de 20%, así como en el rango de edad total con 45.8%, cifras similares a los datos reportados a nivel nacional, sin embargo, respecto a

los hombres, estas fueron superiores a la prevalencia nacional con un 43.4% en sobrepeso y 42.6% en obesidad, identificando en los resultados una asociación positiva en el sexo de mujer con el estado nutricional 0.33 (0.21 – 0.55), lo cual indica que las usuarias mayores de 20 años tienen mayor probabilidad de presentar sobrepeso. También se obtuvieron tres asociaciones positivas en tres determinantes sociodemográficas con el índice de masa corporal, la primera es en el grupo de edad de 44 a 60 años con ORa de 2.1 (1.27 – 3.46), en el estado civil se observa asociación positiva con dos categorías, la primera casado (a) con un ORa de 1.82 (1.17 – 2.81) y divorciado (a) con un ORa de 6.20 (1.76 – 21.73). En cuanto los niveles de depresión y su asociación con el índice de masa corporal la cual es la variable ordinal, no se encontró asociación en ningún nivel de depresión puesto que el valor de p se reportó >0.05 además de IC 95% fuera de rango aceptables.

Simon y colaboradores mediante un estudio en busca de asociación entre la obesidad y la depresión en mujeres, a través de una regresión logística, los resultados reflejaron la mayor prevalencia de depresión en pacientes cuyo índice de masa corporal era más elevado, por lo cual concluyeron el aumento de la sintomatología depresiva se asociaba positivamente a un IMC más alto, peso normal OR 3.83 (IC 95% 1.89 – 7.76), sobrepeso con un OR 4.40 (2.21 – 8.78) y obesidad con OR 4.95 (3.47 – 7.05), sin embargo, no solo dicha variable se limitaba a la existencia de la depresión, lo cual en este estudio no se identificó dicha asociación, que a pesar, que los resultados en prevalencia fueron mayor en mujeres y con sobrepeso seguido de obesidad, no se encontró una asociación estadísticamente significativa. (4)

Miranda y colaboradores realizaron un estudio en personas con una edad promedio de 37.34 años, en busca de asociación entre la obesidad y la depresión, además del género, por medio de regresión logística, concluyeron la existencia de asociación significativa entre ambas variables con un OR de 2.00 (IC 95% 1.65 – 2.41), el resultado no fue similar al obtenido en este estudio, debido a que no identificó dicha asociación, sin embargo, si se identificó un predominio en mujeres, de la misma forma que en el citado estudio. (11)

15.1 Sesgos y limitaciones

Respecto al instrumento utilizado, cuenta con validez y confiabilidad aceptables, sin embargo, considera los últimos 15 días y el día de la aplicación para la sintomatología depresiva.

Otra limitación del presente estudio es el tamaño de la población, el sexo, en este estudio el predominio fue de mujeres y también la edad contemplada, lo cual puede llegar a generar problemas de validez externa debido a la restricción de una población más extensa.

15.2 Recomendaciones del estudio

Se recomienda promover el diagnóstico y el tratamiento de Depresión, así como su derivación oportuna a los servicios correspondientes (psicología, medicina familiar, psiquiatría)

Se recomienda promover la investigación y tratamiento psicosocial del sobrepeso y la obesidad para otorgar una atención de mejor calidad y con aspecto integral.

Se recomienda un tamaño de muestra superior, así como el rango de edades establecidas, para la mejora de parámetros de la población.

Recomendaciones para los servicios de salud

Se recomienda promover acudir a atención médica ante la presencia de sintomatología depresiva, con la finalidad de diagnosticar, clasificar e iniciar tratamiento especializado de manera oportuna.

Se recomienda promover la estandarización del IMC y en particular el sobrepeso y la obesidad en la población en general, para ser diagnóstica y tratada como lo que es, una enfermedad.

Se recomienda dar a conocer los hábitos de alimentación saludables a la población, a través de programas institucionales para prevenir o disminuir el sobrepeso y la obesidad.

Se recomienda derivar de manera oportuna al servicio de nutrición aquellos usuarios que se encuentren con IMC elevado aún sin contar con otra patología de base y a todos aquellos que deseen otra orientación especializada en hábitos de alimentación.

16. CONCLUSIONES

Se valoró la distribución y frecuencia de la población de estudio con respecto a la depresión y el estado nutricional.

Se evaluó la fuerza de asociación de depresión y el sobrepeso y la obesidad en usuarios de 20 a 59 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No.1, Delegación

Aguascalientes, en este estudio no se encontró asociación estadísticamente significativa entre las variables principales, sin embargo, cabe mencionar que el 73.1% presenta depresión mínima, seguida de 16.7% con depresión leve, es decir, más del 70% de la población en estudio cuenta con algún grado de depresión actualmente. Así mismo, el índice de masa corporal con mayor prevalencia en el estudio son el sobrepeso y la obesidad con un 45.8% y 28.48% respectivamente, apoyando a la literatura actual, la presencia de estas clasificaciones en un porcentaje relevante de la población, además de encontrar asociación significativa en este estudio identificada en el índice de masa corporal y el sexo, lo anteriormente expresado, toma particular interés ante la posibilidad de desarrollar estrategias que permitan identificar y ampliar áreas de oportunidades en estas dos patologías que se encuentran a la alza y con importancia actual a nivel mundial.

17. GLOSARIO

Asociación: es una medida utilizada para estimar la magnitud o vínculo con la que dos o más variables pueden relacionarse.

Depresión: conjunto de alteraciones secundarias a factores sociales, psicológicos y biológicos que repercuten en el día a día en la persona que lo padece, llegando a generar disfunción en diversas circunstancias y creando susceptibilidad a presentar mayores episodios de depresión, así como intensidad de estos.

Estudio transversal: tipo de estudio estadístico que recolecta datos en un determinado periodo de tiempo obtenidos en una muestra de una población con características similares por ejemplo sociodemográficas y mediante variable (s) la cual (es) no cambian a través del estudio.

