



**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE BAJA CALIFORNIA**  
**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**SEDE: UNIDAD MÉDICO FAMILIAR No. 28. MEXICALI, BAJA CALIFORNIA**

**Asociación entre nivel de Satisfacción Familiar y Depresión en el  
paciente con obesidad entre 20-54 años de la UMF28 en  
Mexicali B.C. durante el año 2013.**

TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

**DRA. YOLANDA OCAMPO MENDOZA**

Residente de Medicina Familiar

**DRA. GUADALUPE ORTEGA VÉLEZ**

Asesor Temático

**DRA. MARTHA LORENA NAVA MARTINEZ**

Asesor Metodológico

**DR. ALBERTO BARRERA SERRANO**

Asesor en Bioestadística

**DRA. ROSA MARIA VIZUET**

Profesor Titular Del Curso De Especialización en Medicina Familiar del IMSS

## ÍNDICE

I.	Introducción.....	4
II.	Justificación.....	5
III.	Planteamiento del Problema.....	7
IV.	Pregunta de Problema.....	9
V.	Marco teórico.....	10
VI.	Objetivos.....	17
	i. General.....	17
	ii. Específicos.....	17
VII.	Hipótesis.....	18
VIII.	Material y Métodos.....	18
	i. Diseño del estudio .....	18
	ii. Universo de trabajo .....	18
	iii. Tamaño de la muestra.....	18
	iv. Lugar y fecha donde se realizará el estudio.....	18
	v. Criterios de inclusión.....	19
	vi. Criterios de exclusión.....	19
	vii. Criterios de eliminación.....	19
	viii. Definición de variables.....	19
	ix. Operacionalización de variables .....	20
	x. Sistema de registro e información.....	23

xi.	Análisis Estadístico.....	23
xii.	Procedimiento.....	24
xiii.	Material.....	24
IX.	Plan de Trabajo .....	25
X.	Análisis de resultados.....	27
XI.	Conclusiones.....	29
XII.	Referencias Bibliográficas.....	32
XIII.	Anexos.....	34
	ESFA : Escala de Satisfacción Familiar.....	35
	MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional .....	37
	Cuestionario Sociodemográfico.....	40
	Gráficas.....	41
	Glosario.....	46
	Abreviaturas .....	47

## I.- INTRODUCCIÓN:

La Obesidad y Depresión son problemas de Salud Pública que han incrementado en los últimos años en los reportes epidemiológicos internacionales. Este estudio asocia éstas dos patologías permitiendo vislumbrar la influencia de la satisfacción familiar del individuo en el ambiente en que se ha desarrollado. La satisfacción familiar juega un papel muy importante en el desarrollo de ambas patologías y por razones obvias de su evolución clínica.

Es necesario proporcionar atención médica integral al paciente con obesidad desde el primer nivel de atención considerando el área de salud mental y su estado nutricional. Estas dos áreas se han atendido por el personal médico y por el mismo paciente con un enfoque superficial. El panorama clínico que la asesoría integral puede brindar al paciente obeso es una oportunidad para llevar un manejo en el primer nivel con apego terapéutico exitoso.

El objetivo de este estudio fue establecer la asociación que existe entre la satisfacción familiar y la depresión en pacientes con obesidad. Como parte del protocolo se estudiaron a 200 pacientes obesos ( $IMC \geq 30$ ) seleccionados al azar en el momento previo a su consulta de primer nivel (UMF28, Mexicali, B.C.), aplicándose el cuestionario de recolección de datos de estilo de vida, Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) y Escala de Satisfacción Familiar por adjetivos (ESFA).

## II.- JUSTIFICACIÓN

La epidemia mundial de sobrepeso y obesidad se está convirtiendo rápidamente en un problema importante de salud pública en muchas partes del mundo. En los países en desarrollo, el aumento de la prevalencia de sobrepeso y obesidad está asociado con muchas enfermedades crónicas relacionadas con la dieta como la diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares, hipertensión y ciertos tipos de cáncer<sup>1</sup>.

México, como otros países en vías de desarrollo, experimenta una transición epidemiológica y nutricional. Las enfermedades crónicas asociadas con la dieta y los estilos de vida, como obesidad, hipertensión arterial, dislipidemias y diabetes, aumentan de manera importante en prevalencia y como causas de mortalidad.

En los últimos años, la prevalencia de sobrepeso y obesidad aumentó alrededor de 12% en hombres y mujeres, lo cual representa un aumento anual promedio de 2% en la prevalencia, que llegó a ser de 70% para el 2006 (figura 1). De mantenerse estos aumentos, en 10 años, 90% de los adultos mexicanos podría tener sobrepeso y obesidad<sup>2</sup>.

La obesidad es un problema de salud pública que ha incrementando en los últimos años debido al cambio en el estilo de vida del ser humano en la actualidad. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT 2012) mostraron la prevalencia de la Obesidad en la región norte de nuestro país de 37.2% en la población adulta ( $\geq 20$  años). Comparando esta región con el resto del país encontramos que es la más afectada a nivel nacional<sup>3</sup>.

El núcleo familiar es el núcleo social que aporta a la formación del individuo una educación sanitaria, alimenticia con la influencia de las costumbres culturales de la región en la que habita. Es necesario recordar que la obesidad es una enfermedad multifactorial en la cual el ambiente es trascendental para que se presente. Desde esta perspectiva la familia es el medio ambiente un factor para el

desarrollo de comorbilidad patológica siendo la depresión una enfermedad en esta lista de complicaciones a presentar. De la satisfacción familiar depende no solo la presencia de la depresión sino también la evolución y el buen apego para su manejo.

### III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La familia es una estructura social en la que se desarrolla el individuo, se encuentra inmersa en un contexto sociocultural bien definido y la historia de ésta está ligada a la misma evolución del individuo. Afectando de manera positiva o negativa el desarrollo del individuo reflejándose a nivel de satisfacción familiar.

El paciente con obesidad es muy susceptible a presentar cualquier patología que afecte el estado de ánimo entre las que podemos mencionar alteraciones en autoestima, síndrome dismórfico, trastornos afectivos como depresión y ansiedad que son otro problema de salud pública en la actualidad. Se debe tener presente que las patologías antes mencionadas, principalmente obesidad y depresión, son enfermedades multifactoriales que requieren de un estudio de los factores que contribuyen a su desarrollo sin dejar de lado el contexto familiar.

El tratamiento para la prevención de riesgo de cualquier enfermedad en los pacientes con obesidad requiere de un manejo multidisciplinario. La familia como parte del grupo en el que el individuo se desarrolla es una pieza clave de ese grupo terapéutico. Al no existir una red de apoyo familiar en el paciente obeso, es fácil abandonar el tratamiento y en un periodo de tiempo desarrollar otras patologías como complicaciones.

La Obesidad y Depresión, son patologías de alto impacto en Salud Pública y no es suficiente para su manejo la orientación por su médico familiar o el nutriólogo de la UMF a la que acude a consulta. Es necesario hacer el diagnóstico integral en estos pacientes e incluir el área de Salud Mental, ya que es un grupo de riesgo de presentar alteraciones en la autoestima, el síndrome dismórfico, alteraciones en el estado de ánimo (Depresión) y Ansiedad.

Es necesario hacer un análisis que identifique la frecuencia con la que se presenta la depresión en los pacientes obesos y ubicarla en el terreno de la satisfacción familiar que se tiene en esta población, perteneciente a la UMF28.

Hasta el momento no existen estudios enfocados a la asociación entre Obesidad-Depresión con un enfoque en la importancia que tiene la satisfacción familiar entre el paciente y la familia a la que pertenece. Esta perspectiva ayudará a identificar el diagnóstico de depresión en esta población y la influencia de la satisfacción familiar del paciente para el desarrollo de estas enfermedades.

Al mismo tiempo el impacto de los resultados en este estudio nos pondrá una perspectiva para implementar mejoras a nivel de consulta externa. Se podría iniciar un manejo óptimo en el control de peso en esta población así como un mejor apego terapéutico a la comorbilidad patológica que presente como complicación. Al tener un adecuado control de enfermedades asociadas a la obesidad y depresión es muy posible disminuir el número de pacientes en atención médica continua.

La satisfacción familiar es el juicio valorativo de diferentes aspectos de la vida en dónde los sentimientos del sujeto encuentran su origen, en las interacciones entre éste y los demás miembros del núcleo familiar. De las herramientas que existen para su medición, la escala de satisfacción familiar por adjetivos (ESFA) es un elemento validado internacionalmente para su estudio. El nivel de satisfacción familiar influye en la salud del individuo teniendo impacto sobre la fisiopatología y evolución de cualquier enfermedad.

#### **IV. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN**

¿Qué asociación existe entre los niveles de satisfacción familiar y la presencia de Depresión en los pacientes con Obesidad de 20 a 54 años de edad de la UMF28 durante Enero a Junio del 2014?

