

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“RELACIÓN DE OBESIDAD Y DEPRESIÓN EN ADULTOS ENTRE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 92 EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE
2012”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 92 CIUDAD AZTECA**

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

**PRESENTA
M.C. ELIZABETH LÓPEZ ROJAS**

**DIRECTOR DE TESIS
M. E. MF. RUBÉN RÍOS MORALES**

**ASESOR TEMÁTICO
M.E. P. LEONEL NAVARRO OVANDO**

**REVISORES
E.M.F. GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ
E.M.F. EDGAR RUBÉN GARCÍA TORRES
M. EN IC LUIS REY GARCÍA CORTÉS**

TOLUCA, MÉXICO 2014

REVISOR DE TESIS

**E. M. F. MARÍA GUADALUPE SAUCEDO MARTÍNEZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESORA TITULAR DE RESIDENCIA EN UMF 64
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

REVISOR DE TESIS

**E. M. F. EDGAR RUBÉN GARCÍA TORRES
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
PROFESOR TITULAR DE RESIDENCIA EN UMF 75
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

REVISOR DE TESIS

**M. EN IC LUIS REY GARCÍA CORTÉS
MAESTRO EN INVESTIGACIÓN CLÍNICA
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD UMF 64
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**

**“RELACIÓN DE OBESIDAD Y DEPRESIÓN EN ADULTOS ENTRE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN
LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 92 EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE
2012”**

AGRADECIMIENTOS

A MI HIJO

Quiero agradecer de todo corazón a mi hijo, mi máximo tesoro en la vida, quien gracias a su apoyo e inspiración he podido culminar esta etapa profesional, quien día a día era mi motor para seguir y ser mejor.

A MI ESPOSO

Quien vivió conmigo cada uno de estos días, apoyándome en todo momento, quien me ayudo a sobreponerme en cada dificultad que se presento a lo largo de este tiempo y quien con amor y paciencia pudo tolerarme.....Mil gracias amor.

A MIS PADRES

Dios me bendijo con unos padres como los míos, quienes me dieron la vida, amor y quienes me forjaron como ser humano. Siempre estando en cada momento de mi vida y quienes me han ayudado para poder llegar hasta esto, reciban de mi todo el amor que una hija les puede brindar.

A MI HERMANA

Un ser maravilloso en mi vida, una bendición más que tengo, quien es mi amiga, mi confidente, quien ha estado en las buenas y en las malas, en quien confío tanto como para poder dejarle a mi hijo cuando fue necesario, ella sabe que la quiero y que cuenta conmigo siempre. Gracias hermanita.

A MI FAMILIA

A toda mi familia, quienes con palabras de aliento me ayudaron a continuar, quienes he tenido que dejar un poco por falta de tiempo pero no de cariño.

A MIS AMIGAS

Por mil razones que no acabaría de mencionar les estoy agradecida por ser mis amigas.

A MI DIRECTOR, ASESOR Y PROFESORES

Agradezco su tiempo, dedicación y entrega, para el desarrollo de este proyecto, a cada uno de mis profesores quien me formaron como especialista, a todos aquellos que me enseñaron mil gracias.

“RELACIÓN DE OBESIDAD Y DEPRESIÓN EN ADULTOS ENTRE 20 A 59 AÑOS DE EDAD EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 92 EN EL PERIODO DE ENERO A DICIEMBRE 2012”

INTRODUCCIÓN: La obesidad es reconocida por Hipócrates por primera vez como un problema de salud. Teniendo en cuenta la definición que marca la OMS de obesidad “como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud”; en un panorama nacional con datos en ENSANUT 2012 indican que cerca del 71.3% de los mexicanos tienen problemas de exceso de peso corporal: 38.8% sufre de sobrepeso y 32.4 % obesidad con un incremento de esta patología; así como el incremento del diagnóstico de depresión. Objetivo general: Relacionar los pacientes con obesidad y algún grado de depresión en los adultos de 20 a 59 años de edad en el período de Enero a Diciembre 2012

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio de tipo observacional, analítico, prospectivo y observacional; en pacientes derechohabientes de la UMF 92 con un IMC igual o mayor a 30, sin antecedentes de padecimientos psiquiátricos. Se les aplicó la escala de Zung. Se realizó el siguiente análisis estadístico correlación lineal de las variables de asociación obesidad-depresión, de las variables cuantitativas medidas de tendencia central y por último de las variables cualitativas porcentajes y tablas por medio del programa SPSS V 20.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES: En este estudio se estudió una población de n=280 pacientes con una frecuencia mayor de obesidad grado I (70%), edad promedio de 45 años, predominando el género femenino (76.8%), predominando la escolaridad de la población de secundaria completa (23.2%), en el caso de depresión el 72.9% se encontraron sin depresión. La correlación de obesidad y depresión se obtuvo una Chi-cuadrada 0.479 y una correlación de Pearson 0.109 con lo que se considera que el 10% de los pacientes con obesidad pueden relacionarse con la depresión, siendo esto no significativo su correlación.

PALABRAS CLAVE. Obesidad, Depresión, Relación.

"LIST OF OBESITY AND DEPRESSION IN ADULTS BETWEEN 20 AND 59 YEARS OF AGE IN FAMILY MEDICINE UNIT NO. 92 IN THE PERIOD FROM JANUARY TO DECEMBER 2012"

INTRODUCTION: Obesity is recognized by Hippocrates first as a health problem. Considering the WHO definition of obesity brand "as an abnormal or excessive accumulation of fat that can be harmful to health," in a national picture ENSANUT data in 2012 indicate that about 71.3 % of Mexicans have problems excess body weight: 38.8 % are overweight and 32.4 % obese with an increase of this disease , as well as increased diagnosis of depression . Objective: Relate obese patients and some degree of depression in adults 20-59 years of age in the period of January to December 2012

MATERIAL AND METHODS: We performed a study of observational, analytical, prospective, observational, in patients heirs of the UMF 92 with a BMI equal to or greater than 30, with no history of psychiatric disorders. They applied the Zung scale. We performed the following statistical linear correlation analysis of the variables of obesity - depression association of quantitative variables measures of central tendency and finally qualitative variables and table percentages through SPSS V 20.

RESULTS AND CONCLUSIONS: In this study, a population study of n = 280 patients with a higher frequency of obesity grade I (70 %) , average age 45 years , predominantly female (76.8 %) , predominantly schooling of the population complete high school (23.2 %) , in the case of depression, 72.9 % were without depression. The correlation of obesity and depression was obtained 0.479 Chi - square and 0.109 Pearson correlation with what is considered to 10 % of patients with obesity may be related to depression , this being no significant correlation.

KEYWORDS. Obesity , Depression, Relationship .

ÍNDICE**I. MARCO TEÓRICO****I.1 OBESIDAD**

I.1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS.....12

I.1.2 DEFINICIÓN13

I.1.3 EPIDEMIOLOGÍA13

I.1.4 ETIOLOGÍA15

I.1.5 DIAGNÓSTICO15

I.2 ATENCIÓN INTEGRAL.....17

I.3 OBESIDAD Y DEPRESIÓN

I.3.1 ASOCIACIÓN OBESIDAD Y DEPRESIÓN.....18

I.3.2 DE OBESIDAD A DEPRESIÓN.....18

I.4 DEPRESIÓN.....20

I.4.1 EPIDEMIOLOGÍA DEPRESIÓN.....21

I.4.2 FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS A
DEPRESIÓN.....22

I.4.3 DIAGNOSTICO DEPRESIÓN.....23

I.5 TRANSTORNOS ALIMENTARIOS Y DEPRESIÓN.....23

I.5.1 PSICOTERAPIA Y OBESIDAD.....24

I.5.2 ENFOQUE PSICODINÁMICO DE OBESIDAD.....25

II PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

II.1 ARGUMENTACIÓN.....26

II.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....27

III JUSTIFICACIONES

III.1 ACADÉMICA.....28

III.2 CIENTÍFICA.....28

III.3 SOCIAL.....28

III.4 ECONÓMICA.....	29
IV HIPÓTESIS	30
IV.1 ELEMENTOS DE LA HIPÓTESIS	30
IV.1.1 UNIDADES DE OBSERVACIÓN.....	30
IV.1.2 VARIABLES.....	30
IV.1.2.1 DEPENDIENTE	30
IV.1.2.2 INDEPENDIENTE.....	30
IV.1.3 ELEMENTOS LÓGICOS DE RELACIÓN.....	30
V. OBJETIVOS	
V.1 GENERAL.....	31
V.2 ESPECÍFICOS.....	31
VI. MÉTODO	
VI.1 TIPO DE ESTUDIO.....	32
VI.2 DISEÑO DEL ESTUDIO.....	32
VI.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	32
VI.4 UNIVERSO DE TRABAJO	34
VI.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	36
VI.4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	36
VI.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN.....	36
VI.5 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN	
VI.5.1 DESCRIPCIÓN.....	37
VI.5.2 VALIDACIÓN.....	37
VI.5.3 APLICACIÓN.....	37
VI.6 DESARROLLO DEL PROYECTO.....	38
VI.7 LÍMITE DE ESPACIO.....	38
VI.8 LÍMITE DE TIEMPO.....	38
VI.10 DISEÑO DE ANÁLISIS.....	39
VII. IMPLICACIONES ÉTICAS.....	40
X. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	41
XI. CUADROS Y GRÁFICOS.....	43
XII. CONCLUSIONES.....	50

XIII. RECOMENDACIONES.....51
XIV. BIBLIOGRAFÍA.....52
XV ANEXOS.....56

I. MARCO TEÓRICO

I.1 OBESIDAD

I.1.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS

De manera histórica, la obesidad es históricamente identificable desde la Edad de Piedra, es decir, 40,000 años a. C., la evidencia han sido las figurillas encontradas en diferentes sitios de Europa, mismos que muestran características físicas compatibles con incremento de masa corporal y que sin duda indican que la obesidad se consideraba un signo de belleza.

En el siglo V a C, Hipócrates, padre de la medicina, reconoció por primera vez a la obesidad como un problema de salud, y que la muerte súbita era más común entre personas obesas, señalando la importancia de la alimentación y el ejercicio en el tratamiento de la misma. En los siglos II y III d C, Galeno estableció el tratamiento inicial para el paciente con obesidad: dio mayor importancia a la actividad física y recomendó el tratamiento con masajes y algunos ungüentos diaforéticos. A finales del siglo X y principios del XI, Avicena señaló que la alimentación podía ser un amigo o enemigo para el cuerpo y el alma, al retomar los planteamientos de Galeno. La medicina sufrió una gran transformación durante los siglos XI al XIV, cuando se utilizó el *Régimen Sanitatis*, que carecía de guías específicas para tratar la obesidad; sin embargo, el poeta Chaucer retomó las consideraciones de Hipócrates y escribió que “Contra la glotonería, el único remedio es la abstinencia”. Por su parte, los aztecas pensaban que la obesidad era algo sobrenatural, un designio de los dioses.

A través de la historia ha cambiado considerablemente el estado de la visión pública de la obesidad, sobre todo desde el año 1900. En 1908 el diseñador francés Paul Poiret introdujo la revelación del nuevo cuerpo para las mujeres, cuyo mensaje subliminal era: “el cuerpo con grasa no es la moda”. Más tarde, en 1940, los seguros de vida Metropolitan Life Insurance Co. publicaron las cartas de peso ideal según la talla y establecieron que la ganancia de peso, paralela al incremento de la edad, no era satisfactorio. En 1944, investigadores de la universidad de Minnesota reportaron los daños a la salud relacionados con el efecto “yo-yo” de las dietas. Para 1948, Framingham inició el estudio de los factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. En 1996 se estableció el índice de masa corporal, el cual emergió como un estándar para definir la obesidad. (1)

I.1.2 DEFINICIÓN

La obesidad y el sobrepeso se definen como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud.