IMC (Índice de Masa Corporal): es una razón matemática aceptada obtenida de la división del peso en kilogramos por la estatura en metros cuadrados, útil para estimar cantidad masa corporal en un individuo, sin embargo, no es exacta ante la ausencia de evaluación de otros factores como edad, sexo, etc, a pesar de esto, es la fórmula matemática más utilizada para la medición de peso.

Obesidad: acumulación anormal de grasa, reflejado en aumento de peso, con un IMC igual o mayor de 30 kg/m², que puede ser perjudicial para la salud del individuo.

OR (odds ratio): es una medida estadística que puede ser utilizar en diversos estudios epidemiológicos, la cual define la posibilidad de que una condición se presente un grupo de población ante el riesgo que ocurra en otro.

Prevalencia: es la proporción de individuos de un grupo en la cual presentan una característica determinada en un tiempo determinado.

Regresión logística: es un tipo de análisis que puede ser utilizado para predecir el resultado de una variable categórica en función de variables predictoras o independientes.

Sobrepeso: acumulación anormal de grasa, reflejado en aumento de peso, con un IMC de 25.0 a 29.9 kg/m², que puede ser perjudicial para la salud del individuo.

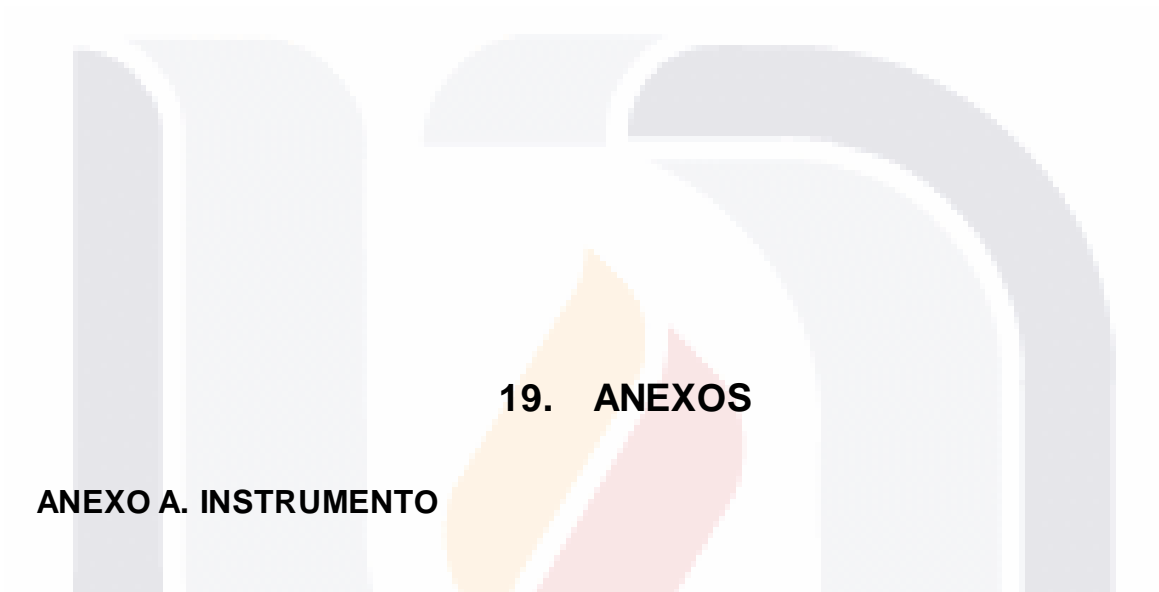
Variable: es una magnitud de un valor que puede o no estar determinado por otro valor (variable), las cuales pueden tener una clasificación numérica, categóricas, etc. es decir, cuantitativas o cualitativas, cuyas características y propiedades adquieren distintos valores de acuerdo con lo observado.

18. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. American Psychiatric Association. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 2014. <https://www.who.int/topics/depression/es/>.
2. Simon GE, Ludman EJ. Association between obesity and depression in middle-aged women. Gen Hosp Psichiatr. 2008;30:32–9.

2. Cui J, Xiufen S. Association Between Different Indicators of Obesity and Depression in Adults in Qingdao, China: A Cross-Sectional Study. *Front Endocrinol (Lausanne)*. 2018;1(549).
4. INEGI. principales resultados del censo de población y vivienda 2010. 2010.
5. Rejeski JW, Lang W, Neiberg RH. Correlates of Health-Related Quality of Life in Overweight and Obese Adults with Type 2 Diabetes. *Obesity*. 2006;14(5):870–83.
6. Lazarevich I, Irigoyen Camacho ME. Relationship among obesity, depression, and emotional eating in young adults. *Appetite*. 2016;107:639–44.
7. Abbas A, Nasir H. Assessment of Depression as Comorbidity in Diabetes Mellitus Patients using Beck Depression Inventory II (BDI II) Scale. No Title. *J Young Pharm*. 2015;7(3):206–16.
8. Hawkins J, Watkins D. Identifying subgroups of Black, Hispanic and Asian men at increased risk for comorbid depression and overweight or obesity. *Prev Med Reports*. 2018;12:268–70.
9. Miranda T, Villalta D. ASOCIACIÓN ENTRE OBESIDAD Y DEPRESIÓN: INFLUENCIA DEL GÉNERO, LA EDAD, EL GRADO DE ADIPOSIDAD Y LA ACTIVIDAD FÍSICA. *Rev venezolana Endocrinol y Metab*. 2019;17(2).
10. Aguirre Baztán A. Antropología de la depresión. *Rev Mal-estar E subjetivade*. 2008;III(3):563–601.
11. Vazquez González FL, Otero Otero P. Etiología de la depresión: modelos conductuales y cognitivos. In: *Guía de Intervención de la depresión*. 2019. p. 38–49.
12. Abramson LY, Alloy BL. Teoría de la depresión por desesperanza: aportes recientes. *Rev Psicopatología y Psicol clínica*. 1997;2(3):211–22.
13. Vazquez C, Hervás G. MODELOS COGNITIVOS DE LA DEPRESIÓN: UNA SÍNTESIS Y NUEVA PROPUESTA BASADA EN 30 AÑOS DE INVESTIGACIÓN. *Behav Psychol / Psicol Conduct*. 2010;18(1):139–65.
14. Beck AT, Haigh EA. Advance in cognitive theory and therapy: the generic cognitive model. *Rev Clin Psychol*. 2014;10:1–24.
15. Wright HJ, Beck AT. Cognitive Therapy of Depression: Tehory and Practice. *Hosp community psychiatry*. 1983;34(12):1120–7.
16. Díaz Villa BA, González González C. Actualidades en la neurología de la depresión. *Rev Latinoam Psiquiatr*. 2012;11(3):106–15.
17. CENETEC. Guía práctica clínica: Diagnóstico y tratamiento del trastorno depresivo en el adulto. 2015.
28. CENETEC. tratamiento de la depresión en atención primaria. 2011.
29. Luckie D A, Cortés V F. Obesidad: trascendencia y repercusión médico-social. *Rev Espec Médico-Quirúrgicas*. 2009;14(4):191–201.
30. Secretaría de Gobernación. NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2017, para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. 2018.
31. CENETEC. Guía de práctica clínica: prevención, diagnóstico y tratamiento del sobrepeso y la obesidad exógena. 2012.
32. González Jiménez E, Aguilar Cordero MJ. Leptina: un péptido con potencial terapéutico en sujetos obesos. *Endocrinol Nutr*. 2010;57(7):322–7.