## V. MARCO TEÓRICO

La obesidad es un problema de salud pública a nivel mundial, representa un alto costo para los servicios de salud por las complicaciones derivadas de la misma. Esto significa un reto para los sistemas de salud internacionales que han desarrollado estrategias terapéuticas y preventivas. Actualmente el incremento de obesidad en la población infantil es un dato alarmante que nos refleja un aumento de población adolescente y adulta con este mismo problema en el futuro. Se calcula que a nivel mundial, 1.7 billones de personas presentan sobrepeso u obesidad<sup>4</sup>.

Para su diagnóstico se emplean métodos antropométricos como cuantificación de peso relativo, cálculo de Índice de Masa corporal (IMC) junto con la toma de medidas de circunferencia abdominal y bioimpedancia para obtener un perfil más completo. Para obtener dicha información existen varios métodos que lo hacen poco útil para la práctica médica diaria. El peso relativo se calcula al dividir el peso corporal entre el peso deseable por 100. El peso deseable es el valor medio recomendado para una estatura determinada el cual se encuentra en tablas ya establecidas.

La clasificación en base al IMC establece que el sobrepeso corresponde a un IMC de 25-29.9, obesidad grado I de 30-34.9, obesidad grado II de 35 a 39.9 y obesidad grado III con IMC mayor o igual a 40<sup>4</sup>. Como parte del estudio médico de estos pacientes se debe realizar un estudio completo de su salud que incluya Biometría Hemática, Química sanguínea, niveles de ácido úrico, perfil tiroideo, perfil lipídico, pruebas de funcionamiento hepático, estudio cardiovascular con el fin de identificar alguna otra patología<sup>5</sup>.

Esta enfermedad presenta una combinación de factores genéticos, conductuales, ambientales, culturales y socioeconómicos que influyen en el peso del individuo. Dos factores importantes relacionados con el estilo de vida de un obeso son los inadecuados hábitos alimenticios (consumo de alto contenido calórico) y vida sedentaria<sup>6</sup>.

Con el aumento del IMC incrementa la prevalencia, morbilidad y mortalidad de varias patologías entre las que podemos enlistar Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial Sistémica, Enfermedades cardiovasculares, Osteoartritis, alteraciones en el tracto respiratorio, Colecistitis, algunos tipos de cáncer, desórdenes psicológicos de tipo emocional como Depresión, Ansiedad y trastorno obsesivo-compulsivo por mencionar solo algunos.

Al ser una enfermedad multifactorial existen múltiples opciones terapéuticas que se enfocan a cada uno de los factores etiológicos y es importante tener en mente que el tratamiento es individualizado. Dentro de las estrategias terapéuticas que tenemos al alcance de todos los médicos de primer nivel está crear conciencia de enfermedad y de la necesidad de seguir un tratamiento para prevenir complicaciones.

Las intervenciones del médico familiar que pueden llevarse a cabo es la orientación en cuanto a modificaciones nutricionales así como cambios en el estilo de vida, emplear fármacos autorizados que deben administrarse si se tiene el conocimiento adecuado para su uso. Los tratamientos quirúrgicos, cognitivo-conductuales y psicoterapéuticos para que sean exitosos deben ser llevados a cabo por un especialista en cada una de estas áreas. No se debe olvidar que el tratamiento exitoso para el manejo de este tipo de pacientes es multidisciplinario, el efecto de algunos tipos de tratamiento es sinérgico, es decir, no solo una estrategia va a lograr el peso deseado y lo más importante mantenerlo al final en las mismas cifras.

## **EPIDEMIOLOGÍA**

La prevalencia de obesidad en EUA en el 2004 se reportaba que más del 60% de los adultos presentan sobrepeso y obesidad, con un IMC mayor de 29 kg/m. Esta enfermedad se asocia a 400'000 muertes anuales y presenta un gasto para el sistema de salud de aproximadamente 177 billones de dólares anualmente<sup>5</sup>. De acuerdo con cifras del **INEGI**, en el 2010 el 34.5% de las mujeres y el 24.3% de los hombres mexicanos presentaban **obesidad**<sup>8</sup>.

A pesar del incremento en la prevalencia de obesidad entre edad, género y grupo étnico hay determinados grupos que tienen una incidencia mayor. Las poblaciones más afectadas son en las mujeres de raza Afroamericana y mexicano-americanas mientras que en la población infantil y adolescente la raza más afectada es la mexicana-americana.

La National Health Interview Research (2000) reporta que entre el 24% y 38% de los adultos en la población estadounidense y más de la mitad de los pacientes obesos han estado sometidos a tratamientos para disminuir el peso. Se calcula un gasto de 33 billones de dólares anualmente en tratamientos antiobesidad, traduciéndose como un problema de salud complejo que no se entiende del todo<sup>6</sup>.

Los resultados que reporta ENSANUT 2006 confirman el incremento en la población con sobrepeso y obesidad a nivel nacional. La prevalencia reportada en la población adulta mayores de 20 años fue de 40% con sobrepeso, 29.4% con obesidad. Si tenemos en cuenta el tiempo en el que se desarrollo esta encuesta y por la evolución de la enfermedad el aumento en estas dos cifras ha de ser considerable<sup>7</sup>.

## **COMPLICACIONES EN EL PACIENTE OBESO**

Secundario a la presencia de Obesidad hay varias enfermedades que se hacen presentes, que son reflejo de los trastornos metabólicos que desarrollan los pacientes. Es importante tenerlas presentes para prevenirlas o en el caso de ya presentar la patología dar un tratamiento oportuno para evitar sus complicaciones<sup>4</sup>. La lista de complicaciones que presentan los pacientes por obesidad y sobrepeso es muy larga; sin embargo mencionaremos las más comunes que llegan a tener un efecto importante en la epidemiología a nivel mundial<sup>9</sup>.

**Diabetes Mellitus** es una enfermedad metabólica con un incremento en incidencia a nivel mundial en los últimos años. El adecuado control terapéutico evita a corto plazo la presencia de complicaciones como alteraciones vasculares (micro y macroangiopatía), pie diabético, infecciones recurrentes, nefropatía diabética, y retinopatía diabética entre otras. Si bien esta enfermedad es recurrente en la población general es de particular importancia en otros grupos de población con determinadas patologías. Este es el caso de la población psiquiátrica que en pacientes con esquizofrenia y Trastorno Bipolar están relacionados con un alto riesgo a desarrollar diabetes; efecto adverso al tratamiento con antipsicótico<sup>7</sup>.

**Síndrome Metabólico** es un riesgo importante para la salud y a la vez una complicación médica. Este síndrome compuesto por la presencia de resistencia a la insulina, Diabetes Mellitus, Hipertrigliceridemia, disminución de HDL, LDL elevados, Hipertensión, obesidad abdominal y aterosclerosis<sup>6</sup>. En varios trabajos de investigación se ha encontrado que este problema coloca a los pacientes que lo padecen en alto riesgo para desarrollo de enfermedades cardiovasculares que a su vez eleva el riesgo por mortalidad cardíaca.

**Hipertensión arterial sistémica** es una patología común a nivel mundial, se reporta que alrededor de cincuenta millones de estadounidenses la presentan. De esta población el 70% sabe su diagnóstico de los cuales solo el 50% está bajo tratamiento y el 25% bajo control. Esta situación incrementa la morbilidad y mortalidad cardiovascular, razón primordial para estudiar las posibles causas para darle su tratamiento adecuado<sup>9</sup>. Es en pacientes obesos que hay que hacer un monitoreo de esta condición para así poder diagnosticarla a tiempo para prevenir sus complicaciones.

**Hipercolesterolemia e Hipertrigliceridemia** es una condición común en los pacientes obesos y con sobrepeso. Se sabe que en los pacientes en los que se tiene el diagnóstico de enfermedad cardiovascular el disminuir los niveles de colesterol y triglicéridos ayuda a disminuir la mortalidad por evento cardíaco; así como los eventos vasculares cerebrales. La modificación de los hábitos

alimenticios y activación física en los pacientes ayudan a mejorar el metabolismo lipídico para poder controlarla<sup>8,10</sup>.

## **Depresión**

La depresión es un trastorno en el estado de ánimo muy frecuente en la actualidad. En el 30% de los casos puede ser diagnosticada por el cuadro clínico que se presenta. Esta patología es multifactorial mencionando los factores genéticos que alteran la secreción de algunos neurotransmisores, problemas del desarrollo y estrés psicosocial como algunos de ellos<sup>9</sup>.

Independiente a esta etiología debemos considerar el panorama de la comorbilidad de algunas patologías que traen como resultado el desarrollar depresión. Enfermedades crónicas que implican el deterioro del estado de salud del individuo puede presentar en diversos grados esta sintomatología. Como en el caso de los trastornos hormonales, cáncer, artritis reumatoide y no podemos olvidar a la obesidad. Esta patología a su vez influye en el desarrollo de patología dual al agregar en algunos casos la presencia de adicciones (sustancias, alcohol y tabaco) lo que complica aún más a estos pacientes agregando un factor de riesgo para su salud.