I.1.3 EPIDEMIOLOGÍA

El sobrepeso y la obesidad son el quinto factor principal de riesgo de defunción en el mundo. Cada año fallecen por lo menos 2,8 millones de personas adultas por patologías asociadas a la obesidad. Además, el 44% de la carga de diabetes, el 23% de la carga de cardiopatías isquémicas y entre el 7% y el 41% de la carga de algunos cánceres son atribuibles al sobrepeso y la obesidad.

Algunas estimaciones mundiales de la OMS correspondientes a 2008 mencionan que 1500 millones de adultos de 20 años y más tenían sobrepeso; de esta cifra, más de 200 millones de hombres y cerca de 300 millones de mujeres eran obesos, en general, más de una de cada 10 personas de la población adulta mundial padecen obesidad.

Como ejemplo, el 65% de la población mundial vive en países donde el sobrepeso y la obesidad se cobran más vidas que la insuficiencia ponderal (estos países incluyen a todos los de ingresos altos y la mayoría de los de ingresos medianos).
(2)

Las cifras de la Encuesta Nacional de salud y nutrición 2006 indican que cerca del 30 % de la población mexicana adulta mayor de 20 años de edad está en su peso adecuado, mientras que 69.4% de los mexicanos adultos tiene exceso de peso corporal; 40 % sufre pre obesidad y 29.4% obesidad.(3)

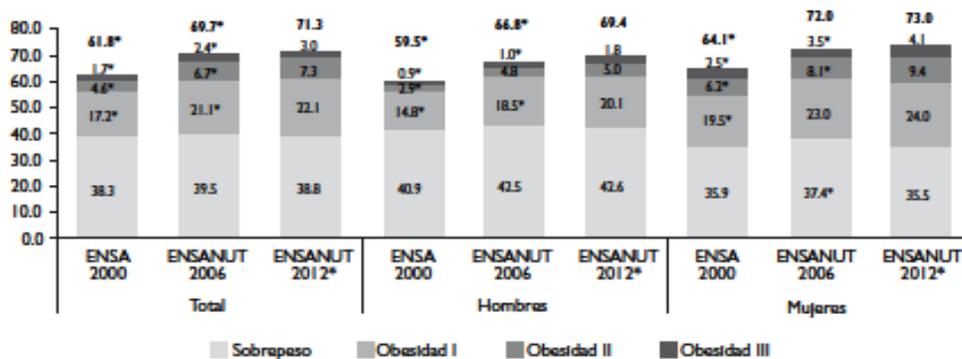
En comparación a lo referido en ENSANUT 2012 con los puntos de corte de IMC propuestos por la OMS, la prevalencia de sobrepeso y obesidad en México en adultos mexicanos de 20 años o más fue de 71.3% (que representan a 48.6 millones de personas). La prevalencia de obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²) en este grupo fue de 32.4% y la de sobrepeso de 38.8%. La obesidad fue más alta en el sexo femenino 37.5%, que en el masculino 26.9%, al contrario del sobrepeso, donde el sexo masculino tuvo una prevalencia de 42.6%, y el femenino una de 35.5%. El grupo de edad que presentó la mayor prevalencia de obesidad es el de los adultos de 40 a 49 años, sin embargo en los grados más altos de obesidad (grado II y III) se observó una mayor prevalencia en los adultos de 50 a 59 años. El grupo con

mayor prevalencia de IMC normal fue el de los adultos de 20 a 29 años. La prevalencia de obesidad abdominal fue de 74.0%, siendo mayor en mujeres 82.8%, que en hombres 64.5%. Por grupos de edad, la prevalencia fue más baja en los sujetos de 20 a 29 años 53.3% que en los adultos de 40 o más años, donde la prevalencia de obesidad abdominal es superior a 80%.

La media de circunferencia de cintura en mujeres y hombres fue de 92.6 y 94.8 cm respectivamente. Los valores promedio de circunferencia de cintura en todos los subgrupos se encuentran por arriba del punto de corte para obesidad abdominal, excepto los hombres de 20 a 29 años que tienen una circunferencia muy cercana al punto de corte considerado como normal para hombres (89.1 cm).

Al estratificar por edad, los valores promedio más altos de IMC y circunferencia de cintura se encuentran en las mujeres de 50 a 59 años de edad (IMC= 30.5 kg/ m², cintura=97.1 cm), mientras que en los hombres, los valores promedio más altos de IMC los presentan los del grupo de edad de 40 a 49 años (IMC 28.7kg/m²) y las cifras más altas de circunferencia de cintura (97.8 cm) los del grupo de 50 a 59 años.

Al comparar la media de IMC con las encuestas previas, se puede observar un incremento de 1.3 unidades de IMC en los últimos 12 años, siendo mayor este incremento en el periodo 2000 a 2006 (una unidad de IMC) que en el periodo 2006 a 2012 (0.3 unidades de IMC). (4)



* Diferencias estadísticamente significativas en relación con la Encuesta Nacional de Salud 2012 (ENSANUT 2012), usando como punto de comparación la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000) y la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT 2006).

FIGURA 2. TENDENCIAS EN LAS PREVALENCIAS DE SOBREPESO Y OBESIDAD EN HOMBRES Y MUJERES DE 20 AÑOS O MÁS PARTICIPANTES EN LA ENSA 2000, ENSANUT 2006 Y ENSANUT 2012.* MÉXICO

I.1.4 ETIOLOGÍA

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial mezcla de factores genéticos, metabólicos, endocrinológicos y ambientales, fruto de la interacción entre genotipo y medio ambiente, que afecta a un importante porcentaje de la población, a todas las edades, sexos y condiciones sociales, y su prevalencia ha aumentado y continúa aumentando de forma alarmante en casi todas las sociedades, incluyendo a países en vías de desarrollo, y adquiere ya proporciones epidémicas. (5)

La patogenia de la obesidad se sustenta en un marco multifactorial sobre una predisposición mediada por las características genéticas de la persona, lo que implica cada vez más la necesidad de una personalización del problema, confluyendo un exceso en los aportes de energía, pero fundamentalmente una disminución del gasto energético en relación a lo que supondría un mejor equilibrio entre ingreso y demanda. Junto a esta expresión termodinámica en la persona obesa, existen fallas en el equilibrio de los procesos moleculares y en la armonía de funcionamiento de los distintos centros reguladores del hambre, apetito y saciedad, situados a nivel central (abarcando procesos atencionales, cognitivos y de recompensa), hipotalámico y periférico. Desde el punto de vista genético, es indudable que en los últimos años se ha producido un enorme avance en el conocimiento científico, que se manifiesta, por ejemplo, en el hecho de que en la actualidad se estima que están implicados más de 450 genes, marcadores y regiones cromosómicas relacionados con los fenotipos de la obesidad humana. (6)

I.1.5 DIAGNÓSTICO

La obesidad es una entidad clínica que se determina cuando en las personas adultas existe un IMC igual o mayor a 30 kg/m² y en las personas adultas de estatura baja igual o mayor a 25 kg/m². (7)

El diagnóstico de la obesidad se realiza de una manera clínica. Se recomienda utilizar el IMC para establecer el grado de exceso de peso corporal y para calcular el riesgo relativo de desarrollar enfermedades asociadas en comparación con el peso normal de acuerdo a los criterios de la Organización Mundial de la Salud para la clasificación del peso corporal en adultos según el IMC son los siguientes: inferior a 18,5, peso bajo; 18,5-24,9, peso normal; 25-29,9, sobrepeso; 30-34,9, obesidad grado 1; 35-39,9, obesidad grado 2; igual o mayor de 40, obesidad grado 3. (8)

La circunferencia abdominal es una medida útil de la obesidad central en adultos; es una medida antropométrica práctica para evaluar la distribución grasa.

La relación cintura-cadera se ha utilizado como una medida aproximada de la distribución de la grasa corporal para evaluar los problemas de salud asociados con la obesidad. Medidas de la obesidad central son muy útiles en la mejora de la evaluación del riesgo de la obesidad asociada. La obesidad central se refiere generalmente a un aumento de la grasa abdominal. Sin embargo, algunos investigadores han sugerido que el término también se refiere a la distribución de la grasa tróncala o axial, que incluye la adiposidad visceral y la grasa subcutánea en el abdomen, el tórax y los segmentos proximales de las extremidades superiores. La obesidad central se asocia con el exceso de grasa visceral. Esta parece ser la grasa más metabólicamente activa y es una causa de la resistencia a la insulina, hipertrigliceridemia, pequeñas partículas de LDL y las concentraciones de HDL bajos, todos los cuales se consideran factores proaterogénicos. Se han propuesto diferentes métodos para medir la circunferencia abdominal. Algunas incluyen el perímetro de la pared abdominal por encima del borde superior de la cresta ilíaca, otros utilizan la cicatriz umbilical como un punto de referencia, mientras que algunos investigadores han utilizado la mayor circunferencia abdominal, independientemente de su ubicación. Todos estos métodos se correlacionan bien con la cantidad total de grasa visceral en gramos como se mide por técnicas más precisas, tales como la tomografía computarizada o resonancia magnética. (9)

Se realiza con una cinta métrica inextensible de dos metros de largo y 0.5 cm de ancho, graduada en milímetros, se mide la circunferencia de la cintura a nivel del ombligo y la de la cadera con referencia de los trocánteres mayores, que en general coinciden con la sínfisis pubiana; el paciente debía estar de pie, en espiración, con los glúteos relajados y los pies juntos. La talla se obtiene con estadímetro, y el peso con báscula calibrada, para lo cual el paciente debía estar descalzo, de pie, con ropa mínima, el cuerpo erguido en máxima extensión y cabeza recta, de espalda al estadímetro con los pies y rodillas juntas, tocando con los talones el plano del estadímetro, se desciende la escuadra de la báscula hasta tocar el punto más elevado del cráneo (vértex); el resultado se registró en centímetros.

Para la obtención del índice de masa corporal o índice de Quetelet, se utilizó la fórmula de Bray, dividiendo el peso en kilogramos entre la talla en metros elevada al cuadrado (peso/talla al cuadrado). Un índice entre 25 y 29.9 se

consideró como sobrepeso, y más de 30 como obesidad. El índice cintura-cadera se consideró normal en mujeres cuando fue menor de 0.80, y en hombres cuando fue menor de 0.9. (10)

Un IMC elevado es un importante factor de riesgo de enfermedades no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares (principalmente cardiopatía y accidente cerebro vascular), que en 2008 fueron la causa principal de defunción; la diabetes; los trastornos del aparato locomotor (en especial la osteoartritis, una enfermedad degenerativa de las articulaciones muy discapacitante), y algunos cánceres (del endometrio, la mama y el colon). (11) Por lo anterior la obesidad ha sido considerada como una enfermedad que acorta la vida, produce o agrava múltiples padecimientos y se ha constituido como la pandemia del siglo XXI. Ante eso, los gobiernos de todo el mundo han emprendido diversas acciones tendientes a detener su crecimiento y lograr una mejor salud para la población. (12)