- TESIS TESIS TESIS TESIS TESIS
33. Suárez Carmona W, Sanchez Oliver AJ. Fisiopatología de la obesidad: Perspectiva actual. *Rev Chil Nutr.* 2017;44(3).
 34. Rivera Dommarco JÁ, Hernández Ávila M. Obesidad en México: recomendaciones para una política de estado. 2013.
 35. <https://www.bbc.com/news/health-18770328#G1A24H1.58W42C167>.
 36. Booth M, Hunter C. The relationship between body mass index and waist circumference: implications for estimates of the population prevalence of overweight. *Int J Obes.* 2000;24:1058–61.
 37. Secretaría de Salud. Encuesta nacional de salud y nutrición. 2018.
 38. INEGI. Principales resultados del censo de población y vivienda 2015. 2015;
 39. González DA, Reséndiz-Rodríguez A. Adaptation en BDI-II in Mexico. *Salud Ment.* 2015;38(4):237–44.
 40. Sanz J, Perdigón AL. Adaptación española del inventario para la depresión de Beck-II (BDI-II): 2 Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud.* 2003;14(3):249–80.
 41. Secretaría de Salud. PROGRAMA SECTORIAL DERIVADO DEL PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2019-2024. 2020.
 42. Sistema nacional de vigilancia epidemiológica. Boletín epidemiológico. 2020.
 43. Secretaría de Salud. Ley General de Salud. 2007.
 44. Secretaría de Salud. Norma oficial mexicana NOM-024-SSA2-2014, para la prestación en servicios de salud en unidades de atención integral hospitalaria médico-psiquiátricas. 2014.
 45. Aguilar Barojas S. Formulas para el cálculo de la muestra en investigaciones de salud. *Salud en Tabasco.* 2005;11(1–2):333–8.
 46. Sanz J, Vazquez C. Evaluación del inventario BDI-II. Consejo general de colegios oficiales de psicólogos.
 47. Estrada Aranda BD, Carmen DÁ. Propiedades psicométricas del BDI-II (versión española) en muestras mexicanas de población general y estudiantes universitarios. *Univ Psychologica.* 2015;14(1):15–26.



19. ANEXOS

ANEXO A. INSTRUMENTO

“DEPRESIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD, ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

INSTRUCCIONES: Primeramente, reciba un cordial saludo y agradecimiento ante la participación de este estudio, el cual es confidencial, con uso exclusivo de investigación y sin fines de lucro. El contestar este tipo de encuesta invertirá de 5 a 10 minutos de su tiempo. Favor de colocar en la línea asignada, el número de la respuesta elegida. Recuerde que puede recurrir en el momento que desee y /o ante la presencia de alguna duda al encuestador. Con previa aceptación y firma de consentimiento informado, por favor inicie con los siguientes apartados.

SECCIÓN 1: CARACTERÍSTICAS SOCIO – DEMOGRÁFICAS

FICHA DE IDENTIFICACIÓN:

Nombre completo _____
Numero de afiliación _____
Fecha de aplicación: Día _____ / Mes _____ / Año _____
Edad: ¿Cuál es su edad actual? _____

Sexo: usted es _____
1 Mujer
2 Hombre
Escolaridad: ¿Hasta qué año o grado aprobó en la escuela o actualmente se encuentra cursando algún grado específico? _____
1 Analfabeto
2 Alfabeto sin escolaridad
3 Primaria
4 Secundaria
5 Técnico profesional
6 Preparatoria
7 Profesional
8 Maestría
9 Doctorado
Estado conyugal actual: _____
1 Soltero (a)
2 Casado (a)
3 Unión libre
4 Divorciado (a)
5 Viudo (a)
Ocupación: Su ocupación actual es _____
1 Trabajador (a) o profesionista
2 Estudiante
3 Dedicada (o) al hogar
4 Pensionado (a)
5 Jubilado (a)
6 Desempleado (a)
Peso actual: _____ kg
Talla actual: _____ mts
IMC actual: _____ kg/m²

Sobrepeso: IMC igual o mayor de 25 a 29.9 kg/m²

Obesidad clase I 30.0 a 34.9 kg/m²

Obesidad clase II 35 a 39.9 kg/m²

Obesidad clase III mayor de 40.0 kg/m²

SECCIÓN 2: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II

INSTRUCCIONES: Este cuestionario consta de 21 ítems de afirmaciones, el cual puede contestar con el lápiz y borrador otorgados por el encuestador. Por favor, lea con atención cada uno de los siguientes ítems, 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, por favor 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).