Los síntomas pueden ir desde tristeza leve, ansiedad, irritabilidad, falta de concentración, desaliento, somatización, cambios en el patrón de sueño, pérdida de interés en actividades que antes el paciente disfrutaba, disminución de la libido, alteraciones en la conducta alimenticia (atracones o anorexia)<sup>3</sup>. Para el diagnóstico de esta patología es importante considerar a la familia del individuo ya que en algunas situaciones el paciente no solicita por iniciativa propia acudir a tratamiento. Que mejor que la familia para ayudar al personal de salud a resaltar algunas conductas que son difíciles de ver solamente en una consulta.

## **Familia y Obesidad**

En base a todos los estudios realizados con un enfoque en obesidad y familia se ha encontrado que la varianza de la grasa corporal de un individuo está conformada por componentes genéticos en un 30%, aspectos culturales en un 10%, y factores ambientales en un 60%. Se ha visto que para que el tratamiento sea llevado satisfactoriamente es necesaria una red de apoyo que ayude a cambiar esos aspectos en el medio familiar. Un ejemplo de esta situación es al realizar una modificación en la dieta familiar se obtiene en el plazo esperado la disminución de peso esperado de todos sus integrantes<sup>11</sup>.

Debido a que la familia es el núcleo social en que nos desarrollamos conforme vamos creciendo, adquiriendo los usos y costumbres que fueron inculcados a su vez en nuestros padres. De tal fortuna que si existen costumbres determinados en los hábitos alimenticios y en una actividad física determinada hay un menor riesgo de ser obesos. Pero en el caso que la balanza se incline hacia el otro lado en donde todos los efectos negativos se van a presentar<sup>14</sup>.

El papel del médico familiar es fundamental para el diagnóstico oportuno de la obesidad con el manejo multidisciplinario que requiere. Es necesario otorgar en su manejo una orientación adecuada de nutrición, actividad física, atención del área mental y los efectos que tiene en el aspecto médico<sup>12</sup>. Es responsabilidad del médico tener conocimiento en estas áreas para poder identificar la disfunción en cualquiera de ellas, cada una de estas esferas es indispensable para que haya un adecuado manejo terapéutico.

Podemos encontrar una gran cantidad de estudios enfocados a programas de intervención familiar para el manejo de obesidad en el niño y el adolescente, sin embargo no hay muchos que dediquen su área de estudio al adulto. Esto se debe al modelo de atención en salud de la actualidad en donde se considera únicamente al paciente como individuo y no se enfoca en el ambiente en el que se desenvuelve como por ejemplo en la familia, trabajo y a nivel social<sup>11-15</sup>.

Como en cualquier patología el paciente obeso tiene que aceptar que es una enfermedad la que padece, necesita hacer conciencia que logrará la meta

terapéutica siempre y cuando haya una modificación ambiental aunada a la disposición del individuo para el apego. Si existiera una modificación del medio ambiente (familia, trabajo, social, etc...) el apego terapéutico se lograría y mejor aún se podría conservar por mayor tiempo esa pérdida de peso.

El papel de la familia en el tratamiento del paciente obeso es tal vez la piedra angular en el éxito terapéutico de uno de sus miembros pero sobretodo que como médicos familiares estaríamos llevando a cabo la medicina preventiva en todo el núcleo familiar en cuestión. Sin embargo esto depende en el tipo de actitud y en la dinámica que lleven en su núcleo. Es por esto que los médicos familiares deben estar capacitados para poder realizar un estudio de salud familiar e identificar sus problemas para iniciar el manejo de control de peso. Es necesario tener la visión de que cualquier enfermedad es una patología familiar que requiere tratamiento e intervención en ese grupo de algún modo.

Tenemos que diagnosticar a tiempo la presencia de patología psiquiátrica y tratar de identificar si está relacionado con el estado anímico eso sería dar un paso adelante para prevenir otras enfermedades crónicas<sup>12</sup>. No es que vayamos a ser psiquiatras pero algunas enfermedades como depresión pueden ser llevadas por el médico de primer nivel si está capacitado o en caso de considerar datos de depresión mayor que requieren de un tratamiento más intensivo serán referidos de manera oportuna con el especialista. No hay que limitar nuestra visión médica, vemos en la consulta más que un solo paciente vemos al paciente que es resultado de una familia, si hay alteraciones en la dinámica de la familia es porque se requiere manejo a ese nivel.

## **VI. OBJETIVOS**

### **i. General:**

- Establecer la asociación entre nivel de Satisfacción Familiar y Depresión en el paciente con obesidad de 20-54 años de edad de la UMF28 en Mexicali B.C. durante el año 2013.

### **ii. Específicos:**

- Analizar si existe una relación entre satisfacción familiar y depresión en el paciente obeso.
- Obtener la frecuencia de presentación de síntomas depresivos en los pacientes Obesos.
- Obtener el nivel de Satisfacción Familiar en el paciente Obeso.
- Clasificar el grado depresión que presenta el paciente obeso.

## VII. HIPOTESIS

A mayor satisfacción familiar, menor sintomatología depresiva en el paciente obeso.

## VIII. MATERIAL Y MÉTODOS

### i. Diseño de investigación:

Estudio observacional, prospectivo, descriptivo y analítico de tipo transversal.

### ii. Universo de trabajo:

Pacientes Obesos adultos (20-54 años) que acudan a consulta de Medicina Familiar en UMF 28 en el turno matutino y vespertino de Enero a Junio 2014.

### iii. Tamaño de la muestra:

El tamaño de muestra se calcula en base a la fórmula de máxima precisión para poblaciones infinitas<sup>16</sup> por falta de estudios de asociación enfocados a satisfacción familiar-depresión- obesidad. Con una prevalencia de 50%, precisión de 7% e intervalo de confianza de 95% se calcula una muestra de 195 pacientes obesos.

$$T_m = \frac{[ \pm z(\alpha)^2 ] [\rho(1-\rho)]}{\rho^2} = \frac{1.96 \times 0.50 (1-0.50)}{0.07^2} = \frac{3.84 \times 0.5 (0.5)}{0.0049} = \frac{3.84 \times 0.25}{0.0049} = \frac{0.96}{0.0049} = 195$$

### iv. Lugar y fecha donde se realizó el estudio

Este estudio se llevó a cabo Unidad de Medicina Familiar 28 del Instituto Mexicano del Seguro Social ubicada en la ciudad de Mexicali, Baja California. Periodo de recolección de datos en el periodo de enero a junio de 2014, por fallas en la planeación no se logró cumplir con el plazo original de Enero-Diciembre del 2013.

**v. Criterios de inclusión:**

- IMC:  $\geq 30$  kg/m<sup>2</sup>.
- Hombres y Mujeres.
- Edad: 20-54 años.
- Pacientes obesos que acudieron a consulta en el último año por lo menos en una ocasión durante el turno de atención matutino o vespertino.
- Escolaridad: Primaria- Posgrado.
- Aceptaron entrar en el estudio.

**vi. Criterios de exclusión**

- Analfabetas.

**vii. Criterios de eliminación:**

- Pacientes que no quieran completar el estudio.
- Pacientes con deterioro cognitivo.

**viii. Definición de variables**

Variable dependiente: Depresión.

Variable independiente: nivel de Satisfacción familiar.

## ix. Operacionalización de Variables

Variable	Definición Conceptual	Definición operacional	Tipos según causalidad	Tipo de variable	Indicador	Escala de medición
<b>Sexo</b>	Condición orgánica, masculina o femenina, de un ser vivo	Se incluirá en el estudio pacientes de cualquiera de los dos sexos.	Independiente	Cualitativa nominal	Masculino Femenino	Categórica Dicotómica No paramétrica
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona	Se estudiarán individuos en el rango de edad de 20-54 años	Independiente	Cuantitativa Discreta	20-54 años	Paramétrica
<b>Estado civil</b>	Condición de cada persona en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Se estudiará a cualquier paciente sin importar su estado civil.	Independiente	Cualitativa Nominal	Casado Separado Divorciado Viudo Soltero Unión libre	Categórica Policotómica No Paramétrica
<b>Escolaridad</b>	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.	Se incluirán pacientes con nivel mínimo de estudios primaria hasta niveles de postgrado.	Independiente	Cualitativa Ordinal	Primaria Secundaria Preparatoria carrera técnica Licenciatura posgrado	Categórica Policotómica No Paramétrica
<b>Talla</b>	Instrumento empleado medir la estatura o altura de las	Estatura del paciente, expresado en unidades del sistema métrico	Independiente	Cuantitativa Continua	1.0 metros, etc.....	Paramétrica

	personas.	decimal.				
<b>Peso</b>	Magnitud de la fuerza con que la Tierra atrae a un cuerpo	Expresada en kilogramos, es el peso de los pacientes al momento del estudio	Independiente	Cualitativa Continua	1.0, 1.5 kilogramos, etc.....	Paramétrica Discreta
<b>IMC</b>	Relación entre el peso y la talla	Calculada en base a la fórmula de $\text{Peso} / \text{Talla}^2$	Independiente	Cuantitativa Discreta	Bajo Peso IMC= <18.5  Peso Normal: IMC= 18.5-24.9  Sobrepeso IMC= 25-29.9  Obesidad G I IMC= 30-34.9  Obesidad GII IMC= 35-39.9  Obesidad GIII IMC= > 40	Paramétrica Objetiva