I.2 ATENCIÓN INTEGRAL

La atención integral de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) requiere de intervenciones de alto impacto que pueden aplicarse mediante un enfoque de atención primaria que refuerce la detección precoz y el tratamiento oportuno. Para conseguir el máximo efecto, se deben formular políticas públicas saludables que promuevan la prevención y el control de las ECNT y reorientar los sistemas de salud para que cubran las necesidades de las personas que sufren esas enfermedades; su crecimiento, letalidad y efecto social. La situación actual del sobrepeso y la obesidad en México requiere que se implemente una política integral, multisectorial y con una coordinación efectiva, a fin de lograr cambios en los patrones de alimentación y actividad física que permitan la prevención de enfermedades crónicas y la reducción de la prevalencia de sobrepeso y obesidad. En respuesta al crecimiento de esta epidemia, la OMS promovió la Estrategia Mundial sobre Alimentación Saludable, Actividad Física y Salud para la prevención de enfermedades crónicas, a la cual México se adhirió en 2004. En el año 2010 se actualizó en nuestro país la Norma Oficial Mexicana NOM-008- SSA3-2010,28 en la que se establecen los criterios sanitarios para regular el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad, particularmente las disposiciones para el tratamiento médico, quirúrgico y nutricional. La OMS, en el Plan de acción 2008-2013 de su Estrategia Mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles, establece como uno de sus objetivos fomentar intervenciones para reducir los principales factores de riesgo modificables de enfermedades no transmisibles, entre ellos el consumo de tabaco, las dietas no saludables, la

inactividad física y el uso nocivo del alcohol. En nuestro país, la estrategia contra el sobrepeso y la obesidad, descrita en el Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria, establece 10 objetivos prioritarios. (13)

I.3 OBESIDAD Y DEPRESIÓN

I.3.1 ASOCIACIÓN OBESIDAD Y DEPRESIÓN

La obesidad cada vez es más frecuente, es un problema de salud pública con altos costos y muertes prematuras. Además, la obesidad causa o agrava muchos las condiciones de salud, tanto de forma independiente o en asociación con otras patológicas. Se planteó la hipótesis a cerca de la asociación entre la obesidad y los trastornos psiquiátricos como la depresión y la ansiedad encontrándose una fuerte relación positiva en todos los grupos raciales/étnicos, con características y variables demográficas diversas. La obesidad, depresión u otro trastorno psiquiátrico y/o médico crónico puede conducir a reducción de la actividad física o un mayor consumo de alimentos, lo cual deriva en un mayor riesgo de obesidad, aumento de los síntomas de la depresión, la actividad cotidiana limitada, y/o complicaciones de una enfermedad crónica. La depresión puede incrementar el riesgo de ganancia ponderal ya que se ha comprobado que los síntomas depresivos pueden conducir a los atracones de comida, especialmente en mujeres de raza blanca. (14)

Esta asociación obesidad-depresión es común e incrementa el riesgo de problemas de salud pública, en un meta análisis se menciona que los pacientes con depresión tienen el 58% de padecer obesidad y a su vez el paciente obeso tiene el 55% de padecer depresión. (15)

En algunos otros estudios se propone que los desordenes alimenticios están compuestos por 3 factores neurocognoscitivos principales; la limitación cognitiva, desinhibición y alteraciones psicométricamente medibles en donde se menciona que la presencia de síntomas depresivos son un factor de pronóstico negativo en el diagnóstico de obesidad. (16)

I.3.2 DE OBESIDAD A DEPRESIÓN

Los estereotipos se consideran que son el componente afectivo que constituye el prejuicio en sí y es este una actitud negativa que, en muchas ocasiones, conlleva conductas discriminatorias hacia alguna persona por su pertenencia a cierta categoría grupal. Son bien conocidas las actitudes negativas hacia las personas

con sobrepeso por parte de niños y adultos. En el ámbito del sobrepeso y la obesidad existen discrepancias en cuanto a si el prejuicio, la actitud negativa, conlleva conductas de discriminación. Por un lado hay quien lo niega, pero sin embargo es frecuente que a las personas obesas se les atribuya la responsabilidad de su estado sobre la base de su forma de ser; de este modo sí se discrimina o penaliza, socialmente, la pereza, la falta de autocontrol o la glotonería, etiquetando a quien muestra dichas características como “desviado” (cuando lo que socialmente impera es la diligencia, la competitividad, el rígido control, etcétera). En la obesidad, el prejuicio sesga los procesos de categorización, pudiendo generar (de hecho suele hacerlo) repercusiones en las relaciones interpersonales. El sesgo estriba en asignar ciertas características a la persona, más allá de los datos de los que objetivamente disponemos. Es como si el estereotipo llenara el contenido categorial poniendo lo que falta a lo que escasamente conocemos. De un mero dato físico (“estar gordo o gorda”) podemos pasar a categorizar a la persona obesa sobre la base de nuestras creencias, en una íntima fusión entre estereotipo y categorización. El resultado de esta fusión es un sesgo o asimetría en las atribuciones. De este modo las conductas negativas que se atribuyen a las personas obesas (por ejemplo, como ya hemos dicho, la responsabilidad de su estado) tienden a explicarse por causas internas y estables (por ejemplo “es que los obesos no se cuidan, son así, no hacen nada...”), mientras que algo positivo (supongamos que la persona obesa mantiene, en el tiempo, una actividad física moderada) se tiende a atribuir a causas externas e inestables (en este caso valdría decir que la persona obesa “ha encontrado una pareja que le obliga a ir al gimnasio, pero cuando no está ya vuelve a lo mismo”). El estereotipo se activa en todos los miembros de la sociedad, pero individualmente considerados unos tendrán creencias prejuiciosas más asentadas que otros. Lo interesante es que el estereotipo se activa automáticamente en todos los miembros a la hora de categorizar, por ejemplo, a las personas obesas. (17)

El enfoque interdisciplinario de la obesidad debe incluir, entre otros aspectos, el abordaje psicoeducativo que contemple los aspectos psicosociales. Ya que dichos aspectos son elementos que mencionan el grado de satisfacción corporal, lo que determina en buena medida el nivel de autoestima de la persona obesa. Sin duda, un determinante físico como lo es el exceso de peso (sobrepeso/obesidad) comporta claras diferencias en la forma de percibir y ser percibida la persona. A su vez, ello determina un mayor o menor grado de satisfacción y autoestima y tal vez una psicopatología asociada. (18)

Se menciona en la literatura que se presenta alexitimia en un 42,9% de las personas que padecen obesidad, que es la incapacidad para identificar, distinguir y expresar emociones. Este rasgo, puede correlacionarse con otras características tales como anhedonia, impulsividad y dependencia interpersonal. Se observa un mayor nivel de anhedonia en personas con obesidad extrema. Contemplándose un aumento de la capacidad para disfrutar de determinados aspectos de la vida con la pérdida de peso.. Se contemplan rasgos comunes en la mayoría de personas que presentan obesidad, observándose baja autoestima, insatisfacción corporal y pobre autoimagen global. Se aprecia relación de la autoestima con el peso, a mayor grado de obesidad menor nivel de autoestima, que mejora con la disminución de peso. Junto a un bajo nivel de autoestima las personas con obesidad tienen una percepción de su imagen corporal negativa y evitan situaciones sociales en las que exista comparación de la figura corporal. Aunque el aumento de la insatisfacción corporal aparece fundamentalmente en adolescentes de sexo femenino, dicho aumento también puede deberse a la existencia de algún trastorno del comportamiento alimentario, síntomas depresivos, perfeccionismo o restricción dietética crónica, especialmente en mujeres. Las personas con obesidad son menos felices consigo mismas, un 40% de ellas no se autoaceptan y no se consideran autónomas ni integradas en la sociedad. A esta percepción de sí mismos afecta negativamente el grado de obesidad, la existencia de síntomas depresivos y la asistencia a determinados eventos sociales. Sin embargo, ayuda a mejorar la autoimagen global de las personas con obesidad la disminución de peso y el apoyo familiar.(19)

I.4 DEPRESIÓN

De acuerdo al manual diagnóstico terapéutico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV) y la Décima revisión de la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud (CIE-10) la depresión es definida como un trastorno del estado de ánimo, ubicada dentro de la categoría de trastornos afectivos en ambos casos. De acuerdo con Cobo, se puede hablar de depresión según tres enfoques diferentes: como un trastorno, es decir, cuando se presentan ciertos síntomas característicos y detectables; como un síntoma, aislado o en compañía de otros sin relación directa; o como un síndrome, basado en la tristeza y cuyos síntomas están relacionados. Se produce por diversas causas: acontecimientos de la vida diaria (pérdidas o incapacidad para hacerles frente), cambios químicos en el cerebro, efecto secundario de medicamentos, diversos trastornos físicos, factores genéticos y evolutivos; que originan una alteración funcional reversible de los mecanismos de gratificación y refuerzo y

tienden a mantenerse por mecanismos de retroalimentación positiva o de “círculo vicioso” que impiden o retrasan la recuperación espontánea. (20)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que para el año 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad del mundo, lo que pone a este trastorno anímico y mental en un lugar bastante preocupante, más si se considera que las consecuencias de sufrirla se hacen palpables no solo en la vida personal y profesional, sino que también, en algunos casos, puede terminar en la muerte si se le permite prosperar. (21)

I.4.1 EPIDEMIOLOGÍA DEPRESIÓN

La depresión no es un solo un problema psiquiátrico, sino también económico y socio sanitario, conociendo la prevalencia del 5% de la población general padece depresión, el 15-20% de la población sufre trastornos depresivos a los largo de su vida, sobre un promedio de vida de 70 años. Una de las mejores fuentes de información actualmente disponibles acerca de la depresión en México es la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, también conocida como la Encuesta Nacional de Comorbilidad en México, realizada entre 2001 y 2002. De acuerdo con la información que se obtuvo en esta encuesta, 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida; y según señalan Kessler et al., una de cada cinco personas llegará a cursar algún trastorno antes de cumplir 75 años. La encuesta con adultos permitió estimar que la tasa de prevalencia anual de depresión en México fue de 4.8% entre la población general de 18 a 65 años, solamente superada por los trastornos de ansiedad, con una prevalencia anual de 6.8%. Un estudio en cuatro ciudades mexicanas, en el que se usó el CIDI (Composite International Diagnostic Interview Schedule), estimó que una de cada ocho personas (12.8%) padece trastornos depresivos, y que cerca de la mitad los presentó en el último año (6.1%). Se encontró que el sexo, la edad y el nivel educativo se asocian con la prevalencia de depresión en el último año. En México, como en el resto del mundo, las cohortes más jóvenes presentan tasas mayores. De hecho, al menos la mitad de los casos de trastornos mentales ocurren antes de que las personas cumplan 21 años. La Encuesta Mexicana de Salud Mental en Adolescentes identificó que 7.2% de los jóvenes de la Ciudad de México, que tienen entre 12 y 17 años, sufrieron un trastorno depresivo en el último año, con prácticamente la mitad de los casos (54.7%) calificados como «graves». El estudio de la OMS, comparativo entre países, encontró que las tasas de trastornos depresivos entre mujeres son dos veces mayores que las de los hombres y que la asociación entre depresión y sexo no varía entre países de acuerdo con el ingreso. Las cohortes femeninas más jóvenes mostraron menores puntajes de

tradicionalidad en cuanto a roles de género y las nuevas generaciones tuvieron menor riesgo de depresión. La comparación de tasas de prevalencia entre países puede ayudar a identificar posibles factores de riesgo y protección, así como factores que pueden incidir en la detección temprana y derivación oportuna de posibles casos a los servicios de salud, en este sentido resulta interesante considerar los resultados arrojados por estudios realizados en 18 países de diversas regiones del mundo. En efecto, las tasas más bajas se observaron en países considerados de ingreso bajo y medio, que incluyeron la India, México, China y Sudáfrica; mientras que las tasas más altas se observaron en países con ingresos altos, incluidos Francia, Holanda, Nueva Zelanda y los Estados Unidos de América. (22)