cognitivo - afectivo
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 de mi futuro
1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo
2 No espero que las cosas funcionen para mi
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 disfrutar
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 me 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 mí lo mismo que siempre
1 He perdido la confianza en mí mismo
2 Estoy decepcionado conmigo mismo
3 No me gusta 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
3 Me es difícil interesarme por algo
13. Indecisión
0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre
1 Me resulta más difícil que de costumbre tomas decisiones
2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones
3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión
14. Desvalorización
0 No me 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

Somático – motivacional
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
1a 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 o 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 hacer
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

Puntaje total _____

Depresión mínima: 0 a 13 puntos
 Depresión leve: 14 a 19 puntos
 Depresión moderada: 20 a 28 puntos
 Depresión severa: 29 a 63 puntos

ANEXO B. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

CONCEPTO / VARIABLE	DEFICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ITEMS	INDICES
Factores sociodemográficos: Conjunto de rasgos particulares y del contexto familiar y económico que caracteriza el grupo social al que pertenece el individuo:	Conjunto de características biológicas, socioeconómicas y culturales que se encuentran presentes en la población de estudio.	Características demográficas: es el estudio interdisciplinario de las poblaciones humanas.	Sexo: Es la condición biológica que distingue a los individuos en hombres y mujeres.	Clasificación de sexo del entrevistado	Cualitativa nominal dicotómica	Usted es...	Mujer Hombre
		Características sociales: relaciones definidas entre los individuos que las componen.	Edad: años cumplidos que tiene la persona desde la fecha de nacimiento hasta el momento de la entrevista	Número de años cumplidos al momento del estudio.	Cuantitativa	¿Cuál es su edad actual?	20 a 29 años 30 a 39 años 40 a 49 años 50 a 59 años Más de 60 años

			Escolaridad: grado de estudio que la población de 5 años y más, aprobó en el nivel más avanzado al que haya asistido dentro del sistema educativo nacional.	Grado de estudios realizados	Cualitativa Nominal	¿Hasta qué año o grado aprobó en la escuela?	Analfabeto Alfabeto sin escolaridad Primaria Secundaria Técnico profesional Preparatoria Profesional Maestría Doctorado
			Estado conyugal: condición de unión o matrimonio en el momento de la entrevista de las personas de 12 años y más años de edad, de acuerdo con las costumbres o leyes del país.	Condición de pareja del paciente actualmente.	Cualitativa nominal	Estado conyugal actual:	Soltero (a) Casado (a) Unión libre Divorciado (a) Viudo (a)
		Características económicas: estudia el comportamiento humano en relación a sus necesidades.	. Ocupación: es el ejercicio de funciones en un contexto de trabajo determinado o en la población.	Ocupación que desempeña	Cualitativa nominal	Su ocupación actual es ...	Trabajador (a) o profesionalista Estudiante Dedicada (o) al hogar Pensionado (a) Jubilado (a) Desempleado (a)

CONCEPTO / VARIABLE	DIMENSIONES	VARIABLES	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE	ITEMS	INDICES
Peso normal: es el estado caracterizado por un índice de masa corporal entre 18 y 24.5 kg/m ²	Peso: es el volumen del cuerpo expresado en kilogramos.	Kilogramos	Peso en kilogramos	Nominal	Peso en kilogramos registrado en el expediente electrónico o cartilla IMSS de la última consulta otorgada por la	IMC kg / m ² Peso normal: IMC 18.5 a 24.9 kg/m ² 1: Con peso

					Institución	normal 2: Sin peso normal
	Talla: es el crecimiento lineal del cuerpo expresado en metros.	Metros	Talla en metros	Nominal	Talla en metros registrado en el expediente electrónico o cartilla IMSS de la última consulta otorgada por la Institución	
Sobrepeso: es el estado caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal igual o mayor 25 kg/m ² e igual o menor de 29.9 kg/m ²	Peso: es el volumen del cuerpo expresado en kilogramos.	Kilogramos	Peso en kilogramos	Nominal	Peso en kilogramos registrado en el expediente electrónico o cartilla IMSS de la última consulta otorgada por la Institución	IMC kg / m ² Sobrepeso: IMC 25 a 29.9 kg/m ² 1: Con sobrepeso 2: Sin sobrepeso
	Talla: es el crecimiento lineal del cuerpo expresado en metros.	Metros	Talla en metros	Nominal	Talla en metros registrado en el expediente electrónico o cartilla IMSS de la última consulta otorgada por la Institución	
Obesidad: es el estado caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal igual o mayor de 29.9 kg/m ²	Peso: es el volumen del cuerpo expresado en kilogramos.	Kilogramos	Peso en kilogramos	No minal	Peso en kilogramos registrado en el expediente electrónico o cartilla IMSS de la última consulta otorgada por la Institución	IMC kg / m ² Obesidad: IMC igual o mayor de 30 kg/m ² 1: Con obesidad 2: Sin obesidad Obesidad clase I 30.0 a 34.9 kg/m ² Obesidad

	<p>intensidad de los síntomas, puede clasificarse en episodios en el que su forma más grave puede llevar al suicidio.</p>			<p>, los cuales cuentan con 7 categorías cada uno. Si la persona responde con más de una respuesta el ítem, se considerará la categoría más alta, es decir mayor puntaje. Este test cuenta con puntuaciones mínima y máxima de 0 y 63 puntos, permitiendo clasificar en cuatro grupos: 0 a 13 puntos, mínima depresión; 14 a 19 puntos, levemente depresión; 20 a 28 puntos, moderada depresión; 29 a 63 puntos, grave depresión.</p>	<p>3. Fracaso</p> <p>4. Pérdida de Placer</p> <p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>7. Disconformidad con uno mismo</p>	<p>no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar</p> <p>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</p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto 1 No disfruto tanto de las cosas como solía disfrutar 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</p> <p>0 No me siento particularment e 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</p>
--	---	--	--	---	--	---

						del tiempo 3 Me siento culpable todo el tiempo
					8. Autocrítica	0 No me siento que este siendo castigado 1 Siento que tal vez pueda ser castigado 2 Espero ser castigado 3 Siento que estoy siendo castigado
					9. Pensamientos o Deseos Suicidas	0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre 1 He perdido la confianza en mí mismo 2 Estoy decepcionado conmigo mismo 3 No me gusto a mí mismo
					10. Llanto	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
					14. Desvalorización	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