<b>Obesidad</b>	Acumulación anormal o excesiva de grasa	Calculada en base al IMC que presente el paciente al momento del estudio.	Independiente	Categórica Cualitativa	Obesidad GI IMC= 30-34.9  Obesidad GII IMC= 35-39.9  Obesidad GIII: IMC= > 40	Ordinal policotómica
<b>Depresión</b>	Trastorno mental que involucra el estado de ánimo, caracterizado por astenia, adinamia, anhedonia.	Clasificada en base a la escala de MINI (Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional)	Dependiente	Categórica Cualitativa	Episodio Depresivo Mayor actual  Episodio Depresivo Mayor Recidivante  Trastorno Distímico Actual  Episodio Depresivo Mayor con síntomas Melancólicos Actual  Riesgo de Suicidio	Ordinal Policotómica

<b>Satisfacción familiar</b>	Juicio valorativo de diferentes aspectos de la vida en el que los sentimientos del sujeto se despiertan encontrando el origen en las interacciones entre este y los demás miembros del núcleo familiar.	Clasificada en base a la escala ESFA (Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos).	Independiente	Categorica  Cualitativa	Satisfacción familiar baja  Satisfacción familiar moderada  Satisfacción familiar alta	Ordinal  Policotómica
------------------------------	---	---	---------------	-------------------------------	--	-----------------------------

#### **x. Sistema de registro e información:**

La recolección de datos se realizó mediante cuestionario de información epidemiológica y médica, incluida en anexo 1. Se aplicó la Escala de Satisfacción Familiar por adjetivos de Lopez-Yarto (ESFA) y Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI) incluidas en Anexos 2 y 3. Los datos se registraron empleando el programa de Excel 2007 y la plataforma de análisis estadístico JMP 10.

#### **xi. Análisis estadístico:**

Se empleó estadística descriptiva calculando proporciones de las variables, distribución de frecuencias, media, mediana, moda y porcentajes. Se realizaron medidas de asociación como Odds-ratio,  $\chi^2$  y medidas de impacto potencial. Así mismo se utilizaron herramientas proporcionadas por Excel 2007 y JMP10.

**xii. Procedimiento:**

Previa firma de consentimiento informado se realizó la valoración de 6 pacientes diarios, 3 del turno matutino y 3 del turno vespertino en el horario de atención de lunes-viernes de 8 am a 6 pm; durante el registro de peso, talla, presión arterial. Se aplicaron los cuestionarios demográfico-médico, escala de satisfacción familiar por adjetivos y MINI únicamente el apartado referente a episodio depresivo mayor, trastorno distímico y riesgo de suicidio.

Posteriormente se realizó la evaluación de la escala ESFA y MINI y se registraron en una base de datos diseñada en Excel para análisis de información entre los meses de Enero- Junio 2014. Por fallas en la planeación no se logró cumplir con el plazo original de Enero-Diciembre del 2013.

**xiii. Material:**

- Consentimiento informado.
- Cuestionario demográfico- medico.
- Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA).
- Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI).
- Báscula con estadímetro.
- Esfingomanómetro.
- Computadora con Excel 2007, JMP10.





## X. ANÁLISIS DE RESULTADOS

Se realizó un estudio de tipo transversal analítico. En un periodo de enero a mayo del 2014. Se encuestaron 230 pacientes de la UMF No. 28.

Se eliminaron 30 (13%) pacientes por encuestas incompletas, se eligió por conveniencia para el estudio 50% de pacientes de sexo femenino y 50% masculino. Con un rango de edad de 20 a 54 años y una media de 37 años de edad. El peso promedio fue de 99.6 kg con una talla de 1.64 metros, el IMC promedio fue de 36.1 en la población de estudio. El sobrepeso promedio para este grupo corresponde a 38.6 kg sobre el peso ideal calculado en base a el peso y la talla.

En el análisis por variable en la población general de este estudio, se establecieron grupos de edad; el 26.5% de la población estudiada tiene de 20 a 29 años, un 34% es de 30 a 39 años con y un 39.5% de 40 a 54 años de edad (gráfica no. 1).

En base al IMC, ésta población presenta un grado 1 (30 a 34.9) de obesidad hasta en un 42%, un 35 % de la población tiene grado 2 (35 a 39.9) y un 24% tiene obesidad grado 3 (>40) (Gráfica no. 2).

El grado de escolaridad que presentaron nuestros pacientes fue significativo ya que el 15% estudia hasta la primaria, 44% de la población estudió hasta el nivel de Secundaria, el 8% tiene el nivel de Preparatoria, 8% presenta educación universitaria y solo el 1% cuenta con estudios de postgrado (Gráfica no. 3).

En relación al estado civil un 45.5% están casados, un 29.5% de parejas viven en unión libre y un 13% de la población es soltera; el 7.5% son casados pero no viven juntos, el 3% son viudos y el 1.5% son divorciados (Gráfica no. 4).

La ocupación de los participantes de estudio el 84% tiene un trabajo, el de mayor frecuencia hasta en un 55% son empleados u operadores de fábrica. El 1% de los pacientes son estudiantes y el 15% realiza otra actividad como las actividades del hogar únicamente (Gráfica no. 5).

De la población de estudio, el 30.5% (61) tuvo depresión según la escala MINI, y el 69.5% (139) de los pacientes no presentaron depresión (Gráfica no. 6). Dentro de la población con depresión tenemos que el 66%(132) corresponde al género femenino y el 34% (68) pertenece al género masculino (Gráfica no. 7).

La distribución de la población de acuerdo a rangos de edad fue en la población femenina entre 20 a 29 años con 35%, de 30 a 39 años con 20% y de 40 a 54 años con un 45% siendo la cifra más alta. En la población masculina entre 20 a 29 años con 19%, de 30 a 39 años con 43% y de 40 a 54 años con un 38% (Gráfica no. 8).

En este estudio de investigación se aplicó la Escala Satisfacción Familiar por Adjetivos. Con esta escala se demostró que en esta población el 22% (44) de la población tiene un nivel de Satisfacción familiar bajo, mientras que el 78%(156) presenta un nivel de satisfacción familiar de moderado a alto (Gráfica no. 9).

Dentro de análisis del estudio en relación al paciente con depresión y satisfacción familiar baja; la razón de momios para la prevalencia fue de OR de 23.6, es decir los pacientes con una satisfacción familiar baja tienen 24 veces más probabilidad de tener depresión en comparación con los pacientes que no tienen una satisfacción baja.

Analizando el grupo de pacientes con una satisfacción de moderada a alta, el OR obtenido fue de 0.04; es decir los pacientes con satisfacción moderada o alta tienen solo 0.04 veces el riesgo de presentar depresión, es decir, que el nivel de satisfacción familiar moderada alta, es un factor protector para la depresión en el paciente con obesidad.

Siendo la población con baja satisfacción familiar la de mayor probabilidad de presentar depresión se calculó la Chi cuadrada  $X^2$  con un resultado de 8.37 (>1.96) y un IC <sub>95%</sub> de 1.73 a 1.01, con un error estándar de 0.187.

El impacto potencial de la fracción etiológica los pacientes con satisfacción familiar baja fue del 87% y en la población en general fue del 51%.

## XI. CONCLUSIONES

El cambio poblacional por la tasa de crecimiento anual que se presenta en la actualidad nos habla de una población geriátrica en crecimiento, esto se traduce en un incremento en la frecuencia de patologías crónicodegenerativas en el caso de que no se aplique una medicina preventiva. A pesar de los esfuerzos institucionales y gubernamentales el área de salud en estos tiempos es curativa principalmente y la medicina preventiva se ha dejado en segundo plano. El mayor problema que nos acarrea esta situación es un alto costo para el tratamiento de patologías.

Se han realizado muchas campañas para educar a la población para la prevención de la obesidad. A nivel institucional uno de los ejemplos es el programa de Diabet-IMSS que entra en vigencia desde Julio del 2012 hasta Junio del 2013 cuenta con 136 módulos a nivel nacional, proporciono 933'000 consultas para la atención de 102'000 pacientes. Los resultados de este programa se vieron reflejados en el Control metabólico del 48%<sup>18</sup>.