I.4.2 FACTORES PSICOSOCIALES ASOCIADOS CON LA DEPRESIÓN

Hoy en día existe acuerdo al señalar que la depresión, como la mayoría de las enfermedades, es el resultado de la interacción entre factores biológicos, heredados, del desarrollo y del contexto, que interactúan con las características individuales. Sin dejar de reconocer la importancia de analizar los avances en el campo de las neurociencias y la genética, que han proporcionado bases para corregir la división mente-cuerpo que constituyó una barrera para entender la relación entre cerebro, pensamiento, emoción y conducta. En población mexicana, entre las variables psicosociales asociadas con la depresión destacan: a) ser mujer (más aún si se es jefa de familia), dedicarse exclusivamente a las labores del hogar y si se ha adquirido la responsabilidad de cuidar a algún enfermo; b) tener un bajo nivel socioeconómico (por la mayor exposición a las vicisitudes de la pobreza); c) estar desempleado (sobre todo en los hombres); d) el aislamiento social; e) tener problemas legales; f) tener experiencias de violencia; g) consumir sustancias adictivas, y h) la migración. Factores del entorno como la violencia, la inseguridad o las crisis económicas incrementan el riesgo de que se presente la sintomatología depresiva. Los datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) muestran que una proporción importante de la población nacional ha estado expuesta a eventos violentos y que éstos tienen importantes variaciones por género. Las mujeres presentan prevalencias más elevadas de abuso sexual, violencia física por parte de la pareja, violación, persecución y acoso. Por su parte, los hombres experimentaron más atracos con arma y accidentes; también fueron testigos, en mayor proporción que las mujeres, de muerte o lesiones a una persona, sufrieron más secuestros y mataron accidentalmente a otro en un porcentaje mayor. Una proporción de estas personas desarrolló estrés post traumático (2.3% de las mujeres y 0.5% de los hombres) y

alrededor de 20% de personas que han sufrido uno o más eventos violentos, presentaron un cuadro de depresión. (23)

Así como en otros estudios refieren que la depresión temprana desde la infancia y la ganancia ponderal en la etapa adulto, se encuentran altamente relacionadas; reconociendo a su vez otros factores como abuso de sustancias y el antecedente de alteraciones de la dinámica familiar con trastornos psicoafectivos. (24)

I.4.3 DIAGNÓSTICO DE DEPRESIÓN

Para el diagnóstico de la depresión no hacen falta exámenes complementarios de laboratorio o gabinete, en caso de que se encuentren indicios positivos en la anamnesis respecto de otras afecciones, se efectuarán exámenes de laboratorio y gabinete orientados a descartar la patología que se sospecha.

La Escala autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país y ha tenido una amplia difusión.

Se trata de una escala autoaplicable, formada por 20 items relacionados con la depresión, formulados, la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. (25) Los datos de esta escala son sensibilidad 92 % y especificidad 71% de cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general. (26) El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo). El rango de calificación es de 20-80, considerando 25-49 rango normal, 50-59 Ligeramente deprimido, 60-69 Moderadamente deprimido y 70 o más, Severamente deprimido.(27)(28)

I.5 TRASTORNOS ALIMENTARIOS Y DEPRESIÓN

En algunos estudios mencionan de la relación de obesidad, depresión y ansiedad, encontrándola más frecuente en mujeres que los hombres.

Los trastornos psiquiátricos reportados en el paciente obeso incluyen: depresión, ansiedad, alteraciones emocionales de la imagen corporal y un subgrupo de pacientes tienen problemas graves con su conducta alimentaria.

De acuerdo con el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales y del Comportamiento* (DSM IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana, se distinguen entre los trastornos de la conducta alimentaria: la anorexia nerviosa, la bulimia y una categoría residual donde destaca el trastorno por “atracones”. Se estima que entre 20 y 45% de los pacientes obesos que acuden a tratamiento para reducción de peso sufren estos trastornos. Los sujetos sufren un fuerte rechazo y vergüenza por su físico, preocupación por el peso y la silueta, idealización de la delgadez, largo antecedente de fracaso en las dietas y dinámica muy alterada de alimentación, llena de sentimientos de angustia, vergüenza y culpa, con frecuencia acompañada de abuso de sustancias, trastornos del control de impulsos y depresión. Se ha demostrado que los individuos obesos con trastornos de la conducta alimentaria tienen más afecciones psicológicas y más probabilidad de abandonar el tratamiento para reducción de peso (29)

Existen otros estudios realizados en comunidades de Estados Unidos no mostraron diferencias significativas en el estado psicológico de los pacientes obesos y los no obesos. Así como diferentes estudios europeos, en la población general, sugieren la asociación entre obesidad y problemas emocionales. Los sujetos que buscan un tratamiento para perder peso tienen considerablemente más trastornos psiquiátricos que los obesos que no se preocupan por el mismo o quienes no son obesos. No existe un patrón específico de afección psiquiátrica en los pacientes obesos; sin embargo, éstos perciben su imagen corporal y peso de una manera más negativa que los delgados, y frecuentemente experimentan depresión (30) de igual manera se menciona que la mujeres son más vulnerables a ello ya que desde la adolescencia la imagen corporal, afecta de manera negativa al autoestima de las mujeres y conlleva a ideas negativas por lo que es más frecuente encontrar signos depresivos en ellas (31)

I.5.1 PSICOTERAPIA Y OBESIDAD

Se ha utilizado una variedad de psicoterapias individuales y grupales en tratamientos para la pérdida de peso como las terapias conductuales y cognitivo conductuales, terapias psicológicas más comúnmente usadas para la pérdida de peso. Las técnicas de actitud y relación se utilizan también a menudo para diseñar las intervenciones psicológicas integrales para programas individualizados de pérdida de peso. La terapia conductual y la terapia cognitivo conductual parecen ser las terapias psicológicas de elección ya que se ha demostrado que facilitan el mejor mantenimiento de la pérdida de peso que otras terapias. Las terapias conductuales parecen funcionar principalmente al mejorar la restricción dietética

ya que proporcionan estrategias de alimentación adaptativas y desalientan las prácticas alimentarias no adaptables, y al aumentar la motivación para ser físicamente más activo. La terapia procura proporcionar al individuo habilidades para manejar diversas señales de alimentación excesiva y corregir errores en el régimen dietético y de actividad física, cuando éstos ocurren. El tratamiento también proporciona la motivación esencial para mantener un modo de vida más sano una vez que ha disminuido el entusiasmo inicial en el programa. Las técnicas terapéuticas derivadas de la psicología conductual incluyen control de estímulos, establecimiento de objetivos y auto monitorización. Se han usado durante algún tiempo como complemento para el tratamiento de problemas de peso. Cuando las técnicas cognitivas se agregan a la terapia conductual, éstas parecen mejorar el éxito del programa y reducir la recuperación de peso. Estas estrategias tienen como finalidad identificar y modificar los modelos de pensamiento y estados de ánimo aversivos para facilitar la pérdida de peso. Es cada vez mayor el interés en emplear la terapia cognitivo conductual para lograr pérdidas de peso más moderadas y sostenibles y un mejor bienestar psicológico. También se investigaron en el tratamiento de obesidad, con éxito variado, las terapias psicodinámicas (terapias basadas en la idea de que los problemas provienen de conflictos internos escondidos, p.ej., el psicoanálisis), las terapias humanísticas (terapias que se centran en ayudar a los pacientes a hallar el significado de sus vidas y a vivir de forma coherente con sus propios valores y rasgos, por ejemplo el tratamiento centrado en la persona) y las terapias de grupo. (32)

I.5.2 ENFOQUE PSICODINÁMICO DE LA OBESIDAD

Algunos estudios de orden psicodinámico sobre la obesidad han centrado su interés en el análisis de las funciones del Yo. En personas con obesidad crónica o bien en aquéllas con recaídas en su tratamiento de la obesidad, se ha observado mayor pobreza de recursos del Yo. Los pacientes obesos, estableciendo que el fortalecimiento del Yo lleva a un sentido de control que posibilita la pérdida de peso en los pacientes. Así sugieren que la mayor fortaleza del Yo se utilice como predictor del éxito en tratamientos para pérdida de peso. La terapia psicoanalítica ha mostrado eficacia para la reducción de la insatisfacción con la imagen corporal y la reducción de peso en forma significativa, aun cuando la obesidad no es el motivo de consulta. No obstante, el trabajo terapéutico requiere pruebas empíricas confiables que soporten las formulaciones teóricas y permitan su reformulación para lograr aumentar la eficacia. A fin de establecer modelos predictivos de la alteración alimentaria en mujeres mexicanas, que brinden pautas para la comprensión del fenómeno de la obesidad y para su abordaje terapéutico y preventivo. (33)

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Considerando que la Secretaría de Salud tiene a su cargo; establecer un sistema permanente de vigilancia epidemiológica de la nutrición; normar el desarrollo de los programas y actividades de educación en materia de nutrición, prevención, tratamiento y control de la desnutrición y obesidad, encaminados a promover hábitos alimentarios adecuados, preferentemente en los grupos sociales más vulnerables. La obesidad es un padecimiento que ha mostrado un incremento en los últimos años al grado de ser considerada un problema de salud pública. Las cifras de la Encuesta Nacional de salud y nutrición 2006 indican que cerca del 30% de la población mexicana adulta mayor de 20 años de edad está en su peso adecuado, mientras que 69.4% de los mexicanos adultos tiene exceso de peso corporal; 40 % sufre pre obesidad y 29.4% obesidad.

Comparados con los reportados en ENSANUT 2012 donde se refiere que la prevalencia de sobrepeso y obesidad en adultos mexicanos de 20 años o más fue 71.3: obesidad de 32.4% y el sobrepeso de 38.8%. Con lo anterior se observa el incremento de la prevalencia de esta patología. Es por ello importante reconocer los diferentes factores que puedan estar involucrados en esta patología; considerando los aspectos bio-psico-sociales que rodean al hombre.

En la esfera psicológica se plantea la relación de la depresión con la obesidad; definiendo a la depresión como un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad culpa, tristeza, indefensión y desesperanza profunda; que puede intervenir en la vida cotidiana de las personas como alteraciones del sueño, inactividad física y hábitos alimenticios lo que nos puede promover un agravamiento de la obesidad y cuyo padecimiento a mostrado un incremento al igual que la obesidad reportando en una de las mejores fuentes de información actualmente disponibles acerca de la depresión en México es la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, también conocida como la Encuesta Nacional de Comorbilidad en México, realizada entre 2001 y 2002. De acuerdo con la información que se obtuvo en esta encuesta, 9.2% de la población ha tenido un trastorno depresivo en la vida; y según señalan Kessler et al., una de cada cinco personas llegará a cursar algún trastorno antes de cumplir 75 años. De acuerdo a la OMS se estima que para el año 2020 se espera que sea la segunda causa de incapacidad.

En algunos estudios mencionan de la relación de obesidad, la depresión y ansiedad, con más frecuencia en las mujeres que los hombres. Los trastornos psicológicos reportados en el paciente obeso incluyen: depresión, ansiedad, alteraciones emocionales de la imagen corporal y un subgrupo de pacientes tienen problemas graves con su conducta alimentaria. De acuerdo con el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales y del Comportamiento* (DSM IV) de la Asociación Psiquiátrica Americana, se distinguen entre los trastornos de la conducta alimentaria: la anorexia nerviosa, la bulimia y una categoría residual donde destaca el trastorno por “atracones”. Se estima que entre 20 y 45% de los pacientes obesos que acuden a tratamiento para reducción de peso sufren estos trastornos.(26) La obesidad, depresión u otro trastorno psiquiátrico y/o médico crónico puede conducir a reducción de la actividad física o un mayor consumo de alimentos, lo cual deriva en un mayor riesgo de obesidad, aumento de los síntomas de la depresión, la actividad cotidiana limitada, y/o complicaciones de una enfermedad crónica. La depresión puede incrementar el riesgo de ganancia ponderal ya que se ha comprobado que los síntomas depresivos pueden conducir a los atracones de comida, especialmente en mujeres de raza blanca.