						<p>oportunidad de hacerlo</p> <p>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</p> <p>0 No me 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</p>
		Somático – motivacional	<p>Perdida de energía Trastorno del sueño Irritabilidad Pérdida del apetito Alteración en la concentración Cansancio Líbido</p>		<p>15,16,17,18,19,20,21</p> <p>15. Pérdida de Energía</p> <p>16. Cambios en los Hábitos de sueño</p>	<p>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</p> <p>0 No he experimentado o ningún cambio en mis hábitos de sueño 1a Duermo un poco más que</p>

					<p>lo habitual 1b Duermo un poco menos que lo habitual</p> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual 2b Duermo mucho menos que lo habitual</p> <p>3a Duermo la mayor parte del día 3b Me despierto 1 – 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme</p>
				17. Irritabilidad	
				18. Cambios en el Apetito	<p>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</p>
				19. Dificultad de Concentración	<p>0 No he experimentado o 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</p>
				20. Cansancio o fatiga	<p>3a No tengo apetito en absoluto 3b Quiero comer todo el</p>

						<p>día</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre</p> <p>1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente</p> <p>2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo</p> <p>3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual</p> <p>1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual</p> <p>2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer</p> <p>3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo</p> <p>1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo</p> <p>2 Estoy mucho menos interesado en el sexo</p> <p>3 He perdido completamente el interés en el sexo</p>
--	--	--	--	--	--	---

21. Pérdida de Interés en el sexo

ANEXO C. MANUAL OPERACIONAL

“DEPRESIÓN Y SU ASOCIACIÓN CON EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD, ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES”

1.- Cada encuestador, realizará la aplicación del instrumento el Inventario de Depresión de Beck segunda edición, para identificar los síntomas depresivos asociadas al sobrepeso y la obesidad en adultos de 20 a 59 años de edad adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No.1, Delegación Aguascalientes.

2.- La selección se llevará a cabo de forma aleatoria a los usuarios de 20 a 59 años de edad de la Unidad de Medicina Familiar No.1, de turno matutino y vespertino, identificando a la población de estudio, el encuestador se aproximará con los cuidados sanitarios actuales (adecuado uso de cubrebocas y careta), explicando ampliamente el estudio a realizar, así como el retiro del participante en el momento que lo desee y además, el encuestador se mantendrá a una distancia considerable ante la presencia de dudas durante la realización de la encuesta, si la respuesta es positiva, al participante se le otorgará alcohol gel del 70% orientando el adecuado lavado de manos establecido por la OMS (20 a 30 segundos de duración), se iniciará con la firma del consentimiento informado, posteriormente, se entregará lápiz y tabla recolectora de madera, la cual ya se encontrará anexado el instrumento.

3.-Se iniciará con la aplicación del instrumento, el tiempo a otorgar es de 5 a 10 minutos, el cuestionario consta de 21 ítems, midiendo una dimensión general con dos factores cognitivo – afectivo y somático - motivacional, seleccionando solo una opción del grupo de cada ítem, y ante duda se escogerá la más alta, al finalizar dicho cuestionario, se regresará el material utilizado al encuestador, el cual verificará que todos los rubros solicitados se encuentren respondidos, ante dicha acción y sin más que agradeciendo en primera y tercera persona (tesista) del tiempo otorgado por el participante, se finalizará la intervención en este estudio, recordando que la información otorgada será confidencial, sin fines de lucro.

SECCIÓN 1: Características socio – demográficas.

En esta sección, la información es otorgada por el participante

Ficha de Identificación:

El nombre completo es otorgado por el participante, iniciando con nombre (s) y apellido (s)

Nombre completo Genoveva Bocanegra Guerrero

El número de afiliación, puede ser obtenido de la cartilla nacional de salud si es que el participante no lo recuerda

Numero de afiliación 1234 56 7890 2F1988OR

La fecha de aplicación de la encuesta será escrita por el participante, en orden, día, mes y año

Fecha de aplicación: Día 30 / Mes 01 / Año 2021

Características demográficas:

La edad actual es la correspondiente en años cumplidos hasta el día de la aplicación del instrumento

Edad: ¿Cuál es su edad actual? 32 años

El sexo, es referente al sexo biológico, no identidad de género

Sexo: usted es ... 1

1 Mujer

2 Hombre

La escolaridad es referente al nivel de estudios con el que cuenta el participante en la actualidad, contemplando el curso actual de cada uno de los apartados

Escolaridad: ¿Hasta qué año o grado aprobó en la escuela, o actualmente se encuentra cursando algún grado específico? 5

1 Analfabeto

2 Alfabeto sin escolaridad

3 Primaria

4 Secundaria

5 Técnico profesional

6 Preparatoria

7 Profesional

8 Maestría

9 Doctorado

El estado conyugal actual, es referente hasta el día de la aplicación del instrumento con respecto a términos legales

Estado conyugal actual: 2

- 1 Soltero (a)
2 Casado (a)
3 Unión libre
4 Divorciado (a)
5 Viudo (a)

La ocupación actual, es la correspondiente hasta el día de aplicación del instrumento, independientemente del nivel de estudios

Ocupación: Su ocupación actual es ... 3

- 1 Trabajador o profesionalista
2 Estudiante
3 Dedicada (o) al hogar
4 Pensionado
5 Jubilado
6 Desempleado

El peso actual, es obtenido de la cartilla nacional de salud, con medición en kilogramos

Peso actual: 70 kg

El talla actual, es obtenido de la cartilla nacional de salud, con medición en metros

Talla actual: 1.61 mts

El índice de masa corporal, es realizado por el encuestador, mediante la aplicación del índice de Quetelet

IMC actual: 27.02 kg/mts²

En el reporte del índice de masa corporal, el encuestador o tesista, subrayará el rubro correspondiente al IMC reportado, considerado de acuerdo a la clasificación de la OMS.