Considerando la información obtenida de una entrevista realizada al Dr. Alejandro Nenclares Portocarrero, prestigiado ex investigador del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, el gasto destinado a nivel nacional en el año 2012 para el área de Salud mental es menor a 1% en comparación de algunos países desarrollados en donde es un poco más alto<sup>19</sup>. Siendo esta otra área un poco descuidada y mal tratada, sobretodo cuando hay patologías que incrementan su frecuencia por los estilos de vida de estas últimas décadas como lo es Depresión y Ansiedad. Como referencia por parte de la consulta externa de Psiquiatría del HGZ30 del IMSS, se menciona que alrededor de un 40% de la consulta tiene como diagnóstico Depresión, siendo el 50% de esta consulta de referencia de primer nivel que podría ser diagnosticada y manejada exclusivamente por el médico familiar. Esto traducido desde una perspectiva económica con una gran trascendencia para el IMSS.

El área del manejo del paciente obeso es fundamental por el crecimiento exponencial que esta patología está teniendo a nivel nacional y de la cual como ya vimos la comorbilidad patológica es muy amplia. No se encuentran programas enfocados para el manejo del paciente obeso y asociándolo al sector de los pacientes deprimidos con una frecuencia de 30.5% para este estudio estamos hablando de casi un tercio de la población de estudio.

Es necesario desarrollar programas enfocados al manejo integral de los pacientes obesos en los cuales el médico familiar esté involucrado e involucrado con otros especialistas para poder llevarlo a cabo. El primer nivel de atención nos brinda un panorama muy amplio de intervención. Es necesario que tengamos la perspectiva de que podemos brindar una atención de calidad manejando Obesidad y la Depresión en aquellos casos en los que se presenta. Se cuenta con muchas herramientas dentro de nuestra formación para poder conseguirlo y el estudio del medio ambiente en donde se desarrolla, la familia, es fundamental.

Los resultados que nos presenta este estudio relacionado con Satisfacción familiar nos arrojó que el 22% de la población presentó una satisfacción familiar baja. Al momento de aplicar medidas de asociación nos muestra un panorama más importante aún en donde esta población con satisfacción familiar baja tiene una probabilidad de 23.6 veces más de padecer depresión.

El hecho de realizar un estudio profundo de la familia del paciente obeso nos permite hacer intervenciones como terapia familiar breve para poder hacer referencia a esos núcleos familiares que lo requieran. Con la finalidad de poder brindar estrategias terapéuticas para mejorar la satisfacción familiar, tener una dinámica familiar más funcional, ayudar a los pacientes a identificarse como parte de un grupo al que pertenecen el cual es su familia. Lo más importante de todo el hecho de involucrar a la familia en el tratamiento de uno de sus miembros y hacer un tratamiento grupal.

En este estudio fue posible observar que el nivel de satisfacción familiar es de gran importancia para la atención y prevención de la depresión del paciente con

obesidad, e incluso una satisfacción familiar alta o moderada puede ser un factor protector en la incidencia de depresión en este tipo de población.

La aplicación de medidas que favorecen el nivel de satisfacción familiar en el paciente con obesidad, pueden reducir la incidencia de depresión hasta en un 87% y estas medidas aplicadas a la población de estudio evitaría la depresión el 51%.

Por lo cual hay que realizar programas de atención integral y multidisciplinario para el manejo de obesidad que tenga como uno de los pilares más fuertes el brindar una atención médica que incluya el área de salud mental, educación de hábitos saludables (nutrición, actividad física), estructura familiar con enfoque de diagnóstico y terapia breve familiar.

Es trascendente insistir en que el manejo del paciente obeso no depende únicamente del área institucional, gubernamental o el área médica, el paciente tiene el papel de mayor importancia. La falta de conciencia de la Obesidad como enfermedad es alarmante ya que la mayoría no lo visualiza de esta manera. Es en este punto donde la mancuerna de la educación del médico-paciente ayuda a la prevención lo cual disminuirá los riesgos para el desarrollo de enfermedades crónicas como la Depresión, Diabetes, enfermedades cardiovasculares y articulares entre otras.

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS ( en Base a criterios de Vancouver)

1. **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Report of a WHO Consultation. Geneva 2000.
2. Barquera S. **Obesidad, actividad física, indicadores antropométricos de riesgo y enfermedades crónicas.** Salud Pública Mex 2007; Vol49 (sup1):306-307.
3. **ENSANUT** Instituto Nacional de Salud Pública. México 2012.
4. McTigue KM, Hess R, Ziouras J: **Obesity in older adults: a systematic review of the evidence for diagnosis and treatment.** *Obesity (Silver Spring)* 2006, 14(9):1485-1497.
5. **“Diagnóstico Clínico y Tratamiento.** “ Tierney Lawrence, Mc. Phee Sthephen, Papadakis Maxine, et. al. Lange, ed.50, México, 2012.
6. Jáuregui- Lobera I., Marcos-Plascencia L, Rivas Fernández M, et al. **“Aspectos transculturales en la percepción de la obesidad”.** Rev Cubana Aliment Nutr 2010; 20(2): 226-237.
7. **“La Obesidad: perspectivas para su comprensión y tratamiento.”** García- García E, KAufer- Horwitz M, Pardío J, et al. *Editorial médica Panamericana, ed. 2, México, 2010.*
8. Sánchez- Castillo C., Pichardo-Ontiveros E, et al. **Epidemiología de la obesidad.** Gac Med Mex Vol. 140 (2), 2004: S3- S20.
9. Bray M. **Implications of Gene- Behavior Interactions: prevention and intervention for Obesity.** *Obesity* 2008; 16(suppl3) pp. 1-13
10. Alegría Ezquerro E., Castellano Vázquez J, Alegría Barrero A. **Obesidad, síndrome metabólico y diabetes: Implicaciones cardiovasculares y actuación terapéutica.** *Rev Esp Cardiol* 2008; 61(7): 752-764 pp.
11. Jaramillo-Sánchez R, Espinoza de Santillana I, et al. **Disminución de peso y funcionalidad familiar en sujetos con obesidad y sobrepeso.** *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2012;50 (5):487-492.
12. Rojas C, Brante M, et al. **Descripción de manifestaciones ansiosas, depresivas y autoconcepto en pacientes obesos mórbidos, sometidos a cirugía bariátrica.** *Rev Med Chile* 2011; 139: 571-578.

13. Cordero- Villa fáfila A., Ramos- Brieva J, et al. **Un procedimiento breve y rápido para medir la intensidad de los síntomas depresivos en atención primaria.** Actas Esp Psiquiatr 2011; 39(1): 45-48 pp.
14. Kolotkin R, Corey-Lisle P, Crosby R, et al. **“Impact of Obesity on Health-related Quality of Life in Schizophrenia and Bipolar Disorder”.** Obesity 2008; 16 (4) pp. 749-754.
15. Ojeda B, Mateos I. **Habilidades sociales y satisfacción familiar en sujetos con discapacidad.** Rehabilitación psicosocial 2006;3(1): 2-8.
16. Espinoza Moreno Nahum. **El supuesto de máxima indeterminación y el tamaño de la muestra.** Medicina Universitaria 2005; 7 (29): 243-244.
17. **Metodología de la Investigación.** Hernández R., Fernández C., Baptista P. Editorial McGraw-Hill, 5° edición. México 2010. Pp 170-178.
18. **Informe de labores y programas de Actividades 2012-2013.** IMSS. México 2013.
19. **México destina menos de 1% de su gasto público a salud mental, lamenta especialista.** (2012, 7 de Septiembre). *La Jornada*, pp.42.

# **XIII. ANEXOS**

## ANEXO 1: Escala de Satisfacción Familiar por Adjetivos (ESFA)

### INSTRUCCIONES

En la siguiente hoja encontrará una lista de pares de palabras separadas por seis casillas. Fíjese en cada una de ellas y piense cuál de las dos palabras describe mejor su situación en respuesta a la frase: "CUANDO ESTOY EN CASA, CON MI FAMILIA, MÁS BIEN ME SIENTO..." Una vez que haya elegido la palabra, valore el grado que alcanza en su caso (Totalmente, Bastante o Algo) y ponga tache (X) en la casilla correspondiente.

#### Ejemplo:

"CUANDO ESTOY EN CASA, CON MI FAMILIA, MÁS BIEN ME SIENTO..."

		Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente		
1	FELIZ					X		INFELIZ	1

Quien ha contestado de este modo indica que más bien se siente BASTANTE INFELIZ cuando está con su familia.

#### IMPORTANTE

- Conteste a todos los pares de palabras y no ponga más de una señal en cada línea.
- Recuerde que antes de responder a cada palabra debe pensar en la frase:

"CUANDO ESTOY EN CASA, CON MI FAMILIA, MÁS BIEN ME SIENTO..."