Esta asociación obesidad-depresión es común e incrementa el riesgo de problemas de salud pública, en un meta análisis se menciona que los pacientes con depresión tienen el 58% de padecer obesidad y a su vez el paciente obeso tiene el 55% de padecer depresión.

El diagnóstico de obesidad se realiza de manera clínica, en el caso de depresión se realiza con la aplicación de escalas como lo es la escala de Zung que es autoaplicable con una sensibilidad 92 % y especificidad 71%. Es por ello que la relación de estas dos patológicas pueda llevarse en el primer nivel de atención en nuestra unidad de medicina familiar No. 92 en el año 2012 ya que se cuenta con los recursos físicos y humanos, además que la población presenta características similares a los estudios realizados anteriormente; con lo anterior nos planteamos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la relación de la obesidad con la depresión en el adulto?

III. JUSTIFICACIÓN

III.1 ACADÉMICA

A través del presente estudio, establecer a la depresión como un factor altamente asociado al diagnóstico de obesidad y de esta manera generar un perfil de atención integral del paciente obeso en primer contacto.

III.2 CIENTÍFICA

Cada vez hay más evidencia de que la depresión puede relacionarse con padecimientos como enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus. Los estudios sugieren que el vínculo entre la depresión e estos padecimientos pueden operar a través del síndrome metabólico. El síndrome metabólico es una agrupación de factores de riesgo asociados con eventos cardiovasculares y la diabetes, e incluye al menos tres de las siguientes condiciones: obesidad abdominal, niveles altos de triglicéridos, alteraciones de las lipoproteínas, presión arterial alta, y alteraciones de la glucosa). La depresión se ha relacionado con anomalías metabólicas, tales como obesidad abdominal, hipertensión arterial y la resistencia a la insulina. Se ha propuesto que el estrés causa depresión y sucesivos malos hábitos de salud que puede conducir al síndrome metabólico y la subsiguiente enfermedad cardíaca coronaria. Por otra parte más biológica se han propuesto mecanismos, probablemente uno de los más importantes es la alteración del eje hipotalámico -pituitario -adrenal (HPA) , de los cuales el cortisol es un componente esencial . La alteración del eje HPA se asocia típicamente con estrés crónico y un número de estudios han descrito una asociación entre la depresión y los niveles elevados de cortisol y a su vez , los niveles elevados de cortisol se han relacionado con los componentes del síndrome metabólico tales como la obesidad abdominal y la intolerancia a la glucosa. Por todo ello es importante reconocer la posible relación de la obesidad y la depresión.

III.3 SOCIAL

México en los últimos años ha mostrado un incremento en la prevalencia de la obesidad, en el 2010 se tenía un 24 % de prevalencia en mayores de 15 años con un IMC mayor de 30, por lo que el sistema de salud tuvo que promover diferentes planes para poder modificar o detener este fenómeno.

Por lo que la obesidad es actualmente considera un problema de salud pública por lo que todos los niveles de atención deben de estar involucrados y no solo ellos si no todos los servicios médicos con los que se cuenta. La atención del paciente

obeso debe de considerar los aspectos bio-psico-sociales de los individuos para con ello valorar, conocer o determinar posibles factores ambientales, sociales, psicológicos, demográficos que estén influyendo en el aumento de la incidencia de esta patología. En este estudio deseamos conocer la relación del grado de obesidad con el grado de depresión, con la finalidad de conocer la asociación de estos para poder plantear a futuro la necesidad de una atención integral, hablando del lado psicológico que puede influir de una manera positiva o negativa en el control de la obesidad

Debido a que la obesidad es el principal factor de riesgo modificable para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles como diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares (que son las dos principales causas de mortalidad general en adultos mexicanos) y ciertos tipos de cáncer, la obesidad ha sido reconocida como uno de los problemas de salud pública más importantes del país. No obstante, hasta hace muy poco se ha reconocido que la obesidad es un problema prioritario que requiere de atención y acciones intersectoriales inmediatas para mejorar la prevención, diagnóstico oportuno y control en la población. El Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria (ANSA) de México, firmado en 2010 ha sido el primer esfuerzo que contó con una política explícita para la prevención de la obesidad y sus enfermedades crónicas asociadas.

III.4 ECONÓMICA

Reconociendo que la obesidad es un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas, que a su vez generan un alto costo en los sistemas de salud y conociendo que la Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que para el año 2020, la depresión será la segunda causa de incapacidad del mundo, es de suma importancia reconocer la posible asociación de estas patologías, para plantear nuevas estrategias para su control y manejo. Afectando a la economía de nuestras familias mexicanas, teniendo como consecuencia desintegración de los miembros y disfuncionalidad familiar.

IV. HIPÓTESIS

Si los pacientes de 20 y 59 años de la UMF 92 cursan con obesidad entonces presentaran algún grado de depresión

IV.1 ELEMENTOS DE LA HIPÓTESIS

IV.1.1 UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Pacientes de 20 a 59 años de edad de la UMF 92

IV.1.2 VARIABLES

IV.1.2.1 DEPENDIENTE

Depresión

IV.1.2.2 INDEPENDIENTE

Pacientes con diagnóstico de obesidad

IV.1.3 ELEMENTOS LÓGICOS

Si, las, cursan, con, entonces, presentan algún grado de.

V. OBJETIVOS

V.1 OBJETIVO GENERAL

Relacionar los pacientes con obesidad y algún grado de depresión en los adultos de 20 a 59 años de edad en el período de Enero a Diciembre 2012

V.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar el grado de obesidad en pacientes de 20 a 59 años de edad en el período de Enero a Diciembre 2012.
- Mencionar la edad de los pacientes obesos de 20 a 59 años de edad en el período de Enero a Diciembre 2012.
- Citar el género de los pacientes obesos de 20 a 59 años de edad en el período de Enero a Diciembre 2012.
- Mostrar el grado de escolaridad de los pacientes obesos de 20 a 59 años de edad en el período de Enero a Diciembre 2012.
- Determinar el grado de depresión en los pacientes obesos de 20 a 59 años de edad en el período de Enero a Diciembre 2012.

VI. MÉTODO

VI.1 TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional, analítico, prospectivo y transversal

VI.2 DISEÑO DEL ESTUDIO

Conociendo a la población con diagnóstico de obesidad de la unidad reportado por el servicio de nutrición del 2010 se realizó un cálculo del tamaño muestral de 280 pacientes. El estudio fue observacional por lo que no se realizó acción activa sobre las variables, ya que la escala que se utilizó es autoaplicable, la cual fue evaluada por parte del investigador por medio del programa SPSS versión 20 realizando un análisis estadístico descriptivo de las variables, Chi- cuadrada y correlación de variables.

VI.3 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	ITEM
EDAD	Edad, del latín aetas, es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo	Años cumplidos en el momento del estudio.	CUANTITATIVA DISCRETA	1.- 20-30 AÑOS 2.- 31-40 AÑOS 3.- 41-50 AÑOS 4.- MÁS DE 50 AÑOS	1
GÉNERO	el término 'género' está directamente relacionado con la biología y la identidad sexual de los seres vivos	Condiciones físicas que determinan el ser humano como hombre y mujer	CUALITATIVA NOMINAL	FEMENINO MASCULINO	2

ESCOLARIDAD	Grado de estudios de un individuo.	Número de años cursados	CUALITATIVA NOMINAL	1. LEER Y ESCRIBIR 2 PRIMARIA INCOMPLETA 3 PRIMARIA TERMINANDA 4 SECUNDARIA INCOMPLETA 5 SECUNDARIA TERMINADA 6 MEDIA SUPERIOR INCOMPLETA 7 MEDIA SUPERIOR TERMINADA 8 LICENCIATURA INCOMPLETA 9 LICENCIATURA COMPLETA	3
OBESIDAD	IMC se define como el resultado del peso corporal entre l a talla al cuadrado (IMC = peso/talla ²). Obesidad es un IMC mayor 30	IMC 1.- OBESIDAD GRADO I 30-34.9 2.- OBESIDAD GRADO II 35-39.9 3- OBESIDAD GRADO III >40	CUANTITATIVA CONTINUA	Kg/m ²	6
DEPRESIÓN	Es una alteración patológica del estado de ánimo con descenso del humor en el que predominan los síntomas afectivos.	Grado de depresión Puntaje observado en escala para determinar el grado de depresión.	CUANTITATIVO O DISCRETO	1.-25-49 normal. 2.-50-59 ligeramente deprimido. 3.-60-69 moderadamente deprimido. 4.-70 o más severamente deprimido.	Escala de Zung ITEM 1-20

VI. 4 UNIVERSO DE TRABAJO

Pacientes que sean diagnosticados por parte del servicio de nutrición en la UMF 92 y cumplan los criterios de inclusión.

TAMAÑO DE LA MUESTRA

MUESTRA FINITA

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

N=1164 (total de obesos diagnosticados en el 2010 de la UMF)

$Z\alpha^2 = 1.96$

p=0.6 (prevalencia de obesos adultos IMSS oriente)

q=0.4

d=0.05

$$n = \frac{1164 \times 1.96^2 (0.6 \times 0.4)}{0.05^2 (1164 - 1) + 1.96^2 (0.6 \times 0.4)}$$

$$n = \frac{1164 \times 3.84 (0.24)}{0.0025 (1163) + 3.84 (0.24)}$$

$$n = \frac{4469 (0.24)}{2.9075 + 0.9216}$$

$$n = \frac{1072.74}{3.8291}$$

$$n = 280$$

VI.4.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Ser derechohabiente al IMSS
- Pertenecer a la UMF 92
- No tener antecedentes personales de padecimientos psiquiátricos
- Corresponder al grupo de edad en estudio de 20-59 años
- Un IMC igual o mayor a 30
- Haber aceptado participar en el estudio por medio del consentimiento informado.

VI.4.2 CRITERIO DE EXCLUSIÓN

- Tener antecedentes de padecimientos psiquiátricos o uso de medicamentos antidepresivos antes o durante el estudio
- Toxicomanías positivas
- Tener algún problema de déficit de atención o discapacidad mental
- IMC menor a 30.
- Ser analfabeta

VI.4.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- No querer participar en el estudio
- Aquellos cuestionarios que no sean respondidos en su totalidad o de manera correcta ya que no podrán ser cuantificados en el puntaje para la clasificación del grado de depresión si es que hubiera.

VI.5 INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

VI.5.1 DESCRIPCIÓN

La Escala autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depresión Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965,(16) es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país y ha tenido una amplia difusión

VI.5.2 VALIDACIÓN

Los datos de esta escala son sensibilidad 91 % y especificidad 72% de cuando se aplica para detección de casos en población clínica o en población general.

VI.5.3 APLICACIÓN.

Es una escala autoaplicada formada por 20 frases relacionadas con la depresión, formuladas la mitad en términos positivos y la otra mitad en términos negativos. El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo). El rango de calificación es de 20-80, considerando 25-49 rango normal, 50-59 Ligeramente deprimido, 60-69 Moderadamente deprimido y 70 o más, Severamente deprimido.

VI.6 DESARROLLO DEL PROYECTO

El presente estudio se realizará en la UMF 92 de la subdelegación oriente del IMSS la cual se encuentra localizada en Av. Central esquina Santa Prisca, considerando a los pacientes que acudan al servicio de nutrición de dicha unidad y que a su vez son referidos de los consultorios esta unidad para orientación nutricional por diversos padecimiento, en ellos se aplicaron los criterios de inclusión, exclusión y/o eliminación se entrego escala de Zung a los pacientes para su autoaplicación.

VI.7 LÍMITE DE ESPACIO

El presente estudio se realizara en la Unidad de Medicina Familiar en el servicio de nutrición con la finalidad de poder captar a los pacientes de todos los consultorios, en dicho servicio se aplicó la escala de Zung, en quienes cumplieron con criterios y aceptaron por medio del consentimiento informado su participación en el estudio.

VI.8 LÍMITE DE TIEMPO

El presente estudio se realizo en el período comprendido de Enero a Diciembre del año 2012.

VI.10 DISEÑO DE ANALISIS

ANALISIS ESTADISTICO

Se analizaron las variables de tipo cualitativo por medidas de frecuencias y porcentajes. En caso de las variables cuantitativas se realizo por medio de medidas de tendencia central (media, moda y desviación estándar)..

En un segundo momento se utilizó la correlación de variables y chi-cuadrada para las variables dependiente e independiente.

Se utilizó el programa SPSS versión 20 para el análisis estadístico.

VII IMPLICACIONES ÉTICAS

La presente investigación se apegó a los lineamientos éticos de la ley general de Salud en materia de investigación pública en el Diario Oficial de la Federación en el párrafo tercero del artículo 4 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; por lo que no se viola y se guía a los médicos en la investigación biomédica y de acuerdo a la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial adoptada en la 18^a asamblea Médica Mundial en Filadelfia en junio de 1964 y enmendada en la 52^a asamblea general de Edimburgo, Escocia en Octubre del 2000. Y de acuerdo a la ley General de salud en materia de investigación de nuestro país se toma en consideración el título segundo, capítulo primero, artículo 17, sobre investigación sin riesgo, debido a que los individuos que participen en el estudio, únicamente aporten datos a través de un cuestionario, así como la toma de medidas antropométricas; las cuales no provocan daños físicos y/o mentales, para este efecto se pedirá el llenado de consentimiento informado de los pacientes que aceptaron participar en el estudio, este estudio conlleva un riesgo mínimo.

Es por ello que se realizó el consentimiento informado para el presente estudio. (anexos)

X. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS

En el presente estudio de “Obesidad asociada a depresión en adultos en una Unidad de Medicina Familiar” en el que se realizó un estudio observacional, analítico, prospectivo y transversal, siendo calculada una muestra de tipo finita obteniendo una población de $n=280$ quienes cumplieron con los criterios de inclusión. (Tabla 1 y Gráfico 1) El grado de obesidad que se encontró fue: la obesidad grado I con una frecuencia de 196 (70%), obesidad grado II se encontró una frecuencia de 48 (17.1%) pacientes y en la obesidad grado III se obtuvo una frecuencia de 36 (12.9%). Se puede mencionar que la edad mínima de la población es de 20 años y la edad máxima corresponde a 59 años con una media de 45.4, mediana de 48 y una moda de 59 años (tabla 2 y gráfico 2). El porcentaje por género de la población se observó del género femenino 215 (76.8%) comparado con un número de 65 (23.2%) pacientes del género masculino (tabla 3 y gráfico 3). La escolaridad de la población predominando la secundaria completa con una frecuencia de 65 (23.2%) pacientes del total de la población y en menor frecuencia la licenciatura incompleta con un número de 17 (6.1 %) (tabla 4 y gráfico 4).

Por otra parte, los resultados de la Escala de Zung la cual fue el instrumento que se utilizó para valorar a la variable depresión en donde se encontraron los siguientes resultados: 204 (72.9%) normal, ligeramente deprimidos 56 (20 %), moderadamente deprimidos 19(6.8%) y severamente deprimidos 1(0.4%) (tabla 5 y gráfica 5).

La relación que existe entre ambas variables obesidad-depresión corresponde a una Z cuadrada de 0.10 lo que representa el 10 % de la población obesa. (tabla 6 y gráfico 6)

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio en comparación de lo que se menciona en el marco teórico de acuerdo con el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales y del Comportamiento* (DSM IV) de la Asociación Psiquiátrica Mexicana, se distinguen entre los trastornos de la conducta alimentaria: la anorexia nerviosa, la bulimia y una categoría residual donde destaca el trastorno por “atracones”. Se estima que entre 20 y 45% de los pacientes obesos que acuden a tratamiento para reducción de peso sufren estos trastornos. Los sujetos sufren un fuerte rechazo y vergüenza por su físico, preocupación por el peso y la silueta, idealización de la delgadez, largo antecedente de fracaso en las dietas y dinámica muy alterada de alimentación, llena de sentimientos de angustia, vergüenza y culpa, con frecuencia acompañada de abuso de sustancias, trastornos del control de impulsos y depresión, en nuestra población en estudio de los 280 pacientes el 72.9% (204 pacientes) de acuerdo a la escala de Zung se encuentra en un rango normal esto significa sin depresión y por lo tanto 76 pacientes (27.1 %) de nuestra población se encuentra en algún grado de depresión en una correlación de variables podemos describir que de los pacientes ligeramente deprimidos que son un total de 56 pacientes de los cuales se encontraron en el grado I de obesidad un número de 36 pacientes, en la obesidad grado II se encontraron 9 pacientes y el grado III un número de 11 pacientes; en lo que respecta al grado del rango de moderadamente deprimidos se obtuvieron un total de 19 pacientes distribuidos de la siguiente manera en el grado I de obesidad se obtuvieron 11 pacientes en el grado II de obesidad se obtuvieron 4 pacientes al igual que en el grado III de obesidad y por último en el rango de severamente deprimido se encontró un solo paciente que se encontró en el grado I de obesidad.

En comparación a lo mencionado en el artículo *Measurement matters in the association between early adolescent depressive symptoms and body mass index*(28) donde se menciona que la asociación de estas características obesidad-depresión no es tan significativa pero sin embargo en nuestro estudio, se observa una correlación lineal de las variables obteniendo un índice de Pearson de 0.109 lo que para nuestra población no es significativo, sin embargo cabe mencionar que la diferencia de estos resultados en comparación a la bibliografía pueden ser por la diferencia de las poblaciones en estudio, ya que en nuestro medio no se cuenta con datos estadísticos de ello.

XI. CUADROS Y GRÁFICOS

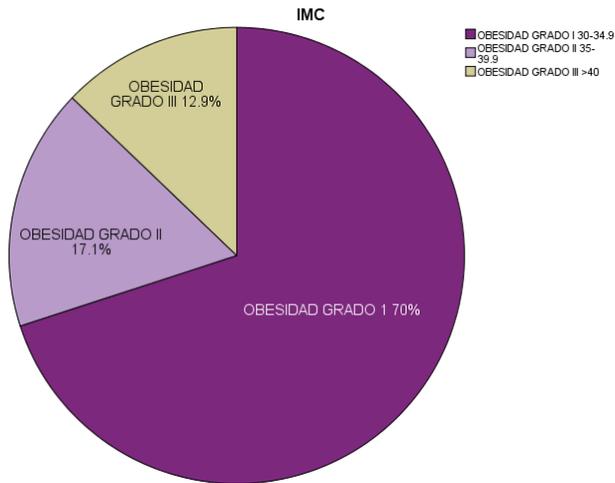
RESULTADOS

Tabla 1. Grado de obesidad de adultos 20-59 años de edad

GRADO DE OBESIDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
OBESIDAD GRADO I	196	70.0%	70.0%
OBESIDAD GRADO II	48	17.1%	87.1%
OBESIDAD GRADO III	36	12.9%	100.0%
Total	280	100.0%	

FUENTE DE INFORMACIÓN ENCUESTA

Gráfico 1. Grado de obesidad de adultos 20-59 años de edad



FUENTE DE INFORMACIÓN ENCUESTA

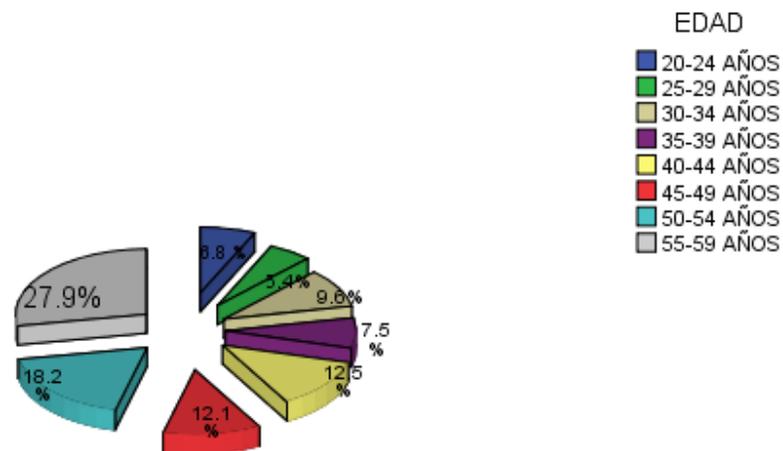
En la tabla 1 así como en el gráfico 1 se puede observar que del total de la población de 280 pacientes quienes cumplieron el criterio de un grado de obesidad el 70% de ellos tienen una obesidad grado I, el 17.1% corresponde a una obesidad grado II y el 12.9% a una obesidad grado III; con ello podemos mencionar que el grado de obesidad más predominante de nuestra comunidad es el grado I.

Tabla 2. Edad de pacientes obesos de 20 a 59 años de edad de la UMF 92

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
EDAD	20-24 AÑOS	19	6.8 %	6.8%
	25-29 AÑOS	15	5.4%	12.1%
	30-34 AÑOS	27	9.6%	21.8%
	35-39 AÑOS	21	7.5%	29.3%
	40-44 AÑOS	35	12.5%	41.8%
	45-49 AÑOS	34	12.1%	53.9%
	50-54 AÑOS	51	18.2%	72.1%
	55-59 AÑOS	78	27.9%	100.0%
	Total	280	100.0	
	Mediana 48	Moda 59	Media 45.43	DesvEs. 11.37

Fuente de información encuesta

Grafico 2. Edad de adultos obesos de 20-59 años de edad



Fuente de información encuesta

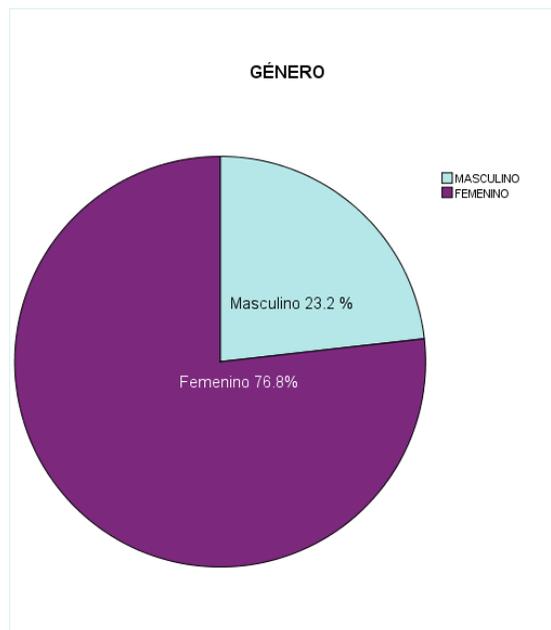
De acuerdo a la información mostrada en la tabla 2 y gráfico 2 en donde se realiza el análisis estadístico por edad y donde se incluyen a las 280 pacientes de la muestra quienes cumplieron con los criterios de inclusión se puede mencionar que la edad mínima de la población es de 20 años y la edad máxima corresponde a 59 años con una media de 45.4, mediana de 48 y una moda de 59 años.