Sobrepeso: IMC igual o mayor de 30 kg/m²

Obesidad clase I 30.0 a 34.9 kg/m²

Obesidad clase II 35 a 39.9 kg/m²

Obesidad clase III mayor de 40.0 kg/m²

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II

Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones, las cuales deben leerse con atención cada uno de ellos, posteriormente se elige uno de cada grupo,

siendo el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de aplicación de la encuesta, marcando con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido.

Ante la existencia de parecer apropiados varios enunciados del mismo grupo, se deberá marcar el más alto, ya que no puede elegirse más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

En este primer apartado la evaluación es cognitivo – afectiva, contemplando cada ítem la respuesta que mejor se adapte de acuerdo a las últimas dos semanas hasta el día de aplicación del instrumento.

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

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, se siente triste y ante respuesta positiva cuanto es el tiempo que se encuentra con ese sentimiento, así como la capacidad de soportar esa tristeza

Codificación

Si su respuesta fue no me siento triste, se codificará como 0; si su respuesta fue me siento triste gran parte del tiempo, se codificará como 1; si su respuesta fue me siento triste todo el tiempo, se codificará como 2; si su respuesta es me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo, se codificará como 3.

2. Pesimismo
- 0 No estoy desalentado respecto de 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

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, se encuentra desalentado con respecto a su futuro y si considera que las cosas no se encuentren funcionales para él o ella.

Codificación

Si su respuesta fue no estoy desalentado respecto de mi futuro, se codificará como 0; si su respuesta fue me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo, se codificará como 1; si su respuesta fue no espero que las cosas funcionen para mí, se codificará como 2; si su respuesta es siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar, se codificará como 3.

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

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, se considera que ha fracasado, o más de lo considerado o si su percepción es un fracaso total.

Codificación

Si su respuesta fue no me siento como un fracasado, se codificará como 0; si su respuesta fue he fracasado más de lo que hubiera debido, se codificará como 1; si su respuesta fue cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos, se codificará como 2; si su respuesta fue siento que como persona soy un fracaso total, se codificará como 3.

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 disfrutar

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

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, considera que se encuentra con placer y disfruta las cosas que solía realizar o la presencia de la pérdida de placer para las cosas que previamente si lo tenía.

Codificación

Si su respuesta fue obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto; se codificará como 0; si su respuesta fue no disfruto tanto de las cosas como solía disfrutar, se codificará como 1; si su respuesta fue obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar, se codificará como 2; si su respuesta fue no puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar, se codificará como 3.

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

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, se considera culpable por cosas que no hizo o que debió hacer, así como cuanto es el tiempo que se encuentra con ese sentimiento.

Codificación

Si su respuesta fue no me siento particularmente culpable, se codificará como 0; si su respuesta fue me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho, se codificará como 1; si su respuesta fue me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo, se codificará como 2; si su respuesta fue me siento culpable todo el tiempo, se codificará como 3.

6. Sentimientos de Castigo

0 No me siento que este siendo castigado

1 Siento que tal vez pueda ser castigado

2 Espero ser castigado

3 Siento que estoy siendo castigado

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, se siente castigado o que considere que puede ser castigado.

Codificación

Si su respuesta fue no me siento que este siendo castigado, se codificará como 0; si su respuesta fue siento que tal vez pueda ser castigado, se codificará como 1; si su respuesta fue espero ser castigado, se codificará como 2; si su respuesta fue siento que estoy siendo castigado, se codificará como 3.

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

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, se siente poco conforme consigo mismo, así como la comparación con respecto al pasado y el presente, llevando a la decepción y al no gustarse a si mismo.

Codificación

Si su respuesta fue siento acerca de mi lo mismo que siempre, se codificará como 0; si su respuesta fue he perdido la confianza en mí mismo, se codificará como 1; si su respuesta fue estoy decepcionado conmigo mismo, se codificará como 2; si su respuesta fue no me gusto a mí mismo, se codificará como 3.

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

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, se considera con una crítica más enfática con respecto al pasado o si es más en el presente, así como la culpabilidad de todo lo malo que le sucede.

Codificación

Si su respuesta fue no me critico ni me culpo más de lo habitual, se codificará como 0; si su respuesta fue estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo, se codificará como 1; si su respuesta fue me critico a mí mismo por todos mis errores, se codificará como 2; si su respuesta fue me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede, se codificará como 3.

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

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, ha tenido pensamientos suicidas, sin embargo, no los llevaría a cabo, o si ha considerado o quiere suicidarse.

Codificación

Si su respuesta fue no tengo ningún pensamiento de matarme, se codificará como 0; si su respuesta fue he tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría, se codificará como 1; si su respuesta fue querría matarme, se codificará como 2; si su respuesta fue me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo, se codificará como 3.

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

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, considera que el llanto ha ido en aumento con respecto al pasado, o si se encuentra con una labilidad emocional que ante pequeños estímulos, desencadena la presencia del llanto, o a pesar, de tener las ganas de llorar no puede hacerlo.

Codificación

Si su respuesta fue no lloro más de lo que solía hacerlo, se codificará como 0; si su respuesta fue lloro más de lo que solía hacerlo, se codificará como 1; si su respuesta fue lloro por cualquier pequeñez, se codificará como 2; si su respuesta fue siento ganas de llorar pero no puedo, se codificará como 3.

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

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, se encuentra con inquietud / agitación, comparado con el pasado, o esta, ha ido en aumento, que no le permite mantenerse quieto y requiere de encontrarse en movimiento o realizando algo.