		Totalmente	Bastante	Algo	Algo	Bastante	Totalmente		
1	FELIZ							INFELIZ	1
2	AISLADA							ACOMPANADA	2
3	JOVIAL							MALHUMORADA	3
4	RECONFORTADA							DESCONSOLADA	4
5	CRITICADA							APOYADA	5
6	SOSEGADA							DESASOSEGADA	6
7	DESCONTENTA							CONTENTA	7
8	INSEGURA							SEGURA	8
9	A GUSTO							A DISGUSTO	9
10	SATISFECHA							INSATISFECHA	10
11	COHIBIDA							A MIS ANCHAS	11
12	DESANIMADA							ANIMADA	12
13	ENTENDIDA							MALINTERPRETADA	13
14	INCÓMODA							CÓMODA	14
15	ATOSIGADA							ALIVIADA	15
16	INVADIDA							RESPETADA	16
17	RELAJADA							TENSA	17
18	MARGINADA							INTEGRADA	18
19	AGITADA							SERENA	19
20	TRANQUILA							NERMOSA	20
21	ATACADA							DEFENDIDA	21
22	DICHOSA							DESDICHADA	22
23	DESAHOGADA							AGOBIADA	23
24	COMPRENDIDA							INCOMPRENDIDA	24
25	DISTANTE							CERCANA	25
26	ESTIMULADA							REPRIMIDA	26
27	MAL							BIEN	27

## Anexo 2. MINI

MINI Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional  
(MINI International Neuropsychiatric Interview, MINI)

NSS:

Nombre:

## A. Episodio depresivo mayor

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO EN CADA UNA Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

A1	¿En las últimas 2 semanas, se ha sentido deprimido o decaído la mayor parte del día, casi todos los días?	NO	SÍ	1	
A2	¿En las últimas 2 semanas, ha perdido el interés en la mayoría de las cosas o ha disfrutado menos de las cosas que usualmente le agradaban?	NO	SÍ	2	
	¿CODIFICÓ SÍ EN A1 O EN A2?	NO	SÍ		
A3	<b>En las últimas 2 semanas, cuando se sentía deprimido o sin interés en las cosas:</b>				
a	¿Disminuyó o aumentó su apetito casi todos los días? ¿Perdió o ganó peso sin intentarlo (p. ej., variaciones en el último mes de $\pm 5\%$ de su peso corporal o $\pm 8$ libras o $\pm 3,5$ kg, para una persona de 160 libras/70 kg)? CODIFICAR SÍ, SI CONTESTÓ SÍ EN ALGUNA	NO	SÍ	3	
b	¿Tenía dificultad para dormir casi todas las noches (dificultad para quedarse dormido, se despertaba a media noche, se despertaba temprano en la mañana o dormía excesivamente)?	NO	SÍ	4	
c	¿Casi todos los días, hablaba o se movía usted más lento de lo usual, o estaba inquieto o tenía dificultades para permanecer tranquilo?	NO	SÍ	5	
d	¿Casi todos los días, se sentía la mayor parte del tiempo fatigado o sin energía?	NO	SÍ	6	
e	¿Casi todos los días, se sentía culpable o inútil?	NO	SÍ	7	
f	¿Casi todos los días, tenía dificultad para concentrarse o tomar decisiones?	NO	SÍ	8	
g	¿En varias ocasiones, deseó hacerse daño, se sintió suicida, o deseó estar muerto?	NO	SÍ	9	
	¿CODIFICÓ SÍ EN 5 O MÁS RESPUESTAS (A1-A3)?	NO	SÍ		
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL</b>					
A4	a	¿En el transcurso de su vida, tuvo otros períodos de dos o más semanas, en los que se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas y que tuvo la mayoría de los problemas de los que acabamos de hablar?	NO	SÍ	10
	b	¿Ha tenido alguna vez un período de por lo menos dos meses, sin depresión o sin la falta de interés en la mayoría de las cosas y ocurrió este período entre dos episodios depresivos?	NO	SÍ	11
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR RECIDIVANTE</b>					

## Episodio depresivo mayor con síntomas melancólicos (opcional)

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI EL PACIENTE CODIFICA POSITIVO PARA UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR ACTUAL (A3 = SÍ), EXPLORAR LO SIGUIENTE:

A5	a	¿CODIFICÓ SÍ EN A2?	NO	SÍ	
	b	¿Durante el período más grave del episodio depresivo actual, perdió la capacidad de reaccionar a las cosas que previamente le daban placer o le animaban?	NO	SÍ	12
		<b>SI NO:</b> ¿Cuando algo bueno le sucede, no logra hacerle sentirse mejor aunque sea temporalmente?			
		¿CODIFICÓ SÍ EN A5a O A5b?	NO	SÍ	

A6	<b>Durante las últimas 2 semanas, cuando se sintió deprimido o sin interés en la mayoría de las cosas:</b>				
	a	¿Se sentía deprimido de una manera diferente al tipo de sentimiento que ha experimentado cuando alguien cercano a usted se ha muerto?	NO	SÍ	13
	b	¿Casi todos los días, por lo regular se sentía peor en las mañanas?	NO	SÍ	14
	c	¿Casi todos los días, se despertaba por lo menos dos horas antes de su hora habitual, y tenía dificultades para volver a dormirse?	NO	SÍ	15
	d	¿CODIFICÓ SÍ EN A3c (ENLENTECIMIENTO O AGITACIÓN PSICOMOTORA)?	NO	SÍ	
	e	¿CODIFICÓ SÍ EN A3a (ANOREXIA O PÉRDIDA DE PESO)?	NO	SÍ	
	f	¿Se sentía excesivamente culpable o era su sentimiento de culpa desproporcionado con la realidad de la situación?	NO	SÍ	16

¿CODIFICÓ SÍ EN 3 O MÁS RESPUESTAS DE A6?

NO	SÍ
<b>EPISODIO DEPRESIVO MAYOR CON SÍNTOMAS MELANCÓLICOS ACTUAL</b>	

## B. Trastorno distímico

(⇒ SIGNIFICA: IR A LAS CASILLAS DIAGNÓSTICAS, RODEAR CON UN CÍRCULO NO Y CONTINUAR CON EL SIGUIENTE MÓDULO)

SI LOS SÍNTOMAS DEL PACIENTE ACTUALMENTE CUMPLEN CON LOS CRITERIOS DE UN EPISODIO DEPRESIVO MAYOR, NO EXPLORE ESTE MÓDULO

B1	¿En los últimos 2 años, se ha sentido triste, desanimado o deprimido la mayor parte del tiempo?	NO	SÍ	17
B2	¿Durante este tiempo, ha habido algún período de 2 meses o más, en el que se haya sentido bien?	NO	SÍ	18
B3	<b>Durante este período en el que se sintió deprimido la mayor parte del tiempo:</b>			
a	¿Cambió su apetito notablemente?	NO	SÍ	19
b	¿Tuvo dificultad para dormir o durmió en exceso?	NO	SÍ	20
c	¿Se sintió cansado o sin energía?	NO	SÍ	21
d	¿Perdió la confianza en sí mismo?	NO	SÍ	22
e	¿Tuvo dificultades para concentrarse o para tomar decisiones?	NO	SÍ	23

## C. Riesgo de suicidio

Durante este último mes:				Puntos
C1	¿Ha pensado que estaría mejor muerto, o ha deseado estar muerto?	NO	SÍ	1
C2	¿Ha querido hacerse daño?	NO	SÍ	2
C3	¿Ha pensado en el suicidio?	NO	SÍ	6
C4	¿Ha planeado cómo suicidarse?	NO	SÍ	10
C5	¿Ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	10
<b>A lo largo de su vida:</b>				
C6	¿Alguna vez ha intentado suicidarse?	NO	SÍ	4

¿CODIFICÓ SÍ EN POR LO MENOS 1 RESPUESTA?

SI SÍ, SUME EL NÚMERO TOTAL DE PUNTOS DE LAS RESPUESTAS (C1-C6)  
RODEAR CON UN CÍRCULO «SÍ» Y ESPECIFICAR EL NIVEL DE RIESGO DE SUICIDIO

NO	SÍ
<b>RIESGO DE SUICIDIO</b>	
1-5 puntos	Leve <input type="checkbox"/>
6-9 puntos	Moderado <input type="checkbox"/>
≥ 10 puntos	Alto <input type="checkbox"/>

## 3. Cuestionario información general

NISS: \_\_\_\_\_ Consultorio \_\_\_\_\_ Turno \_\_\_\_\_ SOO \_\_\_\_\_ Nombre completo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
 Edad: \_\_\_\_\_ años Fecha de nacimiento: (DD) \_\_\_\_\_ (MM) \_\_\_\_\_ (AAAA) \_\_\_\_\_ Sexo: 1 (Masculino) 2 (Femenino) Tel casa \_\_\_\_\_ Tel celular (o trabajo): \_\_\_\_\_  
 e-mail: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Nivel máximo de estudios concluidos:  
 1. Primaria  
 2. Secundaria  
 3. Preparatoria / Bachillerato  
 4. Educación técnica  
 5. Universidad  
 6. Posgrado  
 7. Ninguna