Tabla 3. Género de los pacientes obesos de 20 a 59 años de edad

		Frecuencia	Porcentaje
Género	MASCULINO	65	23.2%
	FEMENINO	215	76.8%
	Total	280	100.0%

FUENTE DE

INFORMACIÓ ENCUESTA

Gráfico 3. Género de los pacientes con diagnóstico de obesidad

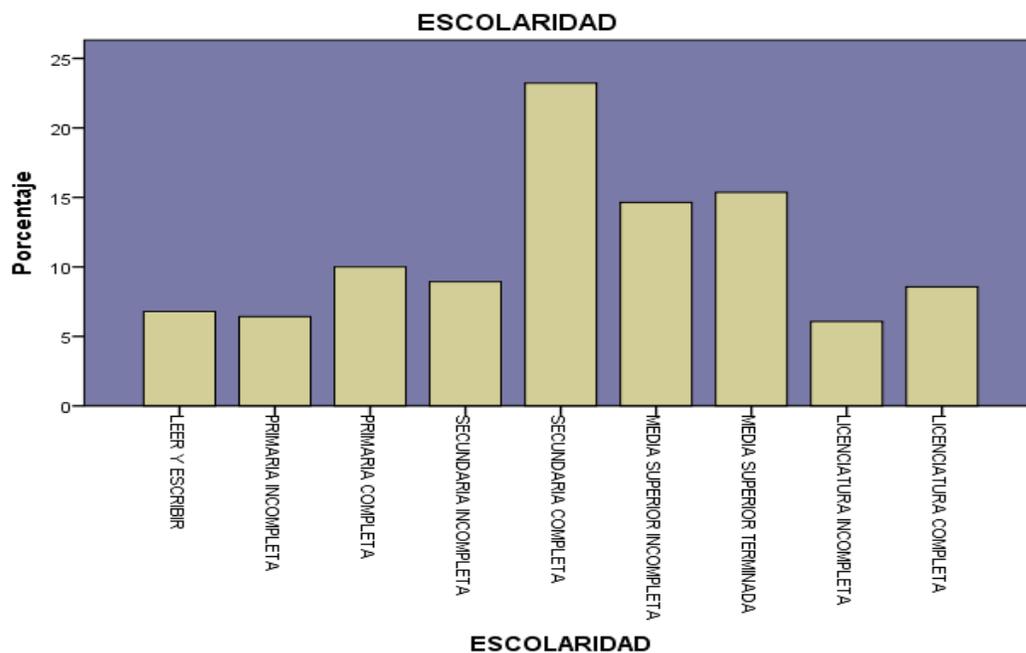
En la Tabla 3 se muestra el porcentaje por género de la población en donde se observa 215 pacientes del género femenino que corresponde al 76.8% y un número de 65 pacientes del género masculino que corresponde a un 23.2% haciendo el total del 100% de la población.(Gráfico 3)

Tabla 4. Escolaridad de los pacientes obesos

ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
LEER Y ESCRIBIR	19	6.8%	6.5%
PRIMARIA INCOMPLETA	18	6.4%	13.2%
PRIMARIA COMPLETA	28	10.0%	23.2%
SECUNDARIA INCOMPLETA	25	8.9%	32.1%
SECUNDARIA COMPLETA	65	23.2%	55.4%
MEDIA SUPERIOR INCOMPLETA	41	14.6%	70.0%
MEDIA SUPERIOR TERMINADA	43	15.4%	85.4%
LICENCIATURA INCOMPLETA	17	6.1%	91.4%
LICENCIATURA COMPLETA	24	8.6%	100.0%
Total	280	100.0	

Fuente de información encuesta.

Gráfico 4. Escolaridad de pacientes obesos



FUENTE DE INFORMACIÓN ENCUESTA

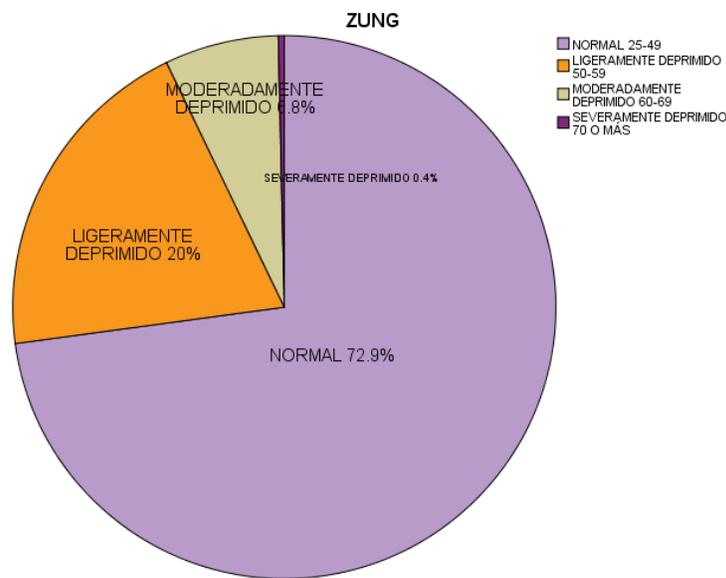
En la tabla 4 se observa que el grado de escolaridad de mayor frecuencia fue 65 (23.2%) pacientes de secundaria completa en comparación a la de menor frecuencia, 17 (6.1%) contaron con licenciatura incompleta. (Gráfico 3)

Tabla 5. Escala de depresión ZUNG

Escala de ZUNG	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NORMAL	204	72.9 %	72.9 %
LIGERAMENTE DEPRIMIDO	56	20.0 %	92.9 %
MODERADAMENTE DEPRIMIDO	19	6.8 %	99.6 %
SEVERAMENTE DEPRIMIDO	1	.4 %	100.0 %
Total	280	100.0	

Fuente de información encuesta

Gráfico 5. Escala de depresión ZUNG



Fuente de información encuesta

En la tabla 5 así como en su gráfico número 5 se puede observar que el 72.9% de acuerdo a la escala de Zung es calificada como normal eso quiere decir que sin depresión y el 20% de nuestra muestra 56 pacientes tenían un grado de ligeramente deprimido, 19 pacientes 6.8%

Poseen un grado moderadamente deprimido y un solo paciente 0.4% con una severa depresión.

Tabla 6. Correlación OBESIDAD * DEPRESIÓN

CORRELACIÓN	ZUNG (DEPRESIÓN)				Total
	NORMAL	LIGERAMENTE DEPRIMIDO	MODERADAMENTE DEPRIMIDO	SEVERAMENTE DEPRIMIDO	
OBESIDAD GRADO I	148	36	11	1	196
OBESIDAD GRADO II	35	9	4	0	48
OBESIDAD GRADO III	21	11	4	0	36
Total	204	56	19	1	280

Fuente de información encuesta

Pruebas de Chi-cuadrada- 0.479

Correlación de Pearson- 0.10

Gráfico 6. Correlación OBESIDAD-DEPRESIÓN en adultos de 20 a 59 años de edad en UMF 92

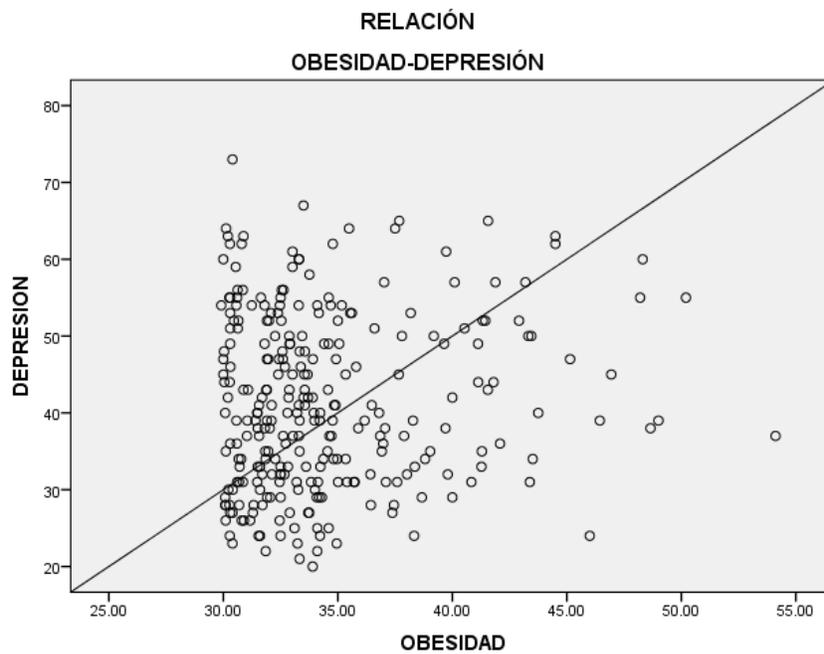


Tabla 6 y gráfica 6 donde se muestra la relación de obesidad-depresión, obteniendo valor de X cuadrada de 0.10 por lo que se considera el 10% de la población siendo así no significativa.

XII. CONCLUSIONES

En el presente estudio realizado se puede concluir que la asociación de obesidad y depresión no existe de manera significativa. Por lo que podría plantearse un siguiente estudio en donde se limitara a la población con un grado de obesidad específico como en este caso un grado II ya que al observar la asociación de las variables obesidad-depresión en nuestros resultados observamos que la incidencia de depresión en los pacientes se incrementa con el IMC. Por ello es importante reconocer esta asociación para poder plantear una intervención de tipo integral, con la finalidad de plantear nuevas estrategias terapéuticas e intervencionista para poder contribuir de manera positiva en estos pacientes.

El objetivo del estudio de reconocer una asociación de nuestras variables es relevante ya que en nuestro medio y en nuestra población el incremento de la prevalencia e incidencia de la obesidad la cual ha llegado a ser un problema de salud pública, nos involucra a todos los niveles de servicio y en nuestro caso como médicos familiares – médicos de primer contacto con los pacientes debemos de reconocer los factores que contribuyan al incremento, así como plantear estrategias para controlarlo; de ahí que nuestro estudio nos plantea la necesidad de valoración psicológica o psiquiatría en el caso de considerar como factor contribuyente para la patología algún desorden de tipo depresivo, para poder realizar los envíos necesarios a los servicios de segundo nivel de manera adecuada y oportuna para evitar las complicaciones que se conocen y reconocen por la obesidad como la literatura médica lo indica.

XIII. RECOMENDACIÓN

La obesidad es actualmente reconocida como un problema de salud pública por lo que se han planteado diversas líneas de investigación, entre los factores asociados para incremento de este padecimiento se menciona a la depresión, en el marco teórico se mencionan lagunas publicaciones donde se reafirma ello; sin embargo en este estudio no se observa una relación elevada de depresión en los pacientes obesos pero sin en cambio si se observa una asociación entre el grado de obesidad y el grado de depresión, por lo que si es necesario realizar una atención integral de los pacientes, para poder reconocer factores o co-factores asociados y con ello evitar complicaciones y ofrecer atención oportuna al paciente.

Reconocer esta asociación de obesidad y depresión es de suma importancia, ya que los datos epidemiológicos de ambas patologías han mostrado un incremento en nuestra población y que ambas pueden generar complicaciones serias en la población; es por ello la necesidad que se tiene en nuestro medio generar y plantear nuevas estrategias para la prevención de ambas patologías.

A nivel investigación y académico sería importante plantear una línea de investigación prospectiva comparando quizás la pérdida de peso en pacientes obesos con una atención bio-psico-social y no de una manera biológica exclusiva, con las características de nuestra población, ya que los estudios reportados y consultados para la realización de este estudio son de poblaciones con características diferentes a la nuestra.

XIV. BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Luckie DA, Cortés VF, Ibarra MS. Obesidad: trascendencia y repercusión médico-social. Rev Med Quir. 2009; 14(4): 192.
- 2.- Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva No 311, Mayo 2012. Obesidad y sobrepeso, [consultada el día 5 de Septiembre 2012] disponible <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.
- 3.- Diaz VA. La obesidad en México. Rev. Salud Pública. Fundación Este País. 2011; (239): 61-64
- 4.- Barquera S, Campos I, Hernández L, Pedroza A, Rivera JA. Prevalencia de obesidad en adultos mexicanos, ENSANUT 2012. Rev Salud Pública Mex 2013.55 (2):151-160.
- 5.- Hernández J, Licea ME, Castelo L. Respuestas para algunas preguntas sobre obesidad y cirugía bariátrica. Rev Cubana de Endocrinol. 2013; 24(1):70-93
- 6.- Varela G, Obesity and Sedentarism in the 21st Century: What can be done and what must be done?. Rev Nutr Hosp. 2013;28 (5):1-12
- 7.- NORMA Oficial Mexicana NOM-008-SSA3-2010, Para el tratamiento integral del sobrepeso y la obesidad. Publicada en el Diario Oficial de la Federación 7 Julio 2010. México.
- 8.- Instituto Mexicano del Seguro Social. Guía práctica clínica Prevención, Diagnóstico y tratamiento del Sobrepeso y Obesidad Exógena. México. Actualización 2011.
9. - López F, Corte M, Obesity and the Heart, Rev Esp Cardiol. 2011;64(2):140–149
- 10.- Rosales R, Antropometría en el diagnóstico de pacientes obesos: una revisión. Nutr. Hosp. 2012;27(6): 1803-1809.
- 11.- Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva No 311, actualización Marzo 2013. Obesidad y sobrepeso, [consultada el día 5 de Septiembre 2013] disponible <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>.

12.-Gracia AM, La obesidad como enfermedad, la obesidad como problema social. Rev Fac Med 2011 May-Jun ; (54) :20-28.

13.- Barrera A. Escenario actual de la obesidad en México. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2013;51(3):292-99

14.- Rossen RM, Alegria M, Chen C, Laderman M, Roberts R. The relationship between obesity and psychiatric disorders across ethnic and racial minority groups in the United States. Eating Behaviors 2011: (12):1-8.

15.- Heiskanen T, Koivumaa H, Niskanen L, Lehto S, Honkalampi K, et. al. Depression and major weight gain: A 6-year prospective follow-up of outpatients. Comprehensive Psychiatry (internet) 2013 (consultada 10 Agosto 2013) (54) 599-604. Disponible en: www.elsevier.com/locate/comppsy

16.- Blomquist KK, Milson VA, Barnes RD, Boeka AG, White MK, et. al. Metabolic syndrome in obese men and women with binge eating disorder: developmental trajectories of eating weight-related behaviors. Comprehensive Psychiatry (internet) 2012 (consultada 10 Agosto 2013) (53) 1021-1027 Disponible en: www.elsevier.com/locate/comppsy

17.-Jáuregui I, Rivas M, Montaña MT, Morales MT. Influencia de los estereotipos en la percepción de la obesidad. Nutr Hosp 2008; 23(4): 319-325_

18.-Jáuregui I, Marcos L, Rivas M, Rodríguez L, Gutiérrez N. Aspectos transculturales en la percepción de la obesidad. Rev Cubana Aliment Nutr 2010;20(2):226-237

19.- Ruíz I, Santiago MJ, Bolaños P, Jáuregui I. Obesidad y rasgos de personalidad. (internet). Transtornos de la conducta alimentaria 12. 2010 (consultada 10 Julio 2013) 1330-1338. *Disponible en:* www.tcasevilla.com/archivos/obesidad_y_rasgos_de_personalidad.pdf

20.- Cantero-Tellez EA, Ramirez-Paez JA, Factores psicosociales y depresión laboral: una revisión, Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2009; 47 (6): 627-636

21.- Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva 9 Octubre 2012. La depresión una crisis global [consultada el día 5 de Diciembre 2012] disponible: http://www.paho.org/gut/index.php?option=com_content&view=article&id=610:a-mundial-de-la-salud-mental:-la-depresin,-una-crisis-global&catid=711:salud-de-las-familias-y-del-individuo-por-etapa-de

- 22.- Wagner F, González C, Sánchez S, García C, Gallo J. Enfocando la depresión como problema de salud pública en México. Rev Salud Mental 2012;35(1):3-11
- 23.- Berenzon S, Lara MA, Robles R, Medina-Mora ME. Depresión: estado del conocimiento y la necesidad de políticas públicas y planes de acción en México. Rev Salud Pública Mex 2013;55: 74-80.
- 24.- Albores L, Navarro L. Percepción parental de la imagen corporal, psicopatológica y factores de riesgo para sobrepeso y obesidad de preescolares en la comunidad. Rev Saludarte. 2013; 11(1): 17-27.
- 25.- Campbell MH, Maynard D, Roberti JW, Emmanuel MK. A Comparison of the Psychometric Strengths of the Public-domain Zung Self-rating Depression Scale with the Proprietary Beck Depression Inventory-II in Barbados. West Indian Med J 2012; 61 (5): 484
26. – Pereyra R, Ocampo J, Silva V, Vélez E, Costa D, et. al. Prevalencia y factores asociados con síntomas depresivos en estudiantes de ciencias de la salud de una universidad privada de Lima, Perú 2010. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2010; 27(4): 520-26.
27. Lezama S. Propiedades psicométricas de la escala de Zung para síntomas depresivos en población adolescente escolarizada colombiana. Rev Psychol Colombia, 2012;6(1) : 91-101.
- 28.- Zavala M, Bautista J, Quevedo E, Depresión en mujeres con perimenopausia de una comunidad rural de Huimanguillo, Tabasco, México. Archivos de Medicina(internet); 2009 (consultada 20 Julio 2013) 5(4) Disponible en: <http://www.archivosdemedicina.com>
29. - Luckie DA, Cortés VF, Ibarra MS. Obesidad: trascendencia y repercusión médico-social. Rev Med Quir. 2009; 14(4): 194.
- 30.- Rhew IC, Richardson LP, Lymp J, Tiernan A, Cauley E, Vander SA. Measurement matters in the association between early adolescent depressive symptoms and body mass index. Rev General Hospital Psychiatry 2008 (30):458-466.

31.- Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Intervenciones psicológicas para el sobrepeso o la obesidad. Biblioteca Cochrane Plus: 2008(2)

32.-Compromisos Institucionales y Sectoriales, de alta prioridad. Prevalencia de Sobrepeso y obesidad 2009 (diapositiva) IMSS 2010. 28 diapositivas.

33.- Moral J, Meza C. Predicción de alteración de conducta alimentaria en mujeres mexicanas. Rev Salud Mental Mex, 2012; 35: 491-497

34.- Zung WW. A self rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 1965; 12: 63-70.

XV ANEXOS

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 92**

**“Grado de obesidad en adultos de relacionados con algún grado de depresión en una UMF”
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

A ____ de _____ del 2012
Ecatepec, Estado de México
UMF 92
No. Consentimiento _____

En México se ha mostrado un aumento de la prevalencia de la obesidad por lo que es considerada un problema de salud pública, es importante considerar los aspectos bio-psico-sociales que puedan tener relación con esta patología.

Por parte de los aspectos psicológicos, en este estudio pretendemos conocer si el grado de obesidad está relacionado con el grado de depresión en los adultos de 20 a 59 años de edad.

Para ello solicitamos a los pacientes que cumplan los criterios inclusión y acepten participar contestar una ficha de identificación y un cuestionario que consta de 20 reactivos de opción múltiple.

Considerando el artículo 4 del Diario Oficial de la Federación en el párrafo tercero y el artículo 17 de la ley General de Salud el riesgo que esta investigación representa es menor al mínimo.

Este estudio no representa beneficios para el paciente que acepte participar, sin embargo, si para poder conocer factores que estén relacionados con la obesidad y que puedan dar a futuro nuevos enfoques diagnósticos o terapéuticos.

Los resultados se darán a conocer a cada paciente de forma personalizada y en caso de ser diagnosticado algún grado de depresión se realizara el envío al servicio correspondiente para la atención del mismo, de igual manera se informa que la información obtenida será de tipo confidencial y únicamente será descriptiva de forma general y grupal de todos los pacientes que acepten participar. No se realizara mención de los resultados de manera particular de alguno de ellos.

La participación para esté estudio es de manera libre y voluntaria, sin presión o condicionante de cualquier tipo.

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

Dra. Elizabeth López Rojas R1MF
Jefatura de Enseñanza de la UMF 92
Tel 57556664 ext 51407

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a comisión de Ética de Investigación de la ONIC del IMSS: Av. Cuauhtémoc 330 4 piso Bloque B de la unidad de Congresos, Col. Doctores México, D.F. CP 06720. Tel. (55)56 27 69 00 ext. 21230. Correo electrónico conise@cis.gob.mx

Nombre y firma del paciente

TESTIGO 1

Nombre y firma de quien
obtiene el consentimiento informado

TESTIGO 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

1.- EDAD _____

2.- GÉNERO MASCULINO FEMENINO

3.- ESCOLARIDAD

- 1 LEER Y ESCRIBIR
- 2 PRIMARIA INCOMPLETA
- 3 PRIMARIA TERMINANDA
- 4 SECUNDARIA INCOMPLETA
- 5 SECUNDARIA TERMINADA
- 6 MEDIA SUPERIOR INCOMPLETA
- 7 MEDIA SUPERIOR TERMINADA
- 8 LICENCIATURA INCOMPLETA
- 9 LICENCIATURA COMPLETA

4.- PESO _____

5.- TALLA _____

6.- IMC _____

ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN PARA LA DEPRESIÓN DE ZUNG

Por favor marque una x la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. me siento decaído y triste				
2. por la mañana es cuando me siento mejor.				
3. siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.				
4. tengo problemas para dormir por la noche				
5. como la misma cantidad de siempre.				
6. Todavía disfruto el sexo.				
7. He notado que estoy perdiendo peso.				
8. tengo problemas de estreñimiento.				
9. mi corazón late más rápido de lo normal.				
10. me canso sin razón alguna.				
11. mi mente está tan clara como siempre.				
12. me es fácil hacer lo que siempre hacía.				
13. me siento agitado y no puedo estar quieto.				
14. Siento esperanza en el futuro.				
15. estoy más irritable de lo normal.				
16. me es fácil tomar decisiones.				
17. siento que soy útil y me necesitan.				
18. mi vida es bastante plena.				
19. siento que los demás estarían mejor si yo muriera				
20. todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.				

CLAVES DE MEDICIÓN PARA LA ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE DEPRESIÓN DE ZUNG

Por favor marque una x la columna adecuada.	Poco tiempo	Algo del tiempo	Una buena parte del tiempo	La mayor parte del tiempo
1. me siento decaído y triste	1	2	3	4
2. por la mañana es cuando me siento mejor.	4	3	2	1
3. siento ganas de llorar o irrumpo en llanto.	1	2	3	4
4. tengo problemas para dormir por la noche	1	2	3	4
5. como la misma cantidad de siempre.	4	3	2	1
6. Todavía disfruto el sexo.	4	3	2	1
7. He notado que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4
8. tengo problemas de estreñimiento.	1	2	3	4
9. mi corazón late más rápido de lo normal.	1	2	3	4
10. me canso sin razón alguna.	1	2	3	4
11. mi mente está tan clara como siempre.	4	3	2	1
12. me es fácil hacer lo que siempre hacía.	4	3	2	1
13. me siento agitado y no puedo estar quieto.	1	2	3	4
14. Siento esperanza en el futuro.	4	3	2	1
15. estoy más irritable de lo normal.	1	2	3	4
16. me es fácil tomar decisiones.	4	3	2	1
17. siento que soy útil y me necesitan.	4	3	2	1
18. mi vida es bastante plena.	4	3	2	1
19. siento que los demás estarían mejor si yo muriera	1	2	3	4
20. todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes.	4	3	2	1

El rango de calificación es de 20-80

25-49 normal.

50-59 ligeramente deprimido.

60-69 moderadamente deprimido.

70 o más severamente deprimido.