Codificación

Si su respuesta fue no estoy más inquieto o tenso que lo habitual, se codificará como 0; si su respuesta fue me siento más inquieto o tenso que lo habitual, se codificará como 1; si su respuesta fue estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto, se codificará como 2; si su respuesta fue estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo, se codificará como 3.

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

3 Me es difícil interesarme por algo

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, ha perdido el interés por las actividades o personas, comparado con el pasado, así como la intensidad que esta pérdida de interés le genera.

Codificación

Si su respuesta fue no he perdido el interés en otras actividades o personas, se codificará como 0; si su respuesta fue estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas, se codificará como 1; si su respuesta fue he perdido casi todo el interés en otras personas o cosas se codificará como 2; si su respuesta fue me es difícil interesarme por algo, se codificará como 3.

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

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, considera la toma de decisiones más compleja con respecto al pasado, así como evaluar si considera una intensidad mayor la toma de decisiones que puede conllevarle un problema.

Codificación

Si su respuesta fue tomo mis propias decisiones tan bien como siempre, se codificará como 0; si su respuesta fue me resulta más difícil que de costumbre

tomar decisiones, se codificará como 1; si su respuesta fue encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones, se codificará como 2; si su respuesta fue tengo problemas para tomar cualquier decisión, se codificará como 3.

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

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, se considera valioso y útil con respecto al pasado, así como su valora en comparación con otras personas, hasta el sentimiento de no valer nada.

Codificación

Si su respuesta fue no siento que yo no sea valioso, se codificará como 0; si su respuesta fue no me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme, se codificará como 1; si su respuesta fue me siento menos valioso cuando me comparo con otros, se codificará como 2; si su respuesta fue siento que no valgo nada, se codificará como 3.

En este segundo apartado la evaluación es somático – motivacional, contemplando en cada ítem la respuesta que mejor se adapte de acuerdo a las últimas dos semanas hasta el día de aplicación del instrumento, considerando que las preguntas número 16 y 18, cuentan cada una con 7 posibles respuestas.

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

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, si se siente con la misma energía que en el pasado, o se encuentra con insuficiente energía en la actualidad que le limita o no le permite realizar actividades.

Codificación

Si su respuesta fue tengo tanta energía como siempre, se codificará como 0; si su respuesta fue tengo menos energía que la que solía tener, se codificará como 1; si su respuesta fue no tengo suficiente energía para hacer demasiado, se codificará

como 2; si su respuesta fue no tengo energía suficiente para hacer nada, se codificará como 3.

16. Cambios en los hábitos de sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño

1ª 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

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, considera que sus hábitos de sueño se han visto alterados con respecto a lo habitual, ya sea durmiendo menos o más, hasta considerar despertarse antes de tiempo y no poder conciliar el sueño nuevamente.

Codificación

Si su respuesta fue no he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño, se codificará como 0; si su respuesta fue duermo un poco más que lo habitual, se codificará como 1a; si su respuesta fue duermo un poco menos que lo habitual, se codificará como 1b; si su respuesta fue duermo mucho más que lo habitual, se codificará como 2a; si su respuesta fue duermo mucho menos que lo habitual, se codificará como 2b; si su respuesta fue duermo la mayor parte del día, se codificará como 3a; si su respuesta fue me despierto 1 – 2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme, se codificará como 3b.

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

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, si se siente con irritabilidad comparado con el pasado, hasta considera que todo el tiempo su sentimiento es encontrarse irritable.

Codificación

Si su respuesta fue no estoy tan irritable que lo habitual, se codificará como 0; si su respuesta fue estoy más irritable que lo habitual, se codificará como 1; si su

respuesta fue estoy mucho más irritable que lo habitual, se codificará como 2; si su respuesta fue estoy irritable todo el tiempo, se codificará como 3.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito

1^a Mi apetito es un poco menor que lo habitual

1b Mi apetito es un poco mayor que lo habitual

2^a Mi apetito es mucho menor que antes

2b Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3^a No tengo apetito en absoluto

3b Quiero comer todo el día

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, considera que su apetito se ha visto alterado con respecto a lo habitual, ya sea consumiendo mayor o menor cantidad, hasta el absoluto de comer o comer todo el día.

Codificación

Si su respuesta fue no he experimentado ningún cambio en mi apetito, se codificará como 0; si su respuesta fue mi apetito es un poco menor que lo habitual, se codificará como 1a; si su respuesta fue mi apetito es un poco mayor que lo habitual, se codificará como 1b; si su respuesta fue mi apetito es mucho menor que antes, se codificará como 2a; si su respuesta fue mi apetito es mucho mayor que lo habitual, se codificará como 2b; si su respuesta fue no tengo apetito en absoluto, se codificará como 3a; si su respuesta fue quiero comer todo el día, se codificará como 3b.

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

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, considera que su concentración se encuentra alterada con respecto a lo habitual hasta la nula capacidad de concentración en la actualidad.

Codificación

Si su respuesta fue puedo concentrarme tan bien como siempre, se codificará como 0; si su respuesta fue no puedo concentrarme tan bien como habitualmente, se codificará como 1; si su respuesta fue me es difícil mantener la mente en algo

por mucho tiempo, se codificará como 2; si su respuesta fue encuentro que no puedo concentrarme en nada, se codificará como 3.

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 hacer

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, siente fatiga o cansancio comparado con el pasado, hasta, actualmente ser incapacitante o con dificultad poder realizar cosas que anteriormente si podía hacer.

Codificación

Si su respuesta fue no estoy más cansado o fatigado que lo habitual, se codificará como 0; si su respuesta fue me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual, se codificará como 1; si su respuesta fue estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer, se codificará como 2; si su respuesta fue estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer, se codificará como 3.

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

Explicación

Con esta pregunta se pretende conocer si el entrevistado, considera que ha disminuido su interés por el sexo con respecto al pasado, hasta el punto de perder completamente el interés en la actualidad.

Codificación

Si su respuesta fue no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo, se codificará como 0; si su respuesta fue estoy menos interesado en el sexo de lo

que solía estarlo, se codificará como 1; si su respuesta fue estoy mucho menos interesado en el sexo, se codificará como 2; si su respuesta fue he perdido completamente el interés en el sexo, se codificará como 3.

Puntaje total _____

- Depresión mínima: 0 a 13 puntos
- Depresión leve: 14 a 19 puntos
- Depresión moderada: 20 a 28 puntos
- Depresión severa: 29 a 63 puntos

ANEXO D CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO



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

Carta de Consentimiento Informado para participación en Protocolos de Investigación (adultos)
Unidad Medicina Familiar No.1, Delegación Aguascalientes

Nombre del estudio:	"DEPRESION Y SU ASOCIACION CON EL SOBREPESO Y LA OBESIDAD EN PACIENTES DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD, ADSCRITOS A LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.1 DELEGACIÓN AGUASCALIENTES"
Patrocinador externo (si aplica):	NINGUNO
Lugar y fecha:	Aguascalientes, Aguascalientes. Enero de 2021
Número de registro institucional:	En trámite
Justificación y objetivo del estudio:	<p>Objetivo: Identificar la asociación de depresión con el sobrepeso y obesidad en pacientes adultos de 20 a 59 años de edad, adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 1, Delegación Aguascalientes.</p> <p>Justificación: Actualmente la Depresión es uno de los principales problemas de salud a nivel mundial y nacional, debido al deterioro cognitivo y conductual que presentan, aunado a la latente complicación fatal derivada de esta enfermedad, el suicidio, además de ser una causa relevante de discapacidad laboral y encontrarse cada vez más asociada a enfermedades cardiovasculares y metabólicas, como es el sobrepeso y la obesidad, las cuales son enfermedades con poco abordaje y necesidad de entendimiento por parte de quien lo padece, para que a nivel de atención médica pueda llevarse a cabo un manejo médico integral con respecto a la naturaleza del problema que están derivando, por lo que anteriormente mencionado, se busca llevar a cabo un reforzamiento en la prevención de la sintomatología depresiva, además de una medición antropométrica del IMC, con la finalidad de poder impactar en las condiciones de salud y vida de toda persona que presente pesquisa de depresión.</p>
Procedimientos:	<p>Declaro que se me ha informado ampliamente en que consiste esta investigación así como los inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el proyecto de investigación. Entiendo que los datos otorgados para esta investigación son confidenciales, por lo que no se me identificará en las publicaciones o presentaciones que se deriven de este proyecto, debido al manejo de anonimato y confidencialidad. No existen riesgos potenciales de la aplicación de la encuesta, solo la inversión del tiempo en contestar la</p>

misma. Entiendo que conservo el derecho de poder retirarme en cualquier momento de la investigación si esta me parece inconveniente. Así como la presencia del encuestador para cualquier duda que pueda surgir durante mi tiempo de respuesta. Se me explica ampliamente el instrumento a utilizar, el Inventario de Depresión de Beck II, conformado de 21 ítems, el cual evaluará los síntomas depresivos presentados en las últimas dos semanas además del día de hoy. He comprendido la estructura del instrumento a utilizar, se me solicita la firma aval en el consentimiento informado.

Posibles riesgos y molestias:

No existen riesgos potenciales a la aplicación del inventario, solo la inversión del tiempo en contestarla.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

Los beneficios serán de manera indirecta al generar conocimiento e identificar de manera temprana los síntomas depresivos, así como la medición antropométrica del IMC.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

El presente estudio tiene como objetivo determinar la asociación entre la depresión y el sobrepeso y obesidad en los pacientes adultos de 20 a 59 años adscritos en la Unidad de Medicina Familiar No.1, delegación Aguascalientes.

Participación o retiro:

Al ser un estudio voluntario, se me explica y acepto retirarme de la entrevista en el momento que a mí me convenga.

Privacidad y confidencialidad:

Los datos que se otorguen en la presente investigación son confidenciales, debido a esto no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que se puedan derivar de dicha investigación, las cuales serán manejadas de manera anónima y confidencial.

Declaración de consentimiento:

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

- No acepto participar en el estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra solo para este estudio.
- Si acepto participar y que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros, conservándolo hasta por 5 años tras lo cual se destruirá la misma.

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

Investigadora o Investigador Responsable:

Dra. Jannett Padilla López, Médico de Base de la Unidad de Medicina Familiar No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes. Maestra en Ciencias de la Salud, con Campo Disciplinario en Epidemiología. Teléfono: 4491124257. Correo electrónico personal: jannis_padilla@hotmail.com

Colaboradores:

Testista: Dra. Yahaira Jhoana Aguilar Guerrero, Médico residente de tercer año de la Especialidad de Medicina Familiar, con adscripción en la Unidad de Medicina Familiar No.1 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación Aguascalientes. Teléfono: 4491522720. Correo electrónico personal: yana_guelar@hotmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comité Local de Ética de Investigación en Salud del 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: comite_eticainv@imss.gob.mx

Nombre y firma del participante

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Clave: 2810-009-013

ANEXO E. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	Marzo 2020	Abril 2020	Mayo 2020	Junio 2020	Julio 2020	Agosto 2020	Septiembre 2020	Octubre 2020	Noviembre 2020	Diciembre 2020	Enero 2021	Febrero 2021	Marzo 2021
Acopio de bibliografía	X	X	X	X	X	X							
Revisión de literatura	X	X	X	X									
Realización de planteamiento					X	X							
Revisión de planteamiento						X							
Realización de marco teórico y conceptual	X	X	X	X	X	X	X	X					
Revisión de marco teórico y conceptual							X	X					
Diseño y revisión de protocolo	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		
Registro de protocolo ante el comité de investigación											X	X	
Aprobación de protocolo											X	X	
Trabajo de campo, aplicación de encuestas											X	X	
Acopio y captura de datos											X	X	
Análisis e interpretación de resultados											X	X	
Realización de discusiones y conclusiones												X	
Revisión de la investigación												X	
Difusión de resultados												X	X