Tipo de trabajo que realiza:  
 1. Ejecutivos, directivos  
 2. Subdirectores, gerentes  
 3. Administrativos  
 4. Ocupaciones profesionales  
 5. Supervisores  
 6. Vendedores  
 7. Comerciantes  
 8. Vigilancia y seguridad  
 9. Mensajeros, chóferes intendencia, obreros  
 10. Escritores, artistas, deportistas  
 11. Ocupaciones agrícolas, forestales y pesqueras  
 12. Empleados de servicio doméstico  
 13. Trabajadores independientes  
 14. Otras: \_\_\_\_\_

Indique el tipo de trabajo:  
 1. Eventual  
 2. Temporal  
 3. Permanente

Cuantas horas trabaja por día: \_\_\_\_\_ horas

Estado civil:  
 1. Casado (a)  
 2. Separado (a)  
 3. Divorciado (a)  
 4. Viudo (a)  
 5. Soltero (a)  
 6. Unión libre

¿Cuántos hijos vivos tiene? \_\_\_\_\_

¿Ha consultado alguna vez a un psiquiatra o psicólogo?  
 0 (No)  
 1 (Sí) ¿A qué edad fue la primera vez? \_\_\_\_\_ ¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_  
 9 (No sabe)

¿Se le ha diagnosticado depresión?  
 0 (No)  
 1 (Sí)

¿Lo ha visto algún médico en relación a depresión u otro problema psiquiátrico o conductual?  
 0 (no)  
 1 (depresión)  
 2 (ansiedad)  
 3 (Otro): \_\_\_\_\_

¿Qué religión practica?  
 1. Católica  
 2. Protestante  
 3. Judía  
 4. Musulmana  
 5. Ninguna  
 6. Cristiana  
 7. Otra Especifique: \_\_\_\_\_

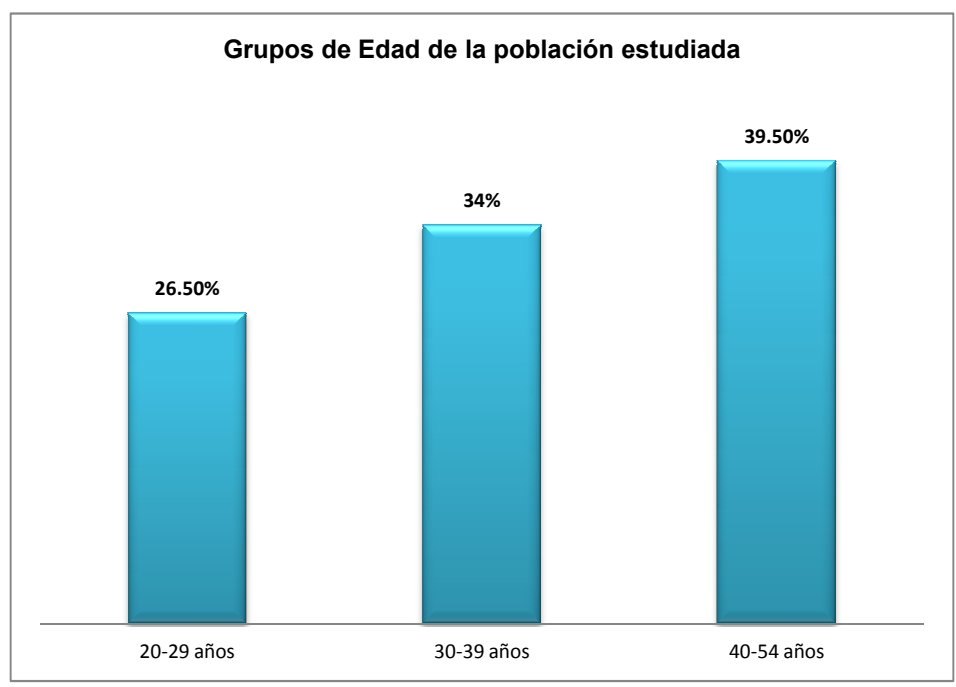
Lugar de residencia:  
 1. Casa/departamento propio  
 2. Casa/departamento rentado  
 3. Cuarto  
 4. Sin dirección permanente  
 5. Pensión o asilo  
 6. Otra Especifique: \_\_\_\_\_

Vive con:  
 1. Solo  
 2. Pareja (1 año)  
 3. Conyuge e/o hijos  
 4. Padres  
 5. Hermanos u otros familiares  
 6. Amigos  
 7. Otro Especifique: \_\_\_\_\_

¿Cuáles es su ocupación actualmente?:  
 1. Estudiante Especifique: \_\_\_\_\_  
 2. Trabajador Especifique: \_\_\_\_\_  
 3. Otra Especifique: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_  
 Talla: \_\_\_\_\_  
 IMC: \_\_\_\_\_  
 Peso Ideal: \_\_\_\_\_  
 Sobrepeso: \_\_\_\_\_  
 TA: \_\_\_\_\_

Grafica 1.



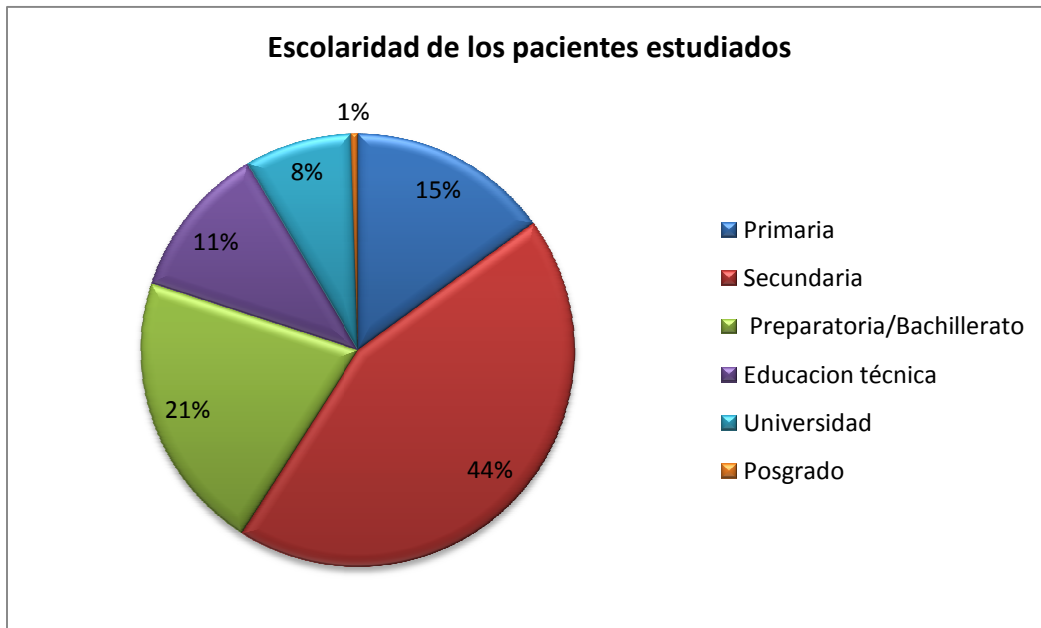
Fuente: encuesta de información sociodemográfica

Gráfica 2.



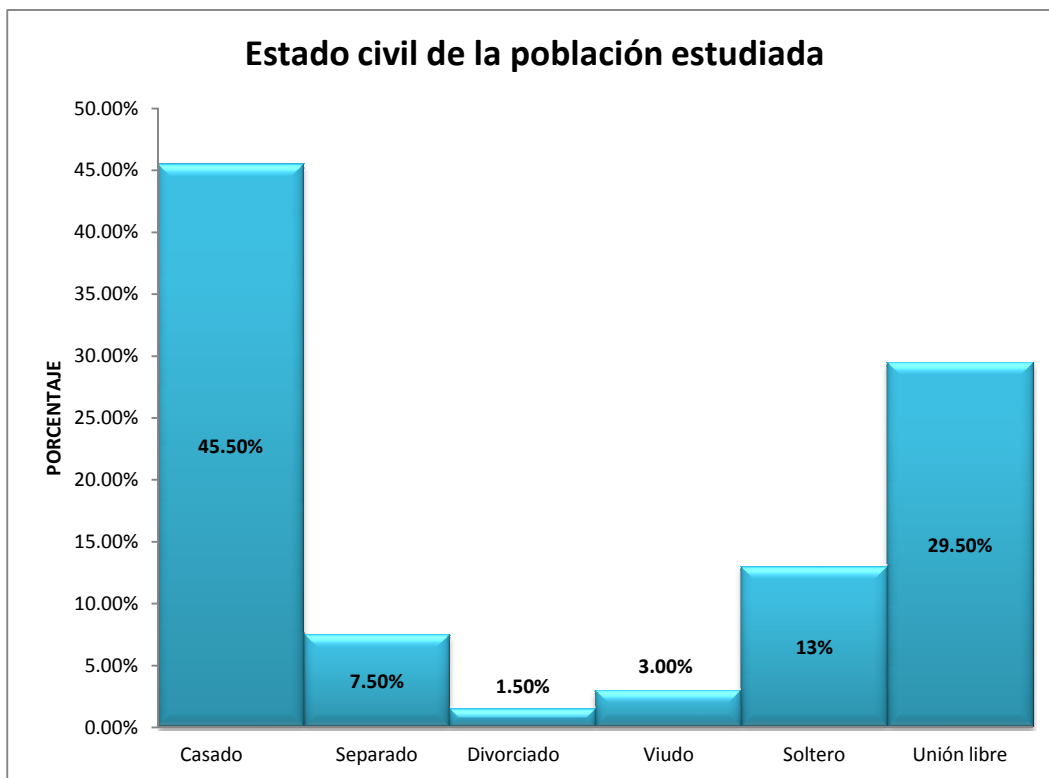
Fuente: encuesta de información sociodemográfica

Gráfica 3.



Fuente: encuesta de información sociodemográfica

Gráfica 4



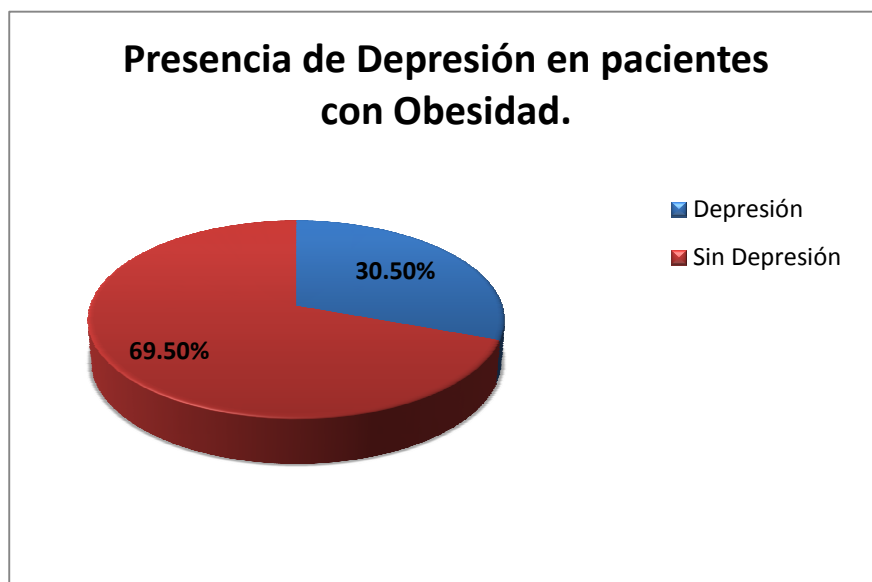
Fuente: encuesta de información sociodemográfica

Gráfica 5



Fuente: encuesta de información sociodemográfica

Gráfica 6



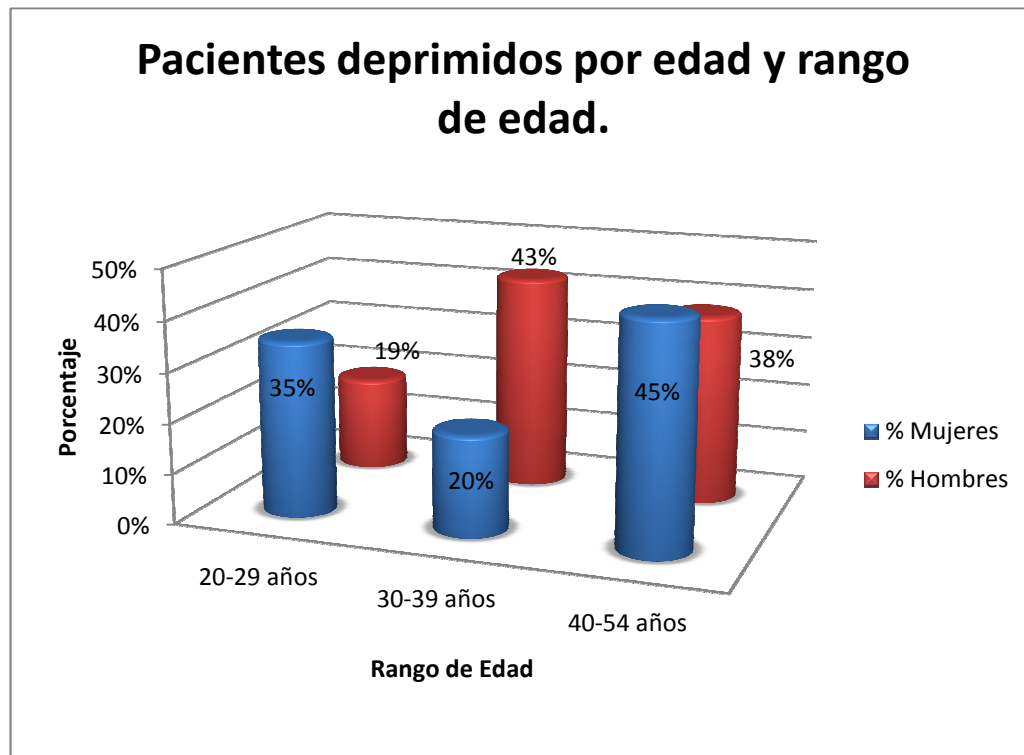
Fuente: encuesta de información sociodemográfica

Gráfica 7



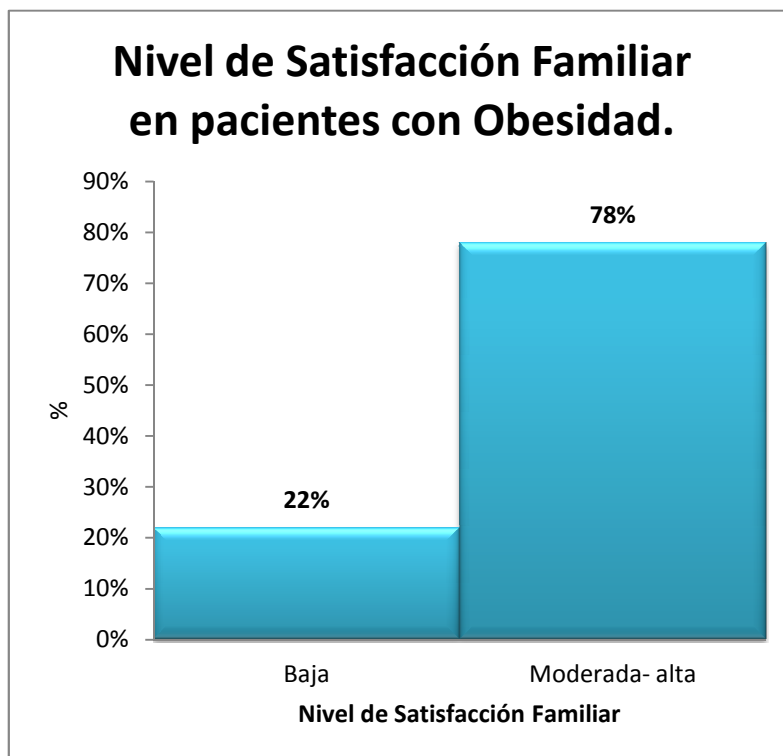
Fuente: encuesta de información sociodemográfica

Gráfica 8



Fuente: encuesta de información sociodemográfica

Gráfica 9



Fuente: encuesta de información sociodemográfica

## GLOSARIO

- Sexo: deriva del latín "sexus", es la condición orgánica, masculina o femenina, de un ser vivo ya sea animal o vegetal.
- Edad: deriva del latín "aetas" es el tiempo que ha vivido una persona, ciertos animales o vegetales.
- Peso deriva del latín "pensum", es la fuerza con que la Tierra atrae a un cuerpo, fuerza de gravitación universal que ejerce un cuerpo celeste sobre una masa. Es la magnitud de dicha fuerza.
- Talla: Instrumento empleado medir la estatura o altura de las personas.
- Índice de Masa Corporal (IMC) indicador simple de la relación entre el peso y la talla que se utiliza frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos. Se calcula dividiendo el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros ( $\text{kg}/\text{m}^2$ ).
- Satisfacción Familiar: juicio valorativo de diferentes aspectos de la vida en el q los sentimientos que se despiertan en el sujeto encuentran origen en las interacciones entre este y los demás miembros del núcleo familiar.
- Obesidad acumulación anormal o excesiva de grasa.
- Depresión: trastorno mental frecuente, caracterizado por la presencia de astenia, anhedonia, dinamia, llanto fácil.

## **ABREVIATURAS**

- MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional.
- ESFA: Escala de Satisfacción familiar por Adjetivos
- ENSANUT: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición
- UMF28: Unidad de Medicina Familiar No. 28
- IMSS: Instituto Mexicano del Seguro Social
- IMC: Índice de Masa Corporal
- INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía.