



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR



SECRETARÍA DE SALUD

SECRETARIA DE SALUD

UNIDAD ACADEMICA

SEDE LA MANGA

VILLAHERMOSA, TABASCO

CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS OBESOS DEPRIMIDOS EN TRES COMUNIDADES
DE MUNICIPIO DE CENTRO, TABASCO

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. RICARDO GONZALEZ PEREYRA

VILLAHERMOSA, TABASCO

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS OBESOS DEPRIMIDOS EN TRES
COMUNIDADES DE MUNICIPIO DE CENTRO, TABASCO

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA

DR. RICARDO GONZALEZ PEREYRA

AUTORIZACIONES:

P.º
DR. LUIS FELIPE GRAHAM ZAPATA
SECRETARIO DE SALUD DEL ESTADO DE TABASCO

Q. F. B. SERGIO LEON RAMIREZ
DIRECTOR DE CALIDAD Y ENSEÑANZA EN SALUD



SECRETARIA DE SALUD
DIRECCION DE CALIDAD Y
ENSEÑANZA EN SALUD

VILLAHERMOSA, TABASCO 2009

CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS OBESOS DEPRIMIDOS EN TRES
COMUNIDADES DE MUNICIPIO DE CENTRO, TABASCO

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA
FAMILIAR

PRESENTA:

DR. RICARDO GONZALEZ PEREYRA


DR. MIGUEL PABLO GARCIA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES EN SEDE MANGA

ASESOR METODOLOGICO Y ASESOR DE TESIS

VILLAHERMOSA, TABASCO

2009

**“CALIDAD DE VIDA EN LOS ADULTOS OBESOS
DEPRIMIDOS EN TRES COMUNIDADES DE MUNICIPIO DE
CENTRO, TABASCO”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

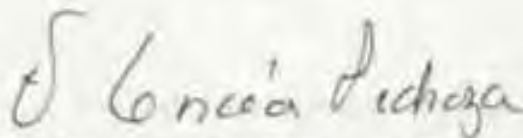
PRESENTA:

DR. RICARDO GONZÁLEZ PEREYRA


AUTORIZACIONES



DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. FELIPE DE JESÚS GARCÍA PEDROZA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.



DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

ÍNDICE

	Titulo	Páginas
I.	Antecedentes	1
II.	Planteamiento del problema	23
III.	Justificación	25
IV.	Objetivos	29
	- Objetivo general	
	- Objetivo específico	
V.	Hipótesis	30
VI.	Metodología	31
	- Tipo de estudio	
	- Población, lugar y tipo de estudio	
	- Tipo de muestra y tamaño de la muestra	
	- Criterios de inclusión, exclusión y de eliminación	
	- Información a recolectar (Variables a recolectar)	
	- Método o procedimiento para capturar la información	
	- Consideraciones éticas	
VII.	Resultados	40
VIII.	Discusión	51
IX.	Conclusiones	52
X.	Bibliografías	54
XI.	Anexos	59

Antecedentes

La obesidad representa una pandemia que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo. La tendencia temporal va en constante aumento. La enfermedad alcanza proporciones que la definen como pandemia, pues afecta a personas de los cinco continentes. Según datos de la OMS se encuentran con sobrepeso más de un billón de personas y una tercera parte de ellos en franca obesidad clínica. Las tendencias muestran incremento constante de la prevalencia a través del tiempo. Los países en desarrollo se ven afectados en estas tendencias con mayor grado de aceleración en comparación con los países desarrollados. Asimismo se observa una movilidad en la edad de inicio, pues hay un aumento en la prevalencia de obesidad a edades más tempranas.¹

El problema de la obesidad en Latinoamérica se ha calificado como el más importante dentro de las afecciones nutricionales con implicación directa en el desarrollo de enfermedades crónicas y con la mortalidad asociada. En una comparación establecida por Martorell entre nueve países de Latinoamérica, México ocupó el segundo lugar en prevalencia de obesidad (según índice de masa corporal, $IMC \geq 30$) con un valor de 10.4% entre las mujeres de 15-49 años, después de República Dominicana (12.1%). En el mismo estudio se da a conocer una prevalencia de 3.9% de obesidad en niños (1-5 años) (>2 SD arriba de la media de peso/talla) ocupando el cuarto lugar después de Perú (4.7%), República Dominicana (4.6%) y Brasil (4.1%).¹

En la Región de las Américas ha habido, en las últimas décadas, un notable incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) asociadas a estilos de vida no saludables. Estas enfermedades y trastornos en conjunto, entre los que se encuentran la hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, la enfermedad coronaria, los accidentes cerebrovasculares, la obesidad y algunos tipos de cáncer, son las principales causas de muerte, morbilidad, discapacidad y deterioro de la calidad de vida.

La obesidad, es por definición, un exceso de grasa corporal que se genera cuando el ingreso energético —el alimentario— es superior al gasto energético —determinado principalmente por la actividad física— durante un período suficientemente largo. Este desequilibrio se ve influenciado por la compleja interacción de factores genéticos, conductuales y del ambiente físico y social.

Aunque en años recientes se han identificado factores genéticos que explican la mayor susceptibilidad de algunos individuos a la obesidad, el incremento tan abrupto de la obesidad que ha ocurrido en las últimas décadas y su gran extensión obedecen

principalmente a cambios importantes en la alimentación de la población, al patrón de actividad física y a otros factores de índole sociocultural.²

En la actualidad la obesidad se considera un trastorno metabólico que se define como una excesiva cantidad de grasa o tejido adiposo en relación a la masa muscular del cuerpo. La obesidad puede detectarse a través del estado nutricional con el cálculo del índice de masa corporal (IMC), el cual es el indicador que tiene la más alta correlación con la grasa corporal. El IMC es una medida que se obtiene al dividir el peso en kilogramos de una persona entre el cuadrado de su altura en metros.³

La obesidad ha alcanzado las proporciones de una epidemia mundial que afecta tanto a países desarrollados como a naciones en desarrollo. En México, las cifras de obesidad y sobrepeso se han incrementado hasta en un 46% en los últimos diez años (las más altas se presentan en la región norte).^{3,4} Los estudios en nuestro país de acuerdo a los puntos⁴

De corte del IMC, muestran prevalencias variables y no siempre comparables, quizás por la estratificación de las poblaciones en estudio (mezcla de poblaciones urbanas y rurales).

Dicha epidemia parece ser consecuencia principalmente de la vida moderna y el acceso a grandes cantidades de alimentos ricos al paladar y altos en calorías, y a una limitada actividad física.

Hay una amplia evidencia en estudios llevados a cabo en gemelos y en núcleos familiares en donde se ha demostrado que los genes juegan un papel importante en la obesidad, siendo la mayoría de los genes necesarios, pero no suficientes para causarla, ya que al analizar datos de 25 mil pares de gemelos y un total de 50 mil miembros de familias, se encontró que la obesidad calculada mediante el IMC, tiene una contribución genética (heredabilidad) del 67% y una contribución ambiental del 33%.⁸ Sin embargo hay un amplio rango de porcentajes de heredabilidad para los diversos indicadores de la obesidad en las diferentes poblaciones, lo cual ha sido atribuido a los diversos métodos utilizados en los diseños o bien a la gran heterogeneidad entre las diferentes muestras poblacionales. Múltiples estudios genéticos realizados en 1999 han asociado a los fenotipos de obesidad con diversas regiones cromosómicas con más de 300 genes, que aumentaron a 430 genes en el 2004. Desde el año de 1994 se inició con una base de datos que se actualiza año con año con la finalidad de lograr el establecimiento del mapa genético de la obesidad, hasta ahora se han descrito 208 regiones cromosómicas denominadas loci de rasgos cuantitativos o QTLs (por sus siglas en inglés).⁵

La determinación de estos últimos es parte de las estrategias utilizadas para el estudio de los genes ligados específicamente a la obesidad, teniendo la característica de que se estudian idealmente en núcleos familiares para llevar a cabo un barrido genómico amplio con el fin de detectar regiones cromosómicas o QTLs.⁶

La clasificación etiología 1. Esencial: es la más frecuente 2. De origen endocrino:

Obesidad ovárica: se observa en el síndrome de Stein-Leventhal que se caracteriza por oligomenorrea o amenorrea, hirsutismo y aumento progresivo de peso.

Hiperinsulinemia: en diabetes tipo 2 con hiperinsulinemia o bien diabetes tipo 2 en pacientes que precisan insulina. Esto se debe a que la insulina es una hormona anabolizante que favorece la síntesis de grasa y su depósito en el tejido adiposo.

Hiperfunción suprarrenal: con aumento de la producción de glucocorticoides como sucede en la enfermedad o síndrome de Cushing que conlleva un incremento de peso con una distribución característica de la grasa en la región faciotroncular del cuerpo. Hipotiroidismo: cursa con incremento de peso.

3. de origen hipotalámico: este tipo de obesidad ha sido repetidamente demostrado en modelos animales, pero es poco frecuente en humanos. Esta lesión provoca hiperfagia y, como consecuencia, obesidad. Se asocia a traumatismos, tumores, infecciones, cirugía, etc.

4. De origen genético: esta causa por anomalías cromosómicas. Son síndromes de rara aparición que cursan con obesidad.

5. por medicamentos: algunos fármacos pueden provocar o aumentar el grado de obesidad.

La obesidad es un estado adaptativo que, según su grado y especialmente su duración, puede transformarse en una enfermedad. También puede actuar como disparadora de anomalías metabólicas, hormonales, mecánicas, cardiovasculares, etc, según la predisposición de los individuos y de las poblaciones. Por lo general y debido al alto impacto de los determinantes ambientales, si éstos no se modifican, una vez que se ha instalado el exceso de grasa, no existe tendencia a su pérdida sino más bien a su mantenimiento e incremento. Esto explica que la obesidad sea una entidad crónica, evolutiva y recidivante. La obesidad que se comporta como un “estado fisiológico”, ante condiciones alimentarias cambiantes va a convertirse en “obesidad enfermedad”, si el medio condicionante se mantiene estable.⁷

La obesidad como enfermedad pone en marcha mecanismos fisiopatológicos como los dismetabolismos glúcido, lipídico, endotelial, los cambios hormonales; incluso en ausencia de todos estos mecanismos la “obesidad enfermedad” es un factor de riesgo independiente para la enfermedad cardiovascular. Según los resultados del estudio Framingham la obesidad se asocia con un riesgo casi tres veces más elevado de muerte súbita y con duplicación del riesgo de insuficiencia cardiaca congestiva, de accidente cerebrovascular y de enfermedad coronaria. Estas últimas sugieren que la obesidad promueve mecanismos aterogénicos y trombogénicos, reconocidos responsables de enfermedad cardiovascular y de muerte súbita. En un estudio realizado en mujeres, la mortalidad por todas las causas fue casi dos veces más alta en presencia de enfermedades relacionadas con la obesidad, en tanto que la mortalidad de causa cardiovascular fue cuatro veces mayor. El riesgo relativo para el desarrollo de diabetes se incrementó a medida que lo hacía el índice de masa corporal(IMC), siendo 93,2 mayor cuando el IMC superó 35 kg/m². El incremento del IMC, alcance o no el grado de obesidad, según la definición de la Organización Mundial de la Salud, se acompaña de mayor riesgo de enfermedades cardiovasculares y de diabetes. Los resultados del estudio de Manson y colaboradores en una población femenina demostraron que el aumento del peso a partir de un IMC de 19 kg/m², se acompaña de un incremento relativo de la mortalidad.⁸

Esto deja en claro que el aumento de peso por un tiempo suficientemente prolongado es un factor de riesgo, por producir un conjunto de cambios “peso-dependientes”, como consecuencia de la ganancia de grasa aunque ésta no alcance la magnitud para ser considerada obesidad. Este comportamiento podría explicarse por una predisposición a la acumulación de grasa visceral o central, –característica de algunas poblaciones– de especial riesgosa, razón por la cual no siempre el riesgo es proporcional a la cantidad de grasa total y al peso del individuo. Así, una ganancia de peso dentro de límites “normales” podría incrementar la morbimortalidad, especialmente la cardiovascular, sin que exista registro estadístico de esta asociación.^{9,10}

La obesidad aumenta el tono simpático, lo que se traduce como aumento en la resistencia vascular. El aumento en el tono simpático incrementa la resistencia a la insulina. El circulatorio es uno de los sistemas más afectados en los pacientes obesos por las repercusiones hemodinámicas derivadas del aumento de volumen y peso: Existen mayores requerimientos para el aumento en el gasto cardíaco, también pueden encontrarse disfunciones sistólica y diastólica, y la enfermedad micro y macro vasculares contribuyen a la disfunción cardiaca izquierda.

El aumento del índice de masa corporal es un factor de riesgo para la enfermedad arterial coronaria, tanto en hombres como en mujeres, que incremento en la medida de la relación abdomen - cadera.

El paciente con obesidad mórbida suele presentar enfermedad pulmonar restrictiva, que puede evolucionar a hipertensión pulmonar, e insuficiencia cardiaca derecha. El Síndrome Pickwick, embolia pulmonar y la apnea del sueño son otras de sus comorbilidades. Se han reportado pacientes obesos con enfermedad cerebrovascular. Diabetes mellitus tipo II. La resistencia a la insulina se encuentra en 90% de los pacientes obesos. No está claro si las alteraciones de la insulina son la causa o un efecto de la obesidad. La obesidad suele estar asociada con hipertrigliceridemia y diabetes. Una dieta baja en grasas (15% del total) promueve la pérdida del peso y la reducción de los niveles de colesterol.¹¹

También se ha comprobado que los obesos tienen una mayor densidad ósea en las extremidades inferiores, que se asocia con daño de los músculos de las piernas. Aumento del riesgo de cáncer: Endometrial, cervical, de mama, vejiga, prostático, de colon y una asociación con la hipertensión y el cáncer renal. Ejemplos de trastornos gastrointestinales son la litiasis biliar, con una incidencia hasta cuatro veces mayor por una mayor litogenicidad de la bilis; enfermedad por reflujo gastroesofágico, el hígado graso, la esteato hepatitis no alcohólica, padecimiento con secuelas de cirrosis o fibrosis. La obesidad suele complicar procedimientos quirúrgicos de mayor o menor intensidad, así como la anestesia. La atelectasia, neumonía y trombosis venosa profunda suelen presentarse en estos pacientes. Asimismo, se han observado una gran variedad de trastornos dermatológicos en la obesidad.

Se trata de un problema de salud pública de gran magnitud, que tiene ya implicaciones económicas y sociales mucho más grandes que las sospechadas pero, aún más, su impacto en la salud del mexicano en el futuro mediano, con toda seguridad, será mayor. No hay duda de que el costo económico que implica una enfermedad como la obesidad, ocupará una gran proporción de los recursos dedicados a las campañas de salud.^{11, 12}

La obesidad es un problema socio-sanitario que ha experimentado un aumento exponencial en las últimas décadas. Enfrentar esta enfermedad y los problemas similares de control de peso requiere adoptar nuevos hábitos que fomenten un estilo de vida saludable, pero no cambios radicales en su dieta o patrones de actividad. Se arriesga no sólo a agravar lo que ya es una situación de salud precaria sino también a pasar por alto las actitudes y problemas emocionales principales que causaron la obesidad en primer lugar.¹³

La obesidad es acompañada, con frecuencia, de la depresión y una puede ocasionar e influir sobre la otra. También hay una relación significativa entre las mujeres con un alto IMC y pensamientos de suicidio más frecuentes.

La depresión puede causar y ser resultado de sus hábitos alimenticios y actividades. Muchas personas con problemas para recuperarse de eventos repentinos o emocionalmente agotadores (por ejemplo, la pérdida de un amigo cercano o de un miembro de la familia, dificultades en sus relaciones, perder el trabajo o enfrentar un problema médico serio) comienzan, sin darse cuenta, a comer demasiado de las comidas equivocadas o a abandonar el ejercicio. En poco tiempo, esto se transforma en un hábito que es difícil cambiar. Un estudio de personas obesas con problemas de trastorno alimentario compulsivo reveló que el 51% también tenía un historial de depresión grave.¹⁴

La obesidad es la enfermedad metabólica mas prevalente en los países industrializados. Su importancia radia tanto en la morbilidad que se le asocia como en la mortalidad que conlleva. Estudios resientes demuestran que la CVRS del paciente obeso se deteriora en varios aspectos: capacidad física, bienestar psicológico, funcionamiento social, etc.

La obesidad mórbida es una enfermedad grave y potencialmente mortal que ha recibido poca atención en las últimas décadas. La denominada obesidad mórbida (definida por tener 45 Kgr o 100% sobre el peso ideal, con un IMC > 40) suele producir graves problemas para la salud y para la calidad de vida del paciente. La obesidad no se considera un trastorno psiquiátrico.

La prevalencia de la obesidad mórbida en España es del 0.4% y dentro de las personas obesas representan un 3.5% de los casos y se asocia a un alto riesgo de desarrollar diabetes mellitus, hipertensión, hiperlipemias, enfermedades coronarias, apnea del sueño, osteoartritis, colecistitis y disminución de la fertilidad. Se ha descrito que es mas prevalente en niveles socioeconómicos bajos y que es más frecuente en mujeres, fundamentalmente mayores de 50 años.

La OMS define la calidad de vida como un estado de completo bienestar físico, mental y social. Otros autores la han definido en base a las necesidades en cuatro áreas fundamentales en la vida:

Necesidades biológicas básicas (sueño, comida, sexo, salud, adecuadas condiciones físicas), Necesidad de contacto con otras personas, Necesidad de variedad en las actividades diarias, y Necesidad de actividades con sentido y provechosas para la vida.

Los pacientes con obesidad, y muy especialmente los que tienen obesidad mórbida, tienen muchas alteraciones en funciones físicas corporales que limitan su calidad de vida (respiración entrecortada, trastornos del sueño, hambre patológica, deteriora en las relaciones sexuales, sudoración excesiva, incontinencia urinaria, incapacidad para el aseo personal y limitaciones en la deambulacion). Todo este tipo de problemas descritos en pacientes con obesidad mórbida se han relacionado con el exceso de peso.

La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por un acumulo excesivo de grasa corporal, que predispone a enfermedades tan importante como las diabetes, la enfermedades cardio-vasculares o incluso algunos tumores. La obesidad afecta al 15% de la población con un pico de incidencia entre los 55-60 años. El 3% (800.000 personas) tiene obesidad grado II o importe, y el 0.5% (200.000 personas) tiene obesidad mórbida. En España, el 13.3% de la población adulta es obesa y el 35.9% tiene sobrepeso, lo que significa que casi la mitad de la población española supera el peso recomendable. El índice de Quetelet es el método universal para valorar la obesidad. El IMC se obtiene dividiendo el peso por el resultado de la estatura multiplicada por si misma. El crecimiento de la obesidad y de sus enfermedades derivadas tiene que ver con el sedentarismo, pero sobre todo, con los malos hábitos alimentarios. Estos hábitos producen obesidad no solo por sobrealimentación, sino también por exceso de carnes, grasas, sal y azúcar, en detrimento de pan, pescado, legumbres, frutas y vegetales. La obesidad como enfermedad crónica tiene un gran impacto en la calidad de vida del paciente al producir alteración las actividades diarias, viéndose afectada autoestima, actividad social, sexual y física. Los pacientes con obesidad mórbida tienen un importante deterioro en su calidad de vida, trastornos alimentarios, psicopatológicos y trastorno de la personalidad.¹⁵

Vista epidemiológica de la obesidad en México es un problema de salud publica, una encuesta sobre enfermedades crónicas en 1994 y 1996), ubicando a la obesidad como la segunda enfermedad crónica superada en frecuencias solo por la hipertensión arterial, en efecto el 25.6% de la población adulta estudiada presento hipertensión y el 21.4% obesidad severa con índice de masa corporal $IMC = \frac{\text{peso actual (Kg)}}{\text{Estatura (mts)}^2}$ mayor a 30, de modo que la obesidad severa es hoy en nuestro país como en otras latitudes, un serio problema de salud pública. La clasificación actualizada de la obesidad dada por la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica en 1997, y tomada del registro internacional de cirugía bariátrica es la siguiente:

CLASIFICACION ACTUALIZADA DE LA OBESIDAD

INDICE DE MASA CORPORAL	% PESO IDEAL
Normal < 25	80.7 +- 15.1
Sobrepeso 25 <27	117.5 +- 3.4
Obesidad media 27-30	127.6 +- 4.1
Obesidad moderada 30-35	146.9 +- 6.2
Obesidad severa 35-40	166.8 +- 6.7
Obesidad mórbida 40-50	194.8 +- 12.8
Súper obesidad 50-60	235.8 +- 12.7
Súper/Súper obesidad >60	297.5 +- 37.8

La obesidad es una enfermedad crónica que se le aplica debido a que forma parte del grupo de enfermedades que no podemos curar con el arsenal terapéutico del que se dispone en la actualidad. Se considera obesa a una persona con índice de Masa Corporal igual o superior a 30 Kg/m². Para poder valorar la obesidad se deben tener en cuenta no solo los aspectos antropométricos sino también los posibles factores genéticos; hay que investigar las causas de la enfermedad y comprobar la posible existencia de complicaciones y enfermedades asociadas.¹⁶

La obesidad es la enfermedad metabólica más prevalente en los países industrializados. Su importancia radica tanto en la morbilidad que se le asocia como en la mortalidad que conlleva¹⁶. Su tratamiento es difícil con una tasa de recaídas que en algunas series alcanza el 90%. Hasta la pasada década, la investigación en el campo de la obesidad estuvo enfocada casi exclusivamente sobre dos aspectos: por un lado, la asociación entre sobrepeso y morbimortalidad y, por otro, el tratamiento de la misma¹⁷. No obstante, en los últimos años y al igual que ha sucedido con otros trastornos crónicos ha despertado gran interés el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) o salud percibida¹⁸ como un complemento importante para la valoración integral del paciente obeso.

Existen estudios^{17, 18} que demuestran que la CVRS del paciente obeso se deteriora en varios aspectos: capacidad física, bienestar psicológico, funcionamiento social, etc. Para la valoración de la CVRS se utilizan básicamente dos tipos de cuestionarios: genéricos (permiten su aplicación en diferentes patologías) y específicos (diseñados para un trastorno concreto)“. Ambos tipos de instrumentos han sido desarrollados mayoritariamente en EE.UU. y en el Reino Unido.

No obstante, en los últimos años, algunos de ellos han sido adaptados del inglés al castellano y posteriormente validados^{18,19}. Aunque la CVRS del paciente obeso ha sido ampliamente estudiada fuera de nuestro País, en nuestro medio son muy escasos trabajos similares²⁰

La presente Norma Oficial Mexicana, es de observancia general en los Estados Unidos Mexicanos y sus disposiciones son obligatorias para los profesionales, técnicos y auxiliares de las disciplinas para la salud, así como en los establecimientos de los sectores público, social y privado, que se ostenten y ofrezcan servicios para la atención de la obesidad, el control y reducción de peso, en los términos previstos en la misma.⁴⁴

La Organización Mundial de salud (OMS) la define como el más común de los trastornos mentales, afectando alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo.¹

En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP)²¹ proporcionó las primeras estimaciones nacionales de la prevalencia de los trastornos mentales. Se estimó que 8.4% de la población ha sufrido, según los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-IV, por sus siglas en inglés),²² un episodio de depresión mayor alguna vez en la vida con una mediana de edad de inicio de 24 años. Estas edades tempranas de inicio implican muchos años de sufrimiento y disrupciones en diferentes ámbitos de la vida como la educación, el empleo y el escoger la pareja. Algunos estudios en otros países sugieren que la edad de inicio para la depresión mayor está disminuyendo en cohortes recientes.^{23, 24} Aunque por mucho tiempo se consideraba que la depresión no existía en niños y que era normativa en la adolescencia, en los últimos 30 años se empezó a reconocer la depresión mayor como un trastorno que también padecen los niños y adolescentes. Debido a la mayor comorbilidad y mayor agrupación familiar de la depresión en los individuos en quienes ésta se inicia tempranamente, se considera la posibilidad de que aquella que se inicia en la infancia o la adolescencia sea una forma más severa del trastorno.²⁵

Puesto que México es un país de población joven, con una edad mediana de 22 años, y que 34% de la población es menor a 15 años, según el censo del año 2000, el estudio de la depresión que se inicia en la infancia o adolescencia es particularmente relevante. En estudios realizados en otros países, como Estados Unidos de América (EUA), se estima una prevalencia de depresión mayor entre niños de 9 a 17 años de edad de alrededor de 5% en los últimos seis meses. En México, si bien se cuenta con estudios realizados en población escolar éstos se han hecho con instrumentos que miden la sintomatología y no el diagnóstico, y tienen una cobertura limitada.

Este es el primer artículo que muestra resultados de un estudio nacional que utiliza entrevistas diagnósticas, estandarizadas transculturalmente. Particularmente importante es estudiar la depresión en la infancia y la adolescencia no sólo por el sufrimiento que representa para los jóvenes, sino también por las implicaciones que pueda tener para el funcionamiento en la vida adulta. El tener un episodio de depresión durante una etapa que sobresale por definir la formación académica, el inicio de la vida profesional u ocupacional, el comienzo de la vida sexual y la elección de pareja tiene consecuencias a largo plazo en muchos ámbitos de la vida, mucho más allá del ámbito de la salud. Kandel y Davies sugieren que a las personas que padecen depresión en la infancia o la adolescencia les queda una vulnerabilidad, la cual implica una vida adulta con menos amistades, menos redes de apoyo, mayor estrés y menor alcance educacional, ocupacional y económico.²⁶

Como una primera aproximación para conocer la magnitud de la depresión con inicio temprano (aquella que ocurre antes de los 18 años de edad) en la población mexicana, se pretende utilizar los datos retrospectivos de la ENEP para estimar la prevalencia de dicha depresión, el curso natural y el tiempo transcurrido antes de iniciar el tratamiento. La ENEP, realizada bajo la coordinación del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, forma parte de la iniciativa internacional de Encuestas Mundiales de Salud Mental, de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para conocer la prevalencia de los trastornos mentales en diferentes países con diferentes niveles de desarrollo, determinar las necesidades de atención y guiar las políticas de salud pública. En este artículo se presentan datos específicos sobre la depresión con inicio temprano. Específicamente, se reporta la prevalencia de por vida de la depresión que se inicia antes de los 18 años de edad en la población general y se compara la duración del primer episodio, el número de episodios en la vida, el número de años con al menos un episodio, la comorbilidad con otros trastornos, y la conducta suicida y la latencia para iniciar el tratamiento entre deprimidos con inicio temprano y deprimidos con inicio en la edad adulta.

La depresión se ha convertido en uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población en los diferentes países y ha sido reconocida como un problema de salud pública. Estudios recientes en donde se ha tomado en cuenta la discapacidad e incapacidad relacionada con el trastorno, han mostrado el impacto y la trascendencia del mismo, ocupando en la actualidad el cuarto lugar entre las enfermedades mas discapacitantes y estimándose que para el año 2020 será la segunda causa de morbilidad. La depresión mayor constituye un problema relevante en el primer nivel de atención médica, que a menudo no es reconocida ni se atiende eficientemente²⁶

Como quiera que se defina (como un síntoma, un síndrome, una enfermedad única o un espectro con diferentes manifestaciones), es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentes, tanto en los países desarrollados como los que están en vías de desarrollo. Su incidencia parece ir en aumento y se relaciona con el mayor uso de servicios médicos y con una amplia gama de incapacidades. Diversos estudios como los de coiné y cols.

Evaluaron los conocimientos de los medios sobre depresión y encontraron que los médicos familiares no la detectaban por lo que es necesario que le den más atención a los síntomas de los pacientes, a su funcionamiento, a su historia clínica y a los patrones temporales de la depresión. Algunos estudios prospectivos han demostrado que el trastorno depresivo mayor en los adolescentes se relaciona con un persistente funcionamiento maladaptativo en la vida adulta temprana. Los trastornos del estado de ánimo tienen como característica principal una alteración del humor. Los trastornos del estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos, trastornos bipolares, trastornos del estado de ánimo debido a enfermedades médicas y trastornos del estado de ánimo inducido por sustancia. Los trastornos depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores.

El trastorno dístimico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por uno o más episodios maniacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores. El trastorno bipolar II se caracteriza por al menos 2 años de numerosos periodos de síntomas hipomaniacos y numerosos periodos de síntomas depresivos. El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad medica.

El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto filológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un toxico.²⁷

Se llevo a cabo un estudio sobre prevaecía de depresión y sus factores de riesgo en varones de 18 años con residencia en la ciudad de Buenos Aires, en oportunidad del Reconocimiento Médico previo al Servicio Militar Obligatorio; se usó un cuestionario anónimo autoadministrado a una muestra probabilística de 553 jóvenes. De ese estudio, en consideración a su importancia, se ha creído oportuno analizar en profundidad la depresión grave y sus posibles a asociaciones con ideas de suicidio. Se observo una prevaecía de depresión grave del 4.5% y se encontró una fuerte asociación con características de temperamento en la infancia triste (RR 12,73), aburrido (RR 10,56), retraído (RR 8,28) y nervioso (RR 3, 89), como también con el consumo de drogas por hermanos (RR 15,09), antecedentes de depresión en la madre (RR 3,48) y conflictos familiares (RR3,43). Las posibilidades de tener ideas de suicidio son 33 veces superiores a los no deprimidos. La depresión grave contribuye en un 75% en la producción de ideas de suicidios.²⁸

La depresión es un trastorno recurrente que conlleva serias consecuencias personales interpersonales y sociales, que afecta alrededor del 15% de la población en general correspondiente aproximadamente al 10% de las consultas en atención primaria.

Las principales causas de la depresión son: factores genéticos, alteraciones de la neurotransmisión, psicosociales, experiencias adversas en la infancia, importantes dificultades crónicas, acontecimientos vitales no deseables, relaciones sociales limitadas y autoestima baja.

Es por eso que en la presente investigación se redacta desde el inicio de la enfermedad hasta su fin, debido a que en el ámbito personal, la depresión causa un malestar psicológico significativo que reduce la calidad de vida e incrementa la mortalidad.

Los cuidados de los pacientes con este trastorno en la actualidad están centrados en su medico tratante, familiares y por si mismo, y se basan en el concepto de que ningún hombre es exactamente igual a otro y que cualquier acontecimiento que concierna a cualquier parte de el, afecte la totalidad de su ser. La atención debe ser flexible y debe ser valorada y modificada según la reacción del paciente tomando en cuenta las necesidades y recursos disponibles.

Es un trastorno que afecta el organismo (cerebro), el ánimo, y la manera de pensar, afecta la forma en que una persona come y duerme. Afecta cómo uno se valora a sí mismo (autoestima) y la forma en que uno piensa. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza. No indica debilidad personal. No es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Las personas que padecen de un trastorno depresivo no pueden decir simplemente “ya basta, me voy a poner bien”. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen de depresión pueden mejorar con un tratamiento adecuado.²⁸

Clasificación de la depresión:

La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) (ver capítulo N°5) ofrece importantes cambios en relación a su predecesor (DSM-III-R), en el área de los trastornos afectivos. Así, incluye una descripción detallada de los episodios (depresión, manía, hipomanía, o mixto); los diversos trastornos afectivos; y las características específicas que describen, ya sea el episodio más reciente o el curso de episodios recurrentes. Los trastornos depresivos se dividen, a su vez, en depresivos propiamente dichos, bipolares, y dos que incluyen consideraciones etiológicas como una condición médica previa o inducción por sustancias.

Episodio Depresivo Mayor

La característica fundamental de un episodio depresivo mayor es su duración de por lo menos dos semanas, durante las cuales la persona experimenta ánimo deprimido, pérdida de interés o de placer en la mayoría de sus actividades. Adicionalmente presenta: pérdida del apetito y de peso, disminución del nivel de energía, sentimiento de minusvalía o culpa, dificultad en la concentración o toma de decisiones, y pensamientos relacionados con la muerte o el suicidio. Los síntomas deben persistir por dos semanas consecutivas e ir acompañados de un malestar significativo o de deterioro en su funcionamiento ocupacional y social. El humor en el episodio depresivo mayor se describe usualmente como triste y desesperanzado. Algunas personas presentan irritabilidad, cólera o sentimiento de frustración; otras, pérdida del placer e interés en actividades que antes disfrutaban, incluyendo los pasatiempos; otras, se quejan de molestias somáticas más que de sentimientos de tristeza. Las relaciones interpersonales son afectadas, incluidas las sexuales.²⁹

Usualmente, el apetito se encuentra disminuido con cambios en el peso corporal; menos frecuentemente, se puede apreciar un aumento en la ingesta de alimentos, aunque a menudo el comer produce poco placer; asimismo, disminución del tiempo total del sueño, que se asocia a un despertar temprano; muchos pacientes deprimidos tratan, sin lograrlo, de dormir durante el día; y, una minoría tiene hipersomnía y duerme 12 ó más horas al día.

El retardo psicomotor es común y se manifiesta por movimientos lentos, respuestas demoradas frente al interrogatorio, lenguaje lentificado y disminución de la atención. Algunos pacientes deprimidos presentan, contrariamente, inquietud psicomotora traducida en un caminar constante, aumento en el fumar, ansiedad y desasosiego.

Durante la depresión, se observan dificultades en las funciones cognoscitivas tales como disminución de la atención, incapacidad para concentrarse, terminar una tarea o tomar decisiones. No son infrecuentes sentimientos excesivos de culpa que pueden adquirir proporciones delusionalas. Los pacientes tienden a recordar transgresiones menores o perjuicios sin importancia causados a otros, culparse exageradamente por ello.

La rumiación obsesiva de acontecimientos penosos pasados o problemas específicos ocupan generalmente gran parte de los pensamientos del deprimido. La ideación suicida es muy común. Algunos pacientes se preocupan por la muerte y las posibles reacciones de sus familiares luego de su fallecimiento, o por reunirse con sus seres queridos ya fallecidos después de su deceso. Asimismo, las preocupaciones excesivas por las funciones corporales y somáticas son comunes en las depresiones severas.^{28, 29}

TRASTORNOS AFECTIVOS

Episodios Afectivos

Episodio Depresivo Mayor

Episodio Maníaco

Episodio Mixto

Episodio Hipomaníaco

Trastornos Depresivos

Trastorno Depresivo Mayor

Trastorno Distímico

Trastorno Depresivo sin otra especificación.

Trastornos Bipolares

Trastorno Bipolar I

Trastorno Bipolar II

Trastorno Ciclotímico

Trastorno Bipolar sin otra especificación.

Trastornos Afectivos Debidos a (indicar la Condición Médica asociada)

Trastornos Afectivos Inducidos por Sustancias

Trastornos del humor sin otra especificación

Episodio Maníaco

El episodio maníaco se identifica por un período anormal y persistente de elevación de ánimo, que se torna expansivo e irritable y que dura por lo menos una semana. Durante este período, los siguientes síntomas están presentes en forma persistente: un aumento en la autoestima o sentimiento de grandiosidad; disminución de la necesidad de sueño; aumento de la presión para hablar o hablar demasiado; fuga de ideas; distraibilidad; aumento de la actividad o agitación psicomotora, o conductas que llevan en sí potencial de riesgo por sus consecuencias; desinhibición sexual; compra de objetos en forma desmedida y/o comenzar negocios sin planificar adecuada y sensatamente. El estado de ánimo es suficientemente severo como para causar impedimento en el funcionamiento social de la persona y/o necesitar hospitalización para prevenir daños o conflictos de mayor magnitud.

Es importante tener en cuenta que los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de alguna sustancia (p.ej., una droga de abuso, una medicación u otro tratamiento) o una condición médica general (p.ej., hipertiroidismo).

Episodio Mixto

El episodio mixto se caracteriza por un período de por lo menos una semana, en el cual se cumplen tanto los criterios para un episodio maníaco como para el depresivo mayor, casi a diario. El individuo experimenta estados de humor rápidamente cambiantes (tristeza, irritabilidad, euforia) acompañados Trastornos Afectivos por síntomas tanto de episodio maníaco como de depresión mayor. No debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., una droga de abuso, una medicación u otro tratamiento) o una condición médica general (p.ej., hipertiroidismo).

Episodio Hipomaníaco

Se define como un período anormal y persistente de humor elevado, irritable o expansivo, que dura por lo menos cuatro días y se diferencia claramente del humor normal. Los síntomas son semejantes a los del episodio maníaco, pero las alucinaciones y delusiones (síntomas psicóticos) están ausentes. En contraste con el episodio maníaco, el hipomaníaco no presenta sintomatología suficientemente severa como para producir compromiso social, ocupacional, o necesitar hospitalización.

Trastornos Depresivos

Comprenden los trastornos depresivos mayores, distímicos y los trastornos depresivos sin otra especificación.

1. Criterios Diagnósticos para Trastorno Depresivo Mayor (296.2), Episodio Único

- a) Presencia de un episodio depresivo mayor único.
- b) El episodio depresivo mayor no es explicable por un trastorno esquizoafectivo ni se sobrepone a la esquizofrenia, trastorno esquizofreniforme, delusional o psicótico sin especificación.
- c) Nunca ha habido un episodio maníaco, hipomaníaco o mixto.

Especificar (para el episodio actual o más reciente)

- Severidad/psicosis/especificadores de remisión.
- Cronicidad.
- Con rasgos catatónicos.
- Con rasgos melancólicos.
- Con formas atípicas.
- Con inicio post parto.

2. Criterios Diagnósticos para Trastorno Depresivo Mayor, Recurrente A diferencia del anterior debe haber dos o más episodios depresivos mayores, y las especificaciones incluyen, además, si los episodios tienen un patrón estacional o si el curso longitudinal es con o sin período de recuperación.

3. Criterios Diagnósticos para Trastorno Distímico (300.4)

a) Humor depresivo la mayor parte del día y persistente en el tiempo, evidente como experiencia subjetiva o a la observación, por lo menos dos años (1 año para niños y adolescentes).

b) Presencia de dos (o más) de los siguientes síntomas mientras está deprimido:

1. Hiporexia o aumento de la ingesta.
2. Insomnio o hipersomnia.
3. Pérdida de la energía o fatiga.
4. Baja autoestima.
5. Pobre concentración o dificultad para tomar decisiones.
6. Sentimiento de desesperanza.

c) Durante los dos años la persona no ha estado libre de síntomas de los criterios A y B, por más de dos meses.

d) No ha habido episodio depresivo mayor, es decir, que la perturbación no es explicable por un trastorno depresivo mayor, crónico o en remisión parcial.

e) No ha habido episodio maníaco, hipomaníaco ni trastorno ciclotímico.

f) La perturbación no ocurre exclusivamente durante el curso de un trastorno psicótico crónico, tales como esquizofrenia o trastorno delusional.

g) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., droga de abuso, una medicación) o a una condición médica general (p.ej., hipotiroidismo).

h) Los síntomas causan distrés clínicamente significativo o deterioro en el funcionamiento social, ocupacional u otro.

i) Debe especificarse si es de inicio temprano (antes de los 21 años de edad) o tardío (después de los

21 años de edad).

j) Especificar (para los últimos 2 años del trastorno distímico) si cursa con características atípicas.²⁹

Depresión posparto: las mujeres deben de estar alertas de cambios mentales que pueden ocurrir, durante el embarazo y después del parto. La Academia Americana del Médico Familiar reporta que los síntomas de lo que más comúnmente se le llama “baby blues” pueden comenzar de tres a cuatro días después del parto, y esto incluye cambios de temperamento, el llorar repentinamente y los problemas de concentración. Estos síntomas desaparecen por lo regular diez días después del parto. Pero si se prolongan o se intensifican, se le llama depresión posparto y puede necesitar ayuda médica.^{30, 31}

Depresión en la niñez: Se empezó a reconocer sólo hace dos décadas, el niño deprimido puede simular estar enfermo, rehusar ir a la escuela, no querer separarse de los padres o tener miedo a que uno de los padres se muera. El niño más grande puede ponerse de mal humor, meterse en problemas en el colegio, comportarse como un niño travieso o indisciplinado, estar malhumorado o sentirse incomprendido.

Dado que los comportamientos normales varían de una etapa de la niñez a la otra, es a veces difícil establecer si un niño está simplemente pasando por una fase de su desarrollo o si está padeciendo depresión. El instituto nacional de salud mental ha identificado el uso de medicamentos para la depresión en niños con un área importante de investigación. Entre los medicamentos en estudio, se cuentan algunos antidepresivos que han demostrado ser efectivos en el tratamiento de niños con depresión. Depresión en la mujer: Se da con frecuencia casi al doble de la del hombre, factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer, en particular, los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Muchas mujeres tienen más estrés por la responsabilidad del cuidado de los niños, el mantenimiento del hogar y un empleo. Algunas mujeres tienen mayor carga de responsabilidad por ser madres solteras o por asumir el cuidado de padres ancianos.

Un estudio reciente del instituto nacional de salud mental, demostró que las mujeres predispuestas a padecer del síndrome premenstrual severo se alivian de sus síntomas físicos y anímicos (por ej. depresión) cuando se les suprimen sus hormonas sexuales con una medicación. Depresión en el hombre: aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresión que la mujer. El hombre tiende a ser más necio para admitir que tiene depresión, por lo tanto, el diagnóstico es más difícil. La tasa de suicidio en el hombre es 4 veces más alta que en la mujer, sin embargo, los intentos de suicidios son más comunes en las mujeres que en los hombres. A partir de los 70 años de edad, la tasa de suicidio en el hombre aumenta alcanzando el nivel máximo después de los 85 años.

La depresión puede afectar la salud física del hombre, se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria (infarto de miocardio), otro factor de riesgo de la depresión en hombres es enmascarada frecuentemente por el alcoholismo y las drogas.³²

Depresión en la vejez: Es erróneo creer que es normal que los ancianos se depriman. La depresión en los ancianos, si no se diagnostica ni se trata causa un sufrimiento innecesario para el anciano y su familia con un tratamiento adecuado el anciano tendría una vida placentera. La persona mayor puede no querer hablar de su falta de interés en las actividades normalmente placenteras, o de su pena después de la muerte de un ser querido, incluso cuando el duelo se prolonga por mucho tiempo. El apoyo familiar generalmente es una ayuda importante.

Es importante que el hombre y la mujer deprimidos entienden y acepten la idea que la depresión es una enfermedad real que requiere tratamiento. La investigación científica reciente indica que la terapia breve (terapias a través de pláticas que ayudan a las personas en sus relaciones cotidianas, y ayudan a aprender a combatir los pensamientos distorsionados negativamente que generalmente acompañan a la depresión), es afectiva para reducir a corto plazo los síntomas de la depresión. La terapia también es útil cuando los pacientes no pueden o no quieren tomar medicamentos.³³

El tratamiento de las depresiones cualquiera que sea el agente desencadenante, deben basarse en una conducta terapéutica integral que combinen tres aspectos:

Biológico: comprende la utilización de medicamentos, como los antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la MAO, o los llamados de "nueva generación".

Psicológico: La reducción de los síntomas, la comprensión, y resolución de conflictos psicológicos, así como la modificación de la conducta, son algunos de los posibles beneficios con tratamiento psicoterapéutico puede ofrecer.

Social: el apoyo familiar y comunitario resulta muy importante en el beneficio máximo que pueda obtener con el tratamiento.

Los ancianos se han convertido en la última década en un grupo etario de alto crecimiento demográfico. Se estima que el 6% de la población mundial tiene más de 60 años y más de la mitad vive en países en vías de desarrollo. Las poblaciones de América latina, Europa, Asia y los Estados Unidos están envejeciendo rápidamente.

El envejecimiento activo implica actividad física, social, intelectual, emocional al tiempo que actitudes de previsión, participación y compromiso con la vida.

Las consecuencias de estos cambios ya se han hecho sentir en los sistemas de salud en muchos países, debido a que la atención médica del paciente anciano implica cambios estructurales en los mismos para revertir las tendencias hacia la discriminación habitual en este grupo de pacientes. La solución a estos problemas debe comenzar con la inclusión de personas mayores en los estudios clínicos que evalúan la efectividad de nuevos procedimientos o medicamentos. La sociedad en general debe reconocer que el envejecimiento de una gran proporción de sus miembros la afecta como un todo y no es un fenómeno que concierna solo a los mayores. Obviamente, esto ha producido un impacto en el área de la salud, puesto que las poblaciones no solo se vuelven más viejas, sino que también más frágiles y tienen más enfermedades crónicas y mayores discapacidades. Se estima que actualmente más del 50% de las consultas en atención primaria son demandadas por ancianos.

En nuestro país la asistencia social es una expresión de solidaridad humana que se manifiesta en la familia, en la sociedad y en el ámbito del estado, cuyas acciones se han caracterizado por la operación de programas circunstanciales que limitan el desarrollo de la asistencia social, el retardo en la solución a los problemas más urgentes y el surgimiento de nuevas necesidades incrementan los rezagos, principalmente en los sectores más pobres de la sociedad, en los grupos más vulnerables como son los menores y adultos mayores en condición de orfandad, abandono, rechazo social y maltrato físico y mental.³⁴

La Organización Mundial de la Salud (1980) define calidad de vida como "la percepción que tienen los individuos acerca de su posición en la vida, teniendo en cuenta el contexto del sistema cultural y de valores en el que viven y en relación con sus metas, expectativas, normas e intereses sus normas, sus inquietudes".³⁵

Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. Se define a la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas.³⁵ es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.³⁶ El concepto de calidad de vida en términos subjetivos, surge cuando las necesidades primarias básicas han quedado satisfechas con un mínimo de recursos.

La autonomía de las personas mayores está íntimamente relacionada con su calidad de vida. otro factor determinante es la educación, los adultos mayores que tienen un nivel de educación mayor, leen mas y hacen más actividad física, la educación influye también en la percepción de la auto eficacia, a menor nivel de educación tienen la sensación que el mundo es más hostil para ellos.

Esta aproximación enfatiza sobre los aspectos personales, resaltando así la individualidad y unicidad del constructo.³⁵ El concepto de Calidad de Vida (CV) surge primariamente en el campo de la sociología.³⁶ como una expresión comercial,³⁷ con el propósito de señalar las diferencias entre nivel de vida, bienes y recursos materiales que un sujeto posee y de los que puede hacer uso, y la valoración personal, y por lo tanto subjetiva, que hace de esos bienes y recursos. Sin embargo el concepto trascendió dicho ámbito y se incorporó al campo de la salud y de la práctica médica, donde hace referencia a una enfermedad y a las intervenciones terapéuticas que impactan al enfermo y a la percepción de su bienestar biopsicosocial, ya que aunque el tratamiento pretende mejorar el estado de salud y la misma CV, puede tener efectos adversos en esas dos instancias por efectos secundarios indeseables. El término es una abstracción para simplificar, mostrar y explicar la realidad del continuo salud-enfermedad en relación a un tratamiento, y pretende constituir una guía de acción y una vía de acceso multidisciplinaria y comprensiva a los pacientes, la enfermedad que sufren y el tratamiento que recibe, para restablecer y preservar su salud por medio de estrategias guiadas médicamente y adaptadas a sus demandas.³⁷

Postula una actitud que puede brindar puentes, contactos y enlaces entre los diversos discursos sobre el ser humano enfermo, lo que adquiere particular importancia en el caso de las enfermedades crónicas, donde el poder de la medicina curativa es limitado. La CV se considera actualmente un indicador indirecto y positivo de salud, una aproximación en pro de la salud mental de los sujetos enfermos en el marco de una medicina humanística y un modelo de evaluación, ya que su medición resulta útil para determinar la eficacia de tratamientos, comparar tratamientos alternativos, examinar a los pacientes individualmente o en grupo y describir la naturaleza y extensión de los problemas que enfrentan por su enfermedad y su tratamiento. También permite monitorear y examinar la percepción que tienen los enfermos sobre su vida y conocer sus necesidades reales de atención. Así mismo puede permitir conocer la capacidad de los servicios existentes para satisfacer las demandas, lo que puede permitir mejorar la atención y la satisfacción con la misma.^{37, 38}

Para la evaluación de calidad de vida hay diversos cuestionarios, existen específicos para cada enfermedad y generales que miden calidad de vida relacionada con la salud. la escala medical outcomes study short form 30 (mosf -30) es la más aceptada para esto debido a que mide 11 aspectos como son la salud general percibida, dolor, funcionamiento físico, funcionamiento social, salud mental, energía, fatiga, actividad diaria, distres respecto a salud, función cognitiva, calidad de vida percibida y transición de salud.³⁹

PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

En el centro de salud de R/a Chiquigao 2da sección, Pertenecientes al Centro Especializado en Servicios de Salud Numero 5 del municipio de centro se encuentran un total de 107 pacientes en el programa de control de de obesidad.

La secretaria de salud cuenta con el programa de control de la obesidad el cual es un programa de carácter gratuito y que se oferta al público en general con el antecedente de la enfermedad o que se diagnostique dentro de la consulta de atención medica general, además de que se le proporciona al paciente el medicamento siendo citada de manera mensual para revaloración y surtimiento de medicamento. Cabe mencionar que un número importante de pacientes en control no logran estabilizar el peso a pesar del apoyo brindado por el programa de control aunado con nutrición.

Ya que en nuestro estado ocupa el tercer lugar, quiere decir, que es un problema de salud pública, y constituye factores de riesgo para desarrollar otras enfermedades crónicas degenerativas.

La obesidad en sí misma debe ser considerada una enfermedad y un factor de riesgo para numerosas enfermedades. Es uno de los factores de riesgo más importante para la hipertensión. La obesidad aumenta el tono simpático, lo que se traduce como aumento en la resistencia vascular. El aumento en el tono simpático incrementa la resistencia a la insulina. El circulatorio es uno de los sistemas más afectados en los pacientes obesos por las repercusiones hemodinámicas derivadas del aumento de volumen y peso: Existen mayores requerimientos para el aumento en el gasto cardíaco, también pueden encontrarse disfunciones sistólica y diastólica, y la enfermedad micro y macro vasculares contribuyen a la disfunción cardiaca izquierda. El aumento del índice de masa corporal es un factor de riesgo para la enfermedad arterial coronaria, tanto en hombres como en mujeres, que incremento en la medida de la relación abdomen - cadera.

Cabe mencionar que la depresión puede causar y ser resultado de sus hábitos alimenticios y actividades. Muchas personas con problemas para recuperarse de eventos repentinos o emocionalmente agotadores (por ejemplo, la pérdida de un amigo cercano o de un miembro de la familia, dificultades en sus relaciones, perder el trabajo o enfrentar un problema médico serio) comienzan, sin darse cuenta, a comer demasiado de las comidas equivocadas o a abandonar el ejercicio.

En poco tiempo, esto se transforma en un hábito que es difícil cambiar. Un estudio de personas obesas con problemas de trastorno alimentario compulsivo reveló que el 51% también tenía un historial de depresión grave.^{13, 14}

Se trata de un problema de salud pública de gran magnitud, que tiene ya implicaciones económicas y sociales mucho más grandes que las sospechadas pero, aún más, su impacto en la salud del mexicano en el futuro mediato, con toda seguridad, será mayor.

Diseñar intervenciones para la prevención y sus efectos en este grupo de población.

Servir como línea de base para evaluar políticas, planes y programas de prevención adulto.

Motivados por estos argumentos se decide investigar esta problemática en la población de adultos en la ranchería de Chiquigauo segunda y sus áreas de influencia del municipio de Centro, Tabasco en la Atención Primaria de la Salud.

¿Cuál es la asociación entre la calidad de vida de los adultos obesos, con la depresión en la ranchería chiquigauo 2^{da} sección, del municipio centro, Tabasco?

JUSTIFICACIÓN

La obesidad, según su grado y especialmente su duración, puede transformarse en una enfermedad.

El problema de la obesidad en Latinoamérica se ha calificado como el más importante dentro de las afecciones nutricionales con implicación directa en el desarrollo de enfermedades crónicas y con la mortalidad asociada. En una comparación establecida por Martorell entre nueve países de Latinoamérica, México ocupó el segundo lugar en prevalencia de obesidad (según índice de masa corporal, $IMC \geq 30$) con un valor de 10.4% entre las mujeres de 15-49 años, después de República Dominicana (12.1%). En el mismo estudio se da a conocer una prevalencia de 3.9% de obesidad en niños (1-5 años) (>2 SD arriba de la media de peso/talla) ocupando el cuarto lugar después de Perú (4.7%), República Dominicana (4.6%) y Brasil (4.1%).

En América latina, la prevalencia de la obesidad ha aumentado considerablemente en todos los grupos sociales, particularmente en aquellos de bajo nivel socioeconómico, las mujeres en edad reproductiva y los niños menores de 5 años.¹

En el México prehispánico el adelgazar significaba peligro e inclusive enfermedad temible. No escaparon de esta manera de pensar las tribus nahuatlacas, que denominaron a la delgadez excesiva epalhuiliztli, que significa "dependencia de otro". Se consideraba que toda pérdida de peso corporal, resultaba de un daño ocasionado por otra persona, que se había introducido en el paciente para prosperar a expensas de su propia sustancia.

Según recientes reportes de la Organización Mundial de la Salud, a nivel global existen unos 250 millones de personas obesas, es decir, un 7 por ciento de la población. La obesidad es un gran problema de salud pública por el impacto que tiene en la esperanza y calidad de vida en las etapas productivas de las personas y está alcanzando proporciones epidémicas en algunos países. La prevalencia de la obesidad en México, al igual que en el resto del mundo, se ha incrementado en forma importante en la última década y es considerada como un problema de salud pública e otros incluso es calificada como una epidemia.

En Europa la prevalencia de obesidad ($IMC \geq 30$) es menor en los países nórdicos; 7% en hombres y 9% en mujeres en los países bajos, 5,3% y 9,1% en Suecia, que en países del sur, España; 11,5% en hombres y 15,2% en mujeres; o más al este, Alemania; 10,6% en hombres y 11,6% en mujeres.

En Estados Unidos la obesidad está adquiriendo dimensiones alarmantes, con un aumento de 8 puntos entre 1976 y 1994, lo que sitúa el problema en un 22,5% de población tipificada como obesa.⁴⁰

La prevalencia de obesidad en España es de 13,4%, más elevada a partir de los 45 años, en el colectivo femenino y en las personas con menor nivel de instrucción. El patrón de distribución geográfica pone en evidencia una mayor prevalencia hacia el sur-sureste, con significación estadística en el colectivo de varones.

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica es representativa de la población nacional urbana, de entre 18 a 65 años de edad. Se realizó en México, entre 2001 y 2002, con el instrumento diagnóstico de la versión computarizada de la Entrevista Internacional Compuesta de Diagnóstico.

El 2.0% de la población ha padecido depresión en la infancia o adolescencia con un promedio de siete episodios a lo largo de la vida (comparado con tres para los de inicio en la adultez), el primero persiste por unos 31 meses (comparado con 16 meses), durante los cuales generalmente no reciben tratamiento.

La depresión en la actualidad presenta una prevalencia del 15% al 25% según la Organización Mundial de Salud (OMS), afecta principalmente al grupo de adolescentes y adultos mayores, la cual ha sido recientemente identificada en niños. La depresión es un padecimiento que en la actualidad presenta una prevalencia que va del 15% al 25% afecta principalmente al grupo de adolescentes y adultos mayores, y aunque se puede presentar en otros grupos de edad.

La incidencia de depresión en adolescentes en Puerto Rico es de 4.6%, en Nueva Zelanda 12.6%, Edmonton Canadá 8.6%, Korea 3.6%, Taiwán 1.1% y en México la prevalencia de trastornos depresivos es de 12%.⁷ Por lo general, la enfermedad depresiva prolongada comienza en la adolescencia o en la etapa del adulto joven. Alrededor del 15% a 20% de los adolescentes en Estados Unidos ha experimentado un episodio severo de depresión. Las adolescentes presentan el doble de posibilidades de experimentar depresión; entre los factores de riesgos se encuentran eventos de la vida generadores de estrés, en particular la pérdida de un padre por muerte o por divorcio, abuso infantil, atención inestable, falta de habilidades sociales, enfermedad crónica y antecedentes familiares de depresión. Los cambios hormonales que aparecen en la pubertad aumentan la frecuencia de depresión en la mujer y, en sujetos con personalidad limítrofe o dependiente, así como en aquellos que abusan de alcohol u otra droga, adolescentes embarazadas y adolescentes obesos. La mayoría de los episodios depresivos son desencadenados por eventos existenciales.^{1, 40}

La importancia que tiene la familia y el adulto en la práctica médica es evidente ya que constantemente se ve involucrada en el proceso de salud enfermedad e influenciada por factores psicológicos y sociales que con frecuencia son generadas en el núcleo familiar, como fuera de él, afectando así la salud. Por ello, la medicina familiar, mediante un enfoque sistémico hace el Diagnóstico de salud, fundamentándose en un cuerpo teórico de conocimientos que se integran en 3 ejes: atención médica continua, acción preventiva y el estudio familiar integral. Este último eje, se enfoca en la estructura y particularmente en la funcionalidad familiar, siendo de importancia relevante y es básico como punto de referencia para anticipar las respuestas de las familias ante eventos normativos o no normativos y saber que tan flexibles y estables pueden ser.

En el área de investigación, cada ciencia tiene como un punto de partida un cuerpo teórico de conocimientos, el cual permite diferenciarlas. En el área médica, especialmente en Medicina Familiar, sus bases están fundamentadas en 10 elementos.⁴¹

Teoría del desarrollo individual y familiar: ciclo vital familiar e individual

Estructura y dinámica familiar

Tipología familiar

Funcionalidad de la familia

Principios sobre la teoría general de la comunicación humana

Principios sobre la teoría general de sistemas

Principios sobre la teoría general de los grupos humanos

Relación médico-paciente-familia

Fenómenos de transferencia y contra transferencia

Técnica de entrevista

Instrumentos clinimétricos

Todos estos componentes forman en conjunto los tres ejes de la medicina familiar que integran el diagnóstico de salud familiar:

Atención médica continua

Acción preventiva

Estudios familiar integral

Este trabajo tiene su enfoque en el tercer eje de la medicina familiar que está conformado por dos aspectos fundamentales:

Estructura familiar

Funcionalidad familiar

Una de las crisis no normativas en la clasificación de GILL como crisis de desmoralización en el ciclo vital familiar que tiene implicaciones interesantes en la familia y su funcionalidad es en la etapa de nodo vacío o retiro y muerte que actualmente vemos ha aumentado la depresión en el adulto mayor.

El estrés normativo es el que se presenta como resultado de las diferentes etapas naturales de la evolución del ciclo vital familiar, incluyen el matrimonio, el embarazo, el nacimiento de un hijo, la etapa de la lactancia, preescolar, escolar, adolescencia, independencia, retiro y muerte.

El estrés no normativo o crisis accidentales no esperadas del ciclo vital familiar incluyen cambio de status, abandono, adicción y desmoralización. La depresión es un trastorno médico serio que afecta el organismo, el estado de ánimo y los pensamientos. Afecta la manera de comer y dormir, la percepción que uno tiene de sí mismo y la manera de pensar. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un sentimiento de decaimiento pasajero. No es una señal de debilidad personal ni una afección que puede desaparecer con solo desearlo. Las personas que tienen depresión no mejoran por sí solas. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses o años. Sin embargo, con un tratamiento apropiado, que generalmente incluye medicamentos y/o psicoterapia a corto plazo, la mayoría de personas que sufren de depresión mejoran.

Cualquier persona puede sufrir depresión, sin importar su edad, grupo étnico, estado socioeconómico o género; sin embargo, los estudios de investigación en gran escala han descubierto que el doble de mujeres sufre de depresión con respecto a la cantidad de hombres afectados por esta enfermedad.⁴²

OBJETIVO GENERAL

Conocer la asociación entre la depresión y la calidad de vida de los obesos de la ranchería Chiquigauo segunda sección, del municipio centro, Tabasco.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

Identificar la calidad de vida en los adultos obesos y no obesos.

Identificar el grado de depresión en adultos obesos y no obesos.

Identificar las prevalencia de las variables, edad, sexo, religión, escolaridad, ocupación y estado civil.

Relacionar la calidad de vida de los pacientes obesos con la depresión

HIPOTESIS

H0 Cuando el adulto obeso se deprime hay mala calidad de vida

H1 cuando existe obesidad en adultos deprimidos repercute en su calidad de vida

MATERIAL Y METODO

DISEÑO

TIPO DE ESTUDIO

Se realizó estudio transversal, descriptivo, observacional y comparativo

Un estudio transversal; es un único momento temporal, se mide a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional, es decir, permiten estimar la magnitud y distribución de una enfermedad o condición en un momento dado.

Los estudios descriptivos; buscan especificar las propiedades, las características y los perfiles importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis. Pretenden medir o recoger información de manera independiente o conjunta sobre los conceptos o las variables a los que se refieren.

UNIVERSO

POBLACION OBJETIVO DE ESTUDIO

107 pacientes en la comunidad de chiquigauo segunda, donde se estima que la obesidad es motivo de depresión, y se pretende descartar entre los obesos sin depresión y pacientes con depresión sin obesidad.

Se obtiene mediante muestreo intencionado por disposición.

UBICACIÓN ESPACIO TEMPORAL

El estudio se llevara a cabo en la comunidad de chiquigauo segunda y área intensiva. Ubicado en el carretera Ismate y chulapilla kilómetro 21, del Municipio de Centro.

En un periodo comprendido de 4 meses

PROCEDIMIENTO E INSTRUMENTO

La obtención de los datos se realizó a través de la aplicación de la escala auto evaluación de Zung para depresión.

ESCALA DE AUTOEVALUACION DE ZUNG

Esta es una escala que la persona responde personalmente, comprende 20 rubros que abarcan tanto las alteraciones del afecto como los síntomas cognitivos y fisiológicos más comunes en la depresión.

El evaluador asigna los valores numéricos a cada categoría previamente determinados y van del 1 al 4.

La obtención de la máxima calificación en cada una es un indicador de un síntoma más grave. La suma total es transformada a un índice que señala la severidad del trastorno depresivo.

La calificación final se obtiene mediante la transformación de la puntuación total al índice de acuerdo con la tabla de conversión la trae anexa. La intensidad del cuadro depresivo queda así determinado de la siguiente manera: 50 a 59 depresión leve, 60 a 69 depresión moderada y 70 o más depresión severa.

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. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos síntomas psicomotores.

El paciente cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas, utilizando una escala de Likert de 4 puntos, desde 1 (raramente o nunca) hasta 4 (casi todo el tiempo o siempre).

INSTRUMENTO PARA EVALUAR CALIDAD DE VIDA

Cuestionario de calidad de vida (MOSF-30) Medical Outcomes Study- Short Form 30, el cual consta de 22 ítems con escala ordinal de 5 puntos (0-4) y 8 con 3 puntos se subdividen en 11 subescalas que miden: salud general percibida, dolor funcionamiento físico, funcionamiento social, salud mental, energía, fatiga, actividad diaria, distres respecto a salud, función cognitiva, calidad de vida percibida y transición de salud. Para obtener la calificación final se considero que el cuestionario

tiene un puntaje de 0 a 108 donde 0 es la peor calidad de vida y 108 la mejor, para determinar los grupos de buena, regular y mala, se calculo la media y la desviación estándar, quedando establecido entonces para este estudio que; de 0-45 es mala calidad de vida, 46 a 72 regular y más de 73 buena calidad de vida.

INSTRUMENTO PARA EVALUAR IMC POR LA NOM

Obesidad, a la enfermedad caracterizada por el exceso de tejido adiposo en el organismo. Se determina la existencia de obesidad en adultos cuando existe un índice de masa corporal mayor de 27 y en población de talla baja mayor de 25.

Sobrepeso, al estado premórbido de la obesidad, caracterizado por la existencia de un índice de masa corporal mayor de 25 y menor de 27, en población adulta general y en población adulta de talla baja, mayor de 23 y menor de 25. En el caso de niños y adolescentes, remítase a la NOM-008-SSA2-1993, Control de la nutrición, crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente.

La clasificación actualizada de la obesidad dada por la Sociedad Americana de Cirugía Bariátrica en 1997, y tomada del registro internacional de cirugía bariátrica es la siguiente:

CLASIFICACION ACTUALIZADA DE LA OBESIDAD	
INDICE DE MASA CORPORAL	% PESO IDEAL
Normal < 25	80.7 +- 15.1
Sobrepeso 25 <27	117.5 +- 3.4
Obesidad media 27-30	127.6 +- 4.1
Obesidad moderada 30-35	146.9 +- 6.2
Obesidad severa 35-40	166.8 +- 6.7
Obesidad mórbida 40-50	194.8 +- 12.8
Súper obesidad 50-60	235.8 +- 12.7
Súper/Súper obesidad >60	297.5 +- 37.8

Tabla 1. Clasificación de la obesidad en adultos de acuerdo con el Índice de Masa Corporal (OMS 1 y NOM 2)

FUENTE	BAJO PESO	NORMAL	SOBREPESO	OBESIDAD		
OMS	<18.5	18.5 - 24.9	25.0-29.9	GRADO I 30.0 - 34.9	GRADO II 35.0 - 39.9	GRADO II I> 40.0
NOM	-	-	25.0 - 26.9	> 27		
IMC = Peso actual (kg)/ Estatura (m) 2 IMC saludable* < 24						
Peso saludable IMC saludable = (24) « Talla en (m 2) Rango peso saludable: IMC saludable (escoger un IMC menor a 25) ejemplo: (24.9) « 1.60 m 2 Peso saludable mínimo = 18.5 « 2.56 = 47.3 Peso saludable máximo = 24.9 « 2.56 = 63.7						

CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION

CRITERIOS DE INCLUSION.

- Adultos de 18 a 65 años
- Ambos sexos
- De todos los niveles sociales
- De cualquier escolaridad
- Que su domicilio sea en el área de influencia de chiquigao segunda sección.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- Todos los menores de 18 años
- Que no aceptan ser encuestados
- Que su domicilio no sea en el área de influencia de chiquigao segunda sección.
- Que no sepa leer

CRITERIOS DE ELIMINACION.

- Se eliminaran todos aquellos pacientes que no respondan adecuadamente la escala (que no completen los ítems).
- Que no termine de contestar las preguntas de la escala.

VARIABLES

VARIABLES DEPENDIENTES

Calidad de vida de los adultos obesos

VARIABLES INDEPENDIENTES.

Depresión

VARIABLE	DEFINICION OPERACIONAL	TIPO	ESCALA
Sexo	Diferencia física y de conducta que distingue a los organismos individuales, según las funciones que realizan en los procesos de producción.	Cualitativa	1.- Masculino 2.- femenino
Edad	Medida de duración del vivir, lapso de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el instante o periodo que se estima de la existencia de una persona.	Cuantitativa	1. de 18 años a 65 años de edad.
Religión	Grupo religioso con el que simpatiza el usuario encuestado.	Cualitativa	1.- católica 2.- evangélica 3. Previsteriana 4.- adventista otros
Peso y Talla	De acuerdo con peso y talla sacare el IMC y así clasificar si esta en algún grado de obesidad o no.	Cualitativa	1.- pesar al usuario 2.- Medir talla del usuario
Escolaridad	Ultimo grado académico cursado	cualitativa	1.- Analfabeta 2.- Sabe leer y/o escribir. 3.- primaria 4.- secundaria. 5.- preparatoria 6.- licenciatura o superior.
Ocupación	Poblado, población, ciudad, villa o lugar.	Cuantitativa	1.- Desempleado 2.- Empleado 3.- Obrero 4.- Comerciante 5.- Hogar 6.- Jubilado 7.- Otra
Estado civil	Tipo de estado civil que presenta el individuo.	Cuantitativa	1.- soltero 2.- casado 3.- U. libre 4.- Viudo 5.- Divorciado o separado.

Convivientes Familiares	Personas con las que vive el usuario encuestado.	Cuantitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Esposa 2.- Esposa e hijos 3.- Hijos 4.- Padres 5.- Amigos 6.- Solos
Enfermedad Actual	Patología que padezca el paciente o usuario actualmente	Cuantitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1.- DM 2.- HAS 3.- Cáncer 4.- Cardiopatía 5.- Neuropatía 6.- Otros
Visitantes	Personal que acuden al domicilio del usuario encuestado	Cuantitativa	<ol style="list-style-type: none"> 1.- Hijos 2.- Hermanos 3.- Esposa 4.- Nietos 5.- Amigos 6.- Personal de salud 7.- Grupo religioso
Calidad de vida	Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos.	Cuantitativa	<p>Escala Medical Outcome Study Short Form 30 (MOSF-30).</p> <p>0-45=Mala 46-72=Regular 73-100=Buena</p>
Nivel de depresión	Los trastornos del estado de ánimo tienen como característica principal una alteración del humor, lo cual están divididos según su Grado.	Cuantitativa	<p>La intensidad del cuadro depresivo queda así determinado de la siguiente manera: 50 a 59 depresión leve, 60 a 69 depresión moderada y 70 o más depresión severa. En la escala de zung.</p>

Consideraciones éticas:

El presente trabajo se realizó como una investigación descriptiva observacional, prospectivo, por lo cual, sus procedimientos no son invasivos y no dañan la integridad, física, mental y social de los participantes o sujetos de estudio, es decir, su implementación carece de riesgos y se concientizo a los usuarios del propósito de la investigación y el beneficios para el mismo.

Cabe mencionar, que la información obtenida fue manejada con absoluta confidencialidad.

De acuerdo al Reglamento de la Ley General de Salud en su título quinto en Materia de Investigación para la Salud, capítulo único en su Artículo 100 y a la Declaración de Helsinki en su apartado B sobre los principios fundamentales aplicables a toda forma de investigación médica, está considerada como una investigación sin riesgo.^{46, 47}

Resultados
Cuadro 1

Relación de pacientes Obesos con mala y buena calidad de vida

	Obesidad grado II y III	Sobrepeso y grado I	Total de pacientes
Mala calidad de vida	65	5	70
Buena calidad de vida	28	9	37
Total de pacientes	93	14	107

Fuente: Cuestionario de zung y Cuestionario de calidad de vida (MOSF-30).

Se Realizo Chi cuadrada a la tabla de obesidad

$X^2 = 6.28$ $P = 0.01$ $RR = 4.18$ $RA = 34.2$ $FAP = 45.4$

Cuadro 1.- Se obtuvo una significancia estadística con una $P = 0.01$. En donde los pacientes con obesidad grado II y III tienen 4.18 veces más probabilidades de presentar mala calidad de vida. Y el 34.2% de los pacientes con mala calidad de vida se debe a la obesidad, en donde el 45.4% de la población estudiada sufre mala calidad de vida.

Cuadro 2

Relación de pacientes Obesos con depresión y sin depresión

	Obesidad grado II y III	Sobrepeso y grado I	Total de pacientes
Con depresión	62	4	66
Sin depresión	31	10	41
Total	93	14	107

Fuente: Cuestionario de zung y Cuestionario de calidad de vida (MOSF-30).

$X^2= 7.47$ $P= 0.006$ $RR= 5.00$ $RA= 38.1$ $> FAP= 53.7$

Cuadro 2.- Se obtuvo una significancia estadística con una $P= 0.006$. En donde los pacientes con obesidad grado II y III tienen 5.00 veces más probabilidades de cursar con depresión. Y el 38.1% de los pacientes con depresión se debe a la obesidad, en donde el 53.7% de la población estudiada sufre de Depresión.

Cuadro 3

Relación de pacientes Obesos y no Obesos con y sin depresión, mas buena o mala calidad de vida.

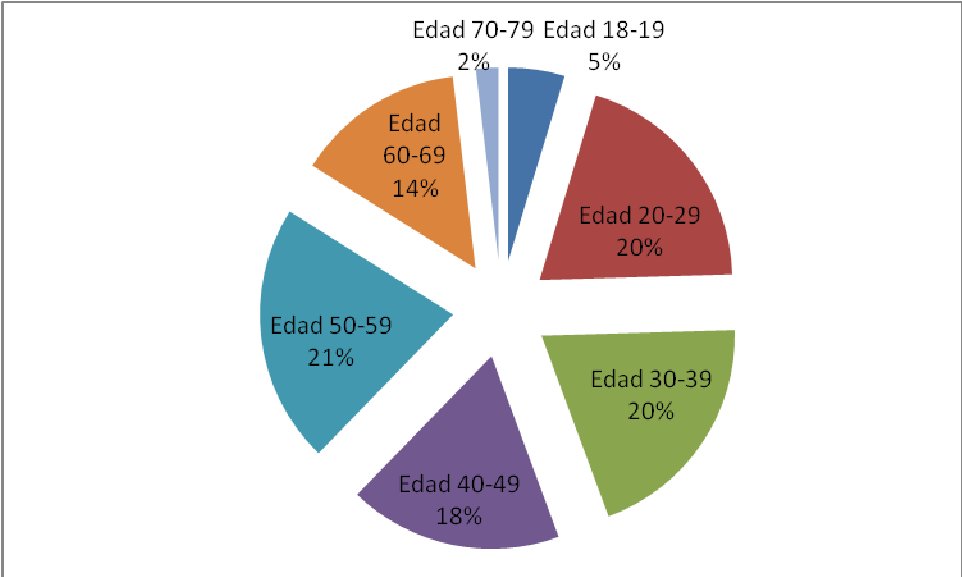
	Obesos con mala calidad de vida	Obesos con buena calidad de vida	Total de pacientes
Con depresión	55	7	62
Sin depresión	27	18	45
Total de pacientes	82	25	107

Fuente: Cuestionario de zung y Cuestionario de calidad de vida (MOSF-30).

$X^2 = 12.00$ $P = 0.0005$ $RR = 5.24$ $RA = 39.1$ $FAP = 51.7$

Cuadro 3.- Se obtuvo una significancia estadística con una $P = 0.0005$. En donde los pacientes con obesidad y con mala calidad de vida tienen 5.24 veces más probabilidades de presentar Depresión. Y el 39.1% de los pacientes obesos con mala calidad de vida se debe a la Depresión, en donde el 51.7% de la población estudiada sufre Depresión con mala calidad de vida.

Grafica 1. Pacientes por rango de edad con obesidad de las tres comunidades de municipio de Centro, Tabasco.

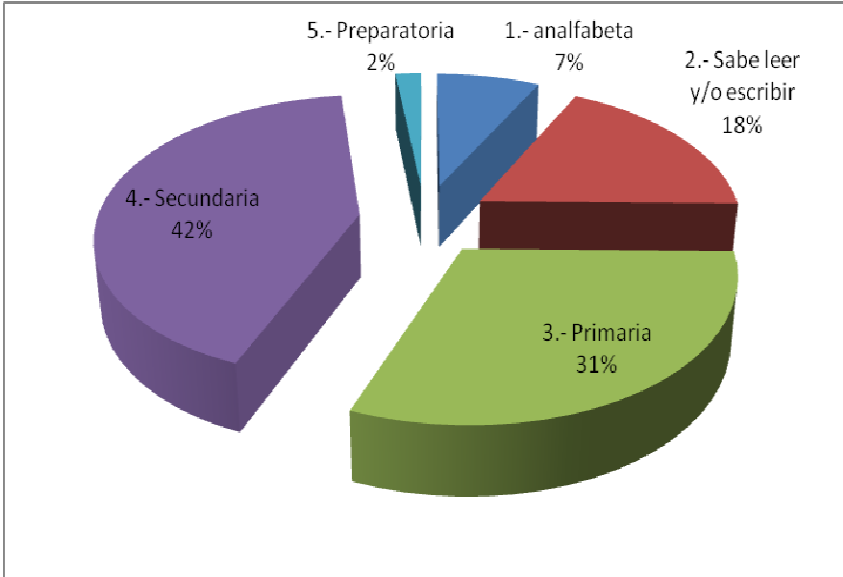


Fuente: Cuestionario de zung y Cuestionario de calidad de vida (MOSF-30).

Del total de 107 pacientes, el 21% de los pacientes se encuentran en la década de vida de 50 a 59 años siendo esta la de mayor número de pacientes.

Gráfica 2. Distribución por Escolaridad.

Escolaridad de los pacientes con obesidad en tres comunidades del municipio del Centro, Tabasco.

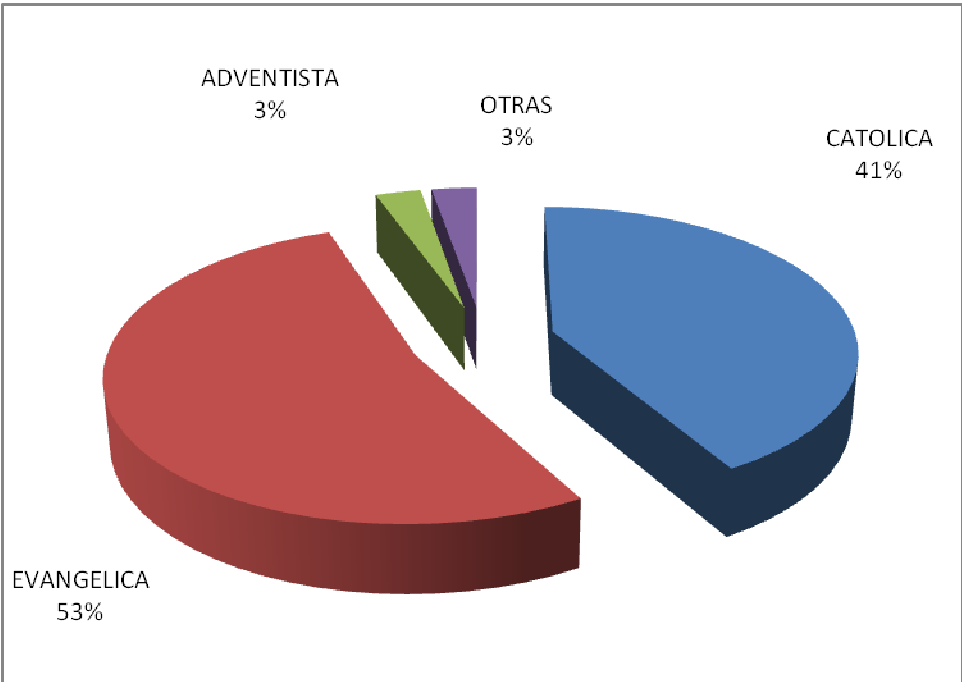


Fuente: Cuestionario de zung y Cuestionario de calidad de vida (MOSF-30).

Del total de 107 pacientes, que intervinieron en el estudio, 42% pacientes tenían como grado escolar secundaria siendo el mayor número de pacientes este rubro.

Gráfica 3. Distribución por Religión

Religión de los pacientes con obesidad de las tres comunidades de municipio de Centro, Tabasco

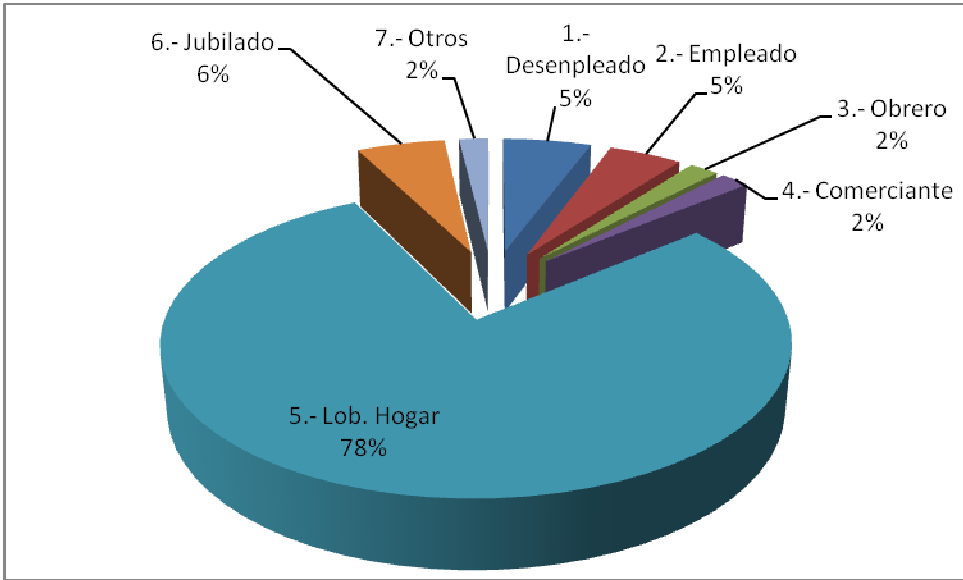


Fuente: Cuestionario de zung y Cuestionario de calidad de vida (MOSF-30).

Del total de 107 pacientes, el 53% de los pacientes se encuentran en la religión evangélica siendo esta la de mayor número de pacientes.

Gráfica 4. Distribución por Ocupación

Ocupación de los pacientes con obesidad en tres comunidades de municipio del Centro, Tabasco

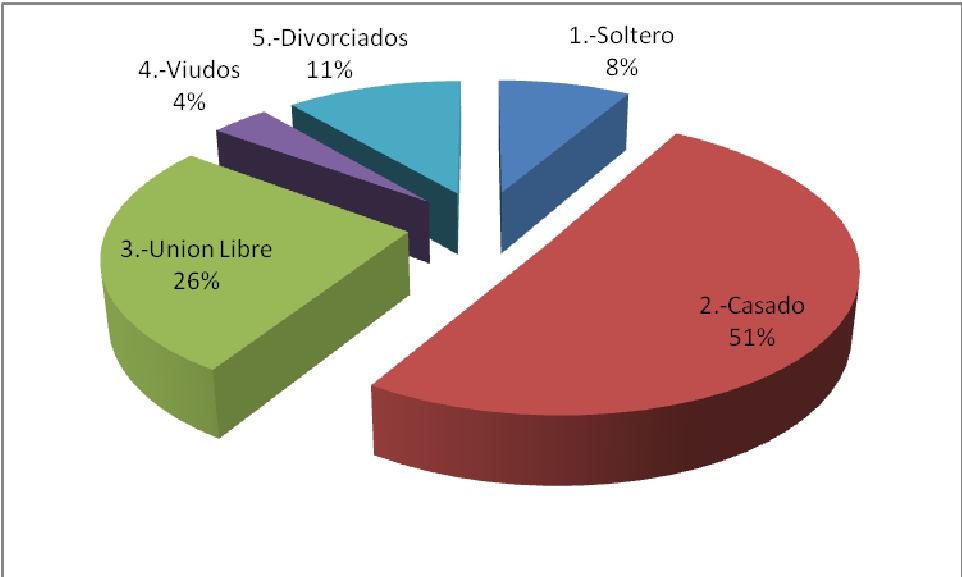


Fuente: Cuestionario de zung y Cuestionario de calidad de vida (MOSF-30).

Del total de 107 pacientes, el 78% de los pacientes se encuentran en labores del hogar siendo esta la de mayor número de pacientes.

Grafica 5. Distribución por estado Civil

Estado civil de los pacientes de obesidad en tres comunidades de municipio del Centro, Tabasco

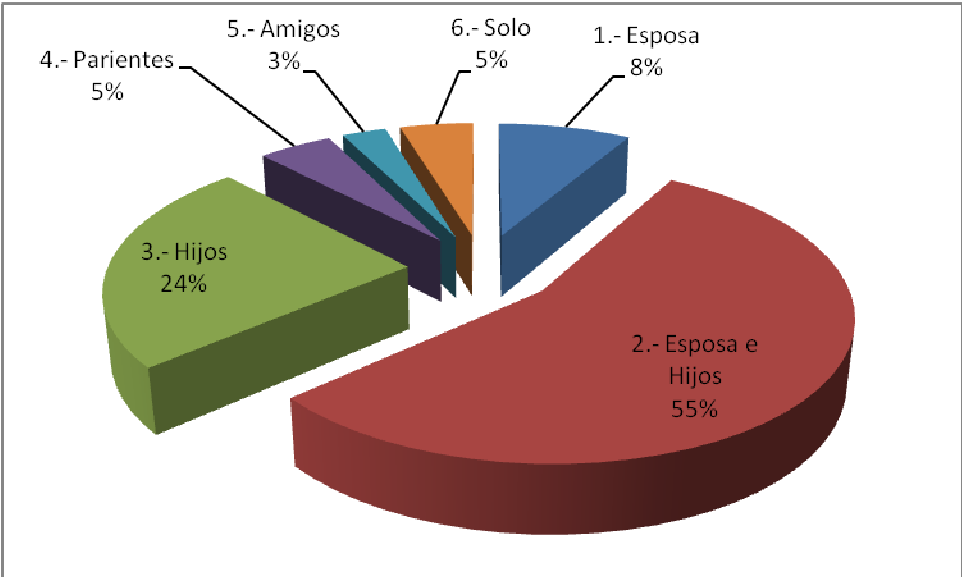


Fuente: Cuestionario de zung y Cuestionario de calidad de vida (MOSF-30).

Del total de 107 pacientes, el 51% de los pacientes se encuentran casado siendo esta la de mayor número de pacientes.

Gráfica 6. Distribución de acuerdo con quien vive

Con quien viven los pacientes obesos en la tres comunidades de municipio de Centro, Tabasco

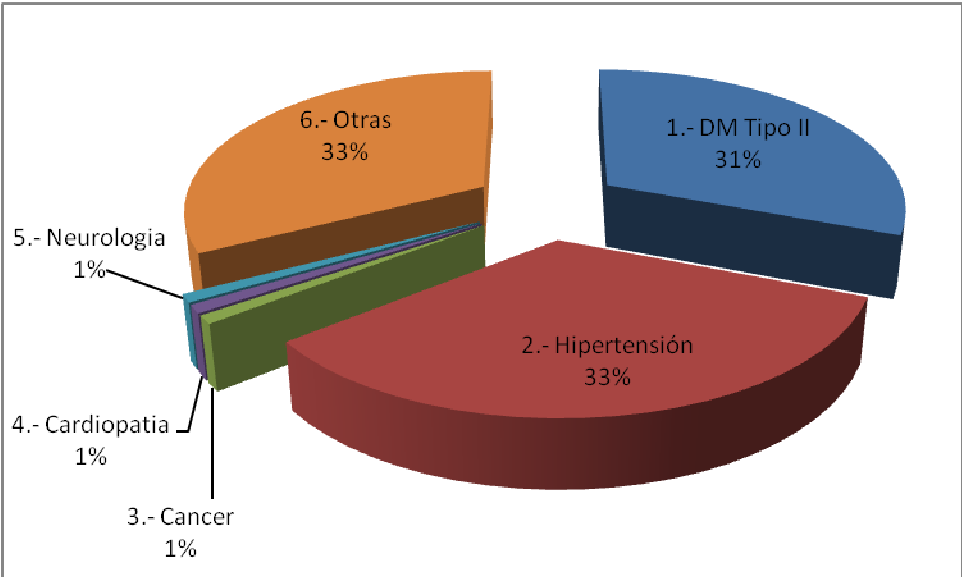


Fuente: Cuestionario de zung y Cuestionario de calidad de vida (MOSF-30).

Del total de 107 pacientes, el 55% de los pacientes viven con esposa (a) e hijos siendo esta la de mayor número de pacientes.

Gráfica 7. Distribución por Enfermedad

La enfermedad de los pacientes obesos en tres comunidades de municipio de Centro, Tabasco

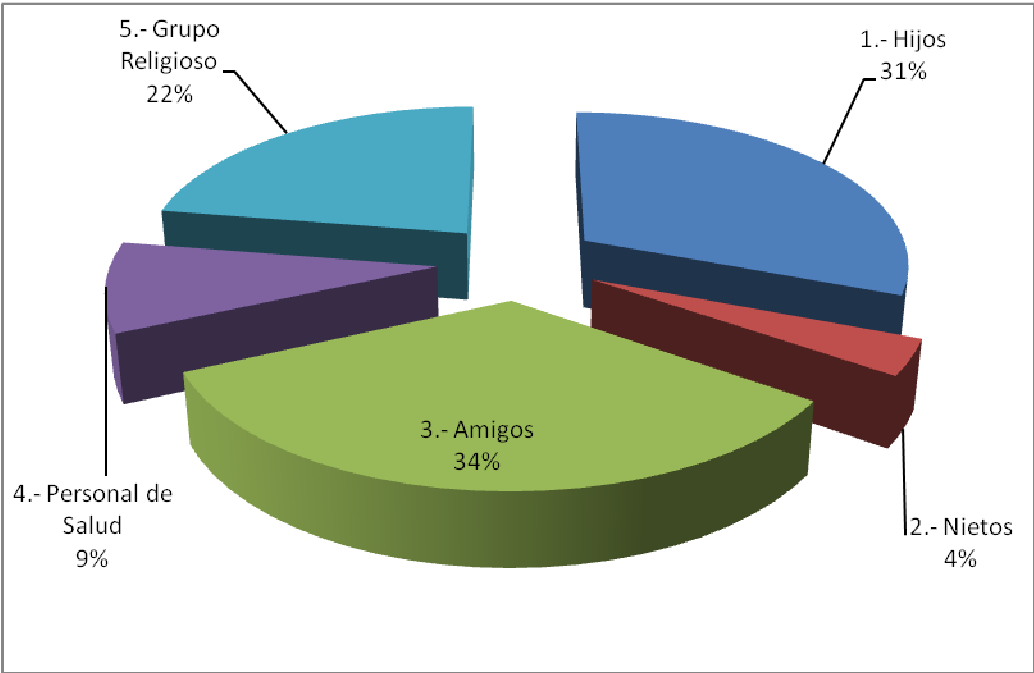


Fuente: Cuestionario de zung y Cuestionario de calidad de vida (MOSF-30).

Del total de 107 pacientes, el 33% de los pacientes se encuentran con HAS siendo esta la de mayor número de pacientes.

Gráfica 8. Distribución de acuerdo a quien los visita

Las visitas recibidas de los pacientes obesos en tres comunidades de municipio de Centro, Tabasco



Fuente: Cuestionario de zung y Cuestionario de calidad de vida (MOSF-30).

Del total de 107 pacientes, el 34% de los pacientes reciben visitas de amigos siendo esta la de mayor número de pacientes.

Discusión de los resultados encontrados.

El problema de la obesidad en Latinoamérica se ha calificado como el más importante dentro de las afecciones nutricionales con implicación directa en el desarrollo de enfermedades crónicas y con la mortalidad asociada. En una comparación establecida por Martorell⁵ entre nueve países de Latinoamérica, México ocupó el segundo lugar en prevalencia de obesidad (según índice de masa corporal, $IMC \geq 30$) con un valor de 10.4% entre las mujeres de 15-49 años.

Estiman una prevalencia global de obesidad de 13,4% (11,5% en varones y 15,2% en mujeres) con un aumento progresivo a medida que avanza la edad, alcanzando hasta el 26,3% en el grupo 55-60 años.

En este estudio se demostró una prevalencia de obesidad 32,7%, superior a lo reportado por Martorell. En donde las mujeres representan un mayor porcentaje que los hombres, entre los 18 a 60 años.²

Varagas y col.³ Establecen que los pacientes obesos con mala calidad de vida, tienen un bajo nivel de estudio, aunado con una patología psiquiátrica, en nuestro estudio se demostró, que los pacientes obesos tienen mala calidad de vida hasta en un 45.4 %. Y aunado a una patología psiquiátrica (depresión) la prevalencia aumenta a un 53.7%.⁴⁸

Varagas y col. Reporta el 84% de los pacientes estudios tenían un bajo nivel académico y el 77% en labores del hogar, muy semejante a lo que se encontró en este estudio, donde el nivel de escolaridad es bajo en un 58%, así como el 78% se dedica a las labores del hogar.⁴⁸

Conclusiones.

La obesidad es una enfermedad con graves problema de salud pública que se incrementa día con día y es causa directa o está como un factor de riesgo importante de muchas enfermedades graves y hasta mortales.

Un problema severo es que se está incrementando mucho en la población infantil, adolescentes, jóvenes y adultos, cuyos hábitos alimenticios y estilos de vida se están definiendo sobre bases que pueden ser muy peligrosas para su salud y desarrollo integral.

Ya que en nuestra sociedad es reconocida como una enfermedad, por lo que tiende al rechazo de las personas con obesidad y sobrepeso, esto conlleva una mayor depresión y constituye para algunos pacientes un círculo vicioso en los que la depresión gana terreno, los lleva al sedentarismo y a una mayor ganancia de peso.

Se trata de una población económicamente activa, en donde los obesos con mala calidad de vida presentan, cinco veces más probabilidades de padecer un síndrome psiquiátrico, como es la depresión; esta patología en la población estudiada tiene un factor de riesgo de que se padezca hasta en un 52%. La obesidad representa un problema de salud importante para que estos pacientes puedan tener una mala calidad de vida, contribuye a que presenten síndromes psiquiátricos (depresión). Aunque se recomienda establecer una muestra más representativa para poder establecer estudios que nos evalúen una población para homogenizar estos criterios.

Sugerencias:

Promoción de la salud. Constituye una línea estratégica dentro de las funciones prioritarias para la prevención y control de enfermedades definidas por la Secretaría de Salud. Las estrategias de trabajo son la educación para la salud, la participación social y la comunicación educativa.

Se aplican en seis componentes: salud familiar, salud integral del escolar, salud integral de los adolescentes, municipios saludables, ejercicios para el cuidado de la salud y desarrollo de contenidos educativos. Para todos ellos se recomiendan enfoques y actividades que habrán de ser instrumentados por los servicios de salud en los niveles operativos, en alianza estratégica con instituciones y grupos interesados en la promoción de la salud. Un componente clave es la estrategia de los municipios saludables, que ha propiciado el liderazgo político local de los presidentes municipales y la participación organizada de la sociedad en la definición de prioridades, y la ejecución de programas locales que generalmente tienen un enfoque de promoción de la salud. Otro proyecto en marcha desde 1996 es el llamado “de corazón a corazón”, que integra iniciativas del sector empresarial privado, la Organización Panamericana de la Salud y la Secretaría de Salud, bajo la conducción de la autoridad nacional de salud, y que está realizando una importante campaña de comunicación social para la reducción del tabaquismo y el sedentarismo y la promoción de hábitos nutricionales saludables. Recientemente el país se ha incorporado a la estrategia de escuelas saludables, orientada a transformar ambientes, condiciones y modos de vida.⁴⁵

Identificar a los adultos deprimidos con puntajes altos y referidos a salud mental para restablecer su motivación, interés por la vida, ánimo y esperanza de vida, con la finalidad de lograr su integración.

Para mejorar la calidad de vida se requiere el interés de la familia para que el adulto se integre a actividades que le permitan ejercitarse física, mental y socialmente de acuerdo a su edad.

Capacitar a los grupos de adultos y a la población en general para que puedan conocer su fisiología normal y ayudarlos a tener una ocupación para su motivación.

Referencias bibliográficas.

Bibliografía.

- 1.- Robertson A, Tirado C, Lobstein T, et al. WHO Regional. Publications, European Geneva, 2004.
- 2.- Martorell R, Khan LK, Hughes ML, Grummer-Strawn LM. Obesity in Latin American Women and Children J Nutr. 1998;128:1464-73.
- 3.- Sánchez-Castillo C, Berber A, Pichardo-Ontiveros E, Méndez-Sánchez N Uribe-Esquivel M. et al. Epidemiología de la Obesidad en: ed. Obesidad. Epidemiología, fisiopatología y manifestaciones clínicas. Editorial El Manual Moderno. México, 2002.
- 4.- Chagnon YC, Perusse L, Weisnagel SJ, Rankinen T, Bouchard C. The human obesity gene map: the 1999 update. Obes Res 2000;8:89-117.
- 5.- Snyder EE, Walts B, Perusse L, Chagnon YC, Weisnagel SJ, Rankinen T, et al. The human obesity gene map: the 2003 update. Obes Res 2004;12:369-439.
- 6.- Liu YJ, Araujo S, Recker RR, Deng HW. Molecular and genetic mechanisms of obesity: implications for future management. Curr Mol Med 2003;3:325-40.
- 7.- Epidemiología de la obesidad en siete países de América Latina. Disponible en: www.saota.org.ar/TEXTOS/EPIDEMIOLOGIALATREVESP2002.pdf
- 8.- Kannel WB, Brand N, Skinner JJ, Dawber TR, McNamara PM. The relation of adiposity to blood pressure and development of hypertension. The Framingham study. Ann Int Med 1967;67:48-59.
- 9.- Hubert HB, Feinleib M, Mc Namara PM, Castelli WP. Obesity as an independent risk factor for cardiovascular disease. A 26 year follow up of participants in the Framingham Heart Study. Circulation 1983;67:968-77.
- 10.- Manson JE, Stampfer MJ, Colditz GA, Willett WC, Rosner B, Speizer FE et al. A prospective study of obesity and risk of coronary heart disease in women. N Engl J Med 1990;322:882-9.

- 11.- Chiprut R., Castellanos U.A., Sánchez H.C., Martínez G.D., Cortéz M.E., Chiprut R., Conde O.P. "La Obesidad en el Siglo XXI. Avances en la etiopatogenia y tratamiento". Gaceta Médica de México 137 2001 (4): 323-334.
- 12.- NORMA Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad. Disponible en: www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/174ssa18.html
- 13.- Alvarez CR. Valoración integral del resultado de la cirugía en el paciente con obesidad severa. Cir Gen 1999; 21: 319-24.
- 14.- Norma Oficial Mexicana para el Manejo Integral de la Obesidad. NOM.-174-SSA1-1998. Diario Oficial de la Federación, abril 12, 2000, 27-34.
- 15.- Brownell KD, Marlatt GA, Lichtenstein E, Wilson GT. Understanding and preventing relapse. Psychol 1986; 41(7): 756-782.
- 15.- Salud en Tabasco. Secretaria de Salud del Estado de Tabasco, Villahermosa, Mexico, Febrero año/vol. 7, numero 001. 350-352.
- 16.- Sullivan MBE, Sullivan LGM, Kral JG. Quality of life assessment in obesity: psysical, psychological, and social function. Gastroenterol Clin North Am 1987;16: 433-442.
- 17.- Wadden TA, Stunkard ,4J. Social and psychological consequences of obesity. Ann Intern Med 1985; 103: 1062-1067.
- 18.- Badia X, Gutiérrez F, Wiklund Y, Alonso J. Validity and reliability of the spanish version of the Psychological General Well-Being Índex. Qual Life Res 1996; 5: 101-108.
- 19.- Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión españoladel SF-36 Health Survey: un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc.) 1995; 104: 771-776
- 20.- Formiguera X, Badia X, Aguilar G, Barbany M, Schiafíno A, Cuatrecasas G et al. Quality of life and morbid obesity. Int J Obes 1996; 20: 160.
- 21.- Prevalencia y severidad de depresión en estudiantes de enfermería de la Universidad de Colima 1Olmedo-Buenrostro Bertha Alicia, 2Torres-Hernández Jorge, 3Velasco-Rodríguez Raymundo, 4Mora-Brambila Ana Bertha, 5Blas-Vargas Laura Azucena 1,3D en C, 4M en C, Profesores Investigadores de la Facultad de Enfermería. 2M en C, Profesor Investigador de la Facultad de Psicología. 5Pasante de Licenciatura de Enfermería. Universidad de Colima, Colima México.

- 22.- Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C *et al.* Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Ment* 2003;26:1-16.
- 23.- American Psychiatric Association. DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association;1994.
- 24.- Sandanger I, Nygard JF, Ingebrigtsen G, Sorensen T, Dalgard OS. Prevalence, incidence and age at onset of psychiatric disorders in Norway. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999;34:570-579.
- 25.- Kessler RC, McGonagle KA, Nelson CB, Hughes M, Swartz M, Blazer DG. Sex and depression in the National Comorbidity Survey II: Cohort effects. *J Affect Disord* 1994;30:15-26.
- 26.- Harrington R, Rutter M, Weissman M, Fudge H, Groothues C, Bredenkamp D *et al.* Psychiatric disorders in the relatives of depressed probands I. Comparison of prepubertal, adolescent and early adult onset cases. *J Affect Disord* 1997;42:9-22.
- 27.- Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Fleiz-Bautista C, Zambrano-Ruiz J. La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento. *Salud Publica Mex* 2004;46:417-424.
- 28.- Manual de Psiquiatría "Humbero Rotondo"
http://200.10.68.58/bibvirtual/libros/manualpsiquiatra/cap_12.html
- 29.- katon w, Schuberg H. Epidemiology of depression in primary care. *Gen Hosp Psychiatry* 1992; 14: 237-247.
- 30.- Jesús Alberdi Sudupe, Oscar Taboada, Carlos Castro Dono, C. Vázquez Ventosos. Médicos Especialistas de Psiquiatría. Complejo Hospitalaria "Juan Canalejo" SERGAS- A Coruña – Española Guías Clínicas 2006.
- 31.- Abraham, S., Taylor, A. y Conti, J. (2001). Postnatal depression, eating, exercise, and vomiting before and during pregnancy. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 482-487.
- 32.- KENDLER KS, GARDNER CO. Boundaries of major depression: an evaluation of DSM-IV criteria. *Am J Psychiatry* 1998; 155: 172-177.

33.- Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha TS, Bryson H y cols. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl.* 2004;(420):21-7.

34.- CANMAT. Clinical Guidelines for the treatment of depressive disorders. *Can J Psychiatry* 2001;46, supl 1.

35.- Dois Castellón, Angelina, Contreras Mejias, Aixa, Arechabala, Ma. Cecilia et al. Validación De Una Escala De Calidad De Vida En Un Grupo De Personas Con Esquizofrenia De La Religión Metropolitana - Chile. *Cenc. Enferm.*, Jun. 2007, Vol.13, NO.1, P.35-44. 0717.

36.- Giner J, Ibáñez E, Cervera S, SanMartín A y Caballero R; "Experiencia subjetiva y calidad de vida en la esquizofrenia". *Acta Esp Psiquiatr*; 2001; 29(4); 233-42

37.- López S, Lara MC y Ban H; "Validez y confiabilidad de instrumentos para evaluar calidad de vida en pacientes con cardiopatía coronaria isquémica tratados en el Instituto Nacional de Cardiología"; Secretaria de Salud e Instituto Mexicano de Psiquiatría, Tesis para obtener el título de especialista en Psiquiatría de Enlace; Marzo 1997; México D.F.

38.- López S, Lara MC y Ban H; "Calidad de Vida en pacientes con cardiopatía coronaria isquémica tratados con cirugía de puenteo coronario y angioplastia coronaria transluminal percutánea"; Universidad Nacional Autónoma de México e Instituto Mexicano de Psiquiatría; Tesis para obtener el grado de Maestro en Psiquiatría (Psicología Médica); Marzo 2000; México D.F.

39.- remor eduardo, " fiabilidad y validez de la version española del cuestionario mosf-30 para evaluar calidad de vida" atención primaria 2003.

40.- Rockville, MD, U.S. Depression in Primary Care,: Detection and Diagnosis (Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research, April Clinical Practice Guideline No 5; 1993b. Vol 1

41.- Blehar ,MD, Oren DA Gender differences in depression. *Medscape Women's Health*, 1997; 2(2):3. Revisión proveniente de: Women's increased vulnerability to mood disorders: integrating psychobiology and epidemiology. *Depresión*, 1995; 3:3-12.

- 42.- Gallo JJ, Rabins PV. Depresión without sadness: alternative presentations of depression in late life. *American Family Physician*, 1999; 60 (3): 820-6.
- 43.- NORMA Oficial Mexicana NOM-174-SSA1-1998, Para el manejo integral de la obesidad. *Diario Oficial de la Federación*, abril 12, 2000.
- 44.- J. Aranceta Bartrina Original Prevalencia de obesidad en los países desarrollados: situación actual y perspectivas *Nutr. Hosp.* (2002) XVII 0212-1611
- 45.- *La salud en las Américas*, edición de 1998, Volumen II
- 46.- Cámara de diputados del H. Congreso de la unión. Ley General de Salud, última reforma DOF 28-06-2005. [Citado 16 Marzo 2006]. Disponible en: www.cddhcu.gob.mx/LeyesBilbio/pdf/142.pdf.
- 47.- The world medical association, Declaration of Helsinki. [Citado 16 Marzo 2006]. Disponible en: www.wma.npe/e/policy/b3.htm.
- 48.- Miguel Ángel Barajas Gutiérrez calidad de vida relacionada con la salud y obesidad en un centro de atención primaria *Rev Esp Salud Pública* 1998; 72: 221-23 1 N." 3 - Mayo-Junio 1998

Anexos

Anexo A. Carta de consentimiento informado.

Nombre: _____ Sexo: _____

Edad: _____

Num. de Encuesta: _____

Dirección: _____

Doy mi consentimiento para que me entreviste un empleado de la Secretaria de Salud. Entiendo que la entrevista formará parte de un estudio sobre el apoyo familiar y la hipertensión arterial en mi comunidad.

Entiendo que seré entrevistado/a en el centro de salud comunitario y en los horarios que me convengan. Se me harán preguntas acerca de lo que pienso y

Considero sobre el apoyo que percibo de mi familia enguanto a mi enfermedad maltrato en el adulto mayor así como el nivel socioeconómico que tengo y mi enfermedad (Hipertensión arterial sistémica). La entrevista durará 30 minutos aproximadamente. También estoy enterado/a de que el investigador puede ponerse en contacto conmigo en el futuro, a fin de obtener más información.

He concedido libremente esta entrevista. Se me ha notificado que es del todo voluntaria y que aun después de iniciada puedo rehusarme a responder alguna pregunta o decidir darla por terminada en cualquier momento. Se me ha dicho que en ninguno informe de este estudio se me identificará jamás en forma alguna. También se me ha informado que esta entrevista es exclusivamente con fines educativos y sin fines de lucro.

Firma o Huella Digital: _____

Encuesta para realizar la tesis "calidad de vida y depresión en el adulto" por el Dr. Ricardo González Pereyra. Residente de tercer año de medicina familiar por su apoyo gracias.

Nombre del paciente: _____

Edad: _____ Sexo: _____

I. Datos generales

Por favor, coloque el número dentro del paréntesis, según su caso.

1. Religión: () 1) católica 2) evangélica 3) adventista (7mo día) 4) Mormon 5) testigo de Jehová 6) otra _____

2. Escolaridad: () 1) Analfabeta 2) Sabe leer y/o escribir 3) primaria 4) Secundaria 5) preparatoria 6) Lic. o superior.

3. Ocupación: () 1) desempleado 2) empleado 3) obrero 4) comerciante 5) hogar 6) jubilado 7) otra _____

4. Estado Civil: () 1) Soltero 2) Casado 3) U. Libre 4) Viudo 5) Divorciado o Separado

5. Vive con. () 1) Esposa 2) Esposa e Hijos 3) Hijos 4) Parientes 5) Amigos 6) Solo

6. Ingreso Familiar: \$ _____

7. Padece usted una enfermedad? () 1. DM 2. HAS 3. Cancer 4. Cardiopatía 5. Neurología 6. Otra _____

8. Recibe usted Visitas? () 1) Hijos 2) Esposa 3) Nietos 5) Amigos 6) Personal de Salud 7) Grupo Religioso

II. Calidad de vida (Cuestionario MOS-SF-30 para evaluar calidad de vida).

Por favor, marque con una X donde corresponda según su caso.

1. En general diría que su salud es: () 1) Excelente 2) Muy buena 3) Buena 4) Regular 5) Mala

2. Cuando dolor corporal ha tenido en general en el último mes: 1) Ninguno 2) Muy poco 3) Moderado 4) Agudo 5) Muy agudo

Durante el último mes, ¿Cuándo han limitado su salud las siguientes actividades?. Si las han limitado de alguna forma.

		Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita nada
3	El tipo o la cantidad de actividades intensas que puedes hacer, como levantar objetos pesados, correr o participar en deportes fatigantes.			
4	El tipo o la cantidad de actividades moderadas que puedes hacer, como mover una mesa o llevar el carro de las compras.			
5	Subir una cuesta o subir escaleras			
6	Girarse, levantarse o inclinarse.			
7	Caminar 100 metros.			
8	Comer, vestirse, ducharse o utilizar el baño.			

Durante el último mes ¿Cuánto han limitado su salud las siguientes actividades?. Si las han limitado de alguna forma.

		Si me limita mucho	Si me limita un poco	No, no me limita nada
9	Mi trabajo; el trabajo en cosas de la casa; las tareas escolares o de estudio.			
10	El tipo o la cantidad de trabajo; las tareas domésticas o las tareas escolares que puedes hacer debido a tu salud.			

En cada una de las siguientes preguntas, señale con una X en la casilla correspondiente la respuesta que mejor se adecue al modo en que se ha sentido durante el último tres meses.

		Casi siempre	A menudo	A veces	Muy Pocas veces	Casi nunca
11	¿Han limitado su salud sus actividades sociales: visitar amigos o parientes cercanos, etc.?					
12	¿Has estado muy nervioso/a?					
13	¿Se ha sentido tranquilo, en calma y en paz?					
14	¿Se ha sentido triste y decaído?					
15	¿Ha sido feliz?					
16	¿Se ha sentido tan profundamente decaído que nada le ha podido animar?					
17	¿Se ha sentido lleno de energía?					
18	¿Se ha sentido agotada/o?					
19	¿Se ha sentido cansado/a?					
20	¿Se ha sentido con energía como para hacer las cosas que quería hacer?					
21	¿Se ha sentido abrumado/a por su problema de salud?					
22	¿Se ha sentido desanimado/a por su problema de salud?					
23	¿Se ha sentido desesperado/a por su problema de salud?					
24	¿Ha sentido miedo por su problema de salud?					
25	¿Ha sentido dificultades para razonar y resolver problemas, como hacer planes, tomar decisiones y aprender cosas nuevas?					
26	¿Se le han olvidado cosas que han sucedido recientemente, como donde puso las cosas, citas, etc.?					
27	¿Ha tenido dificultad para mantener la atención en alguna actividad durante cierto tiempo?					
28	¿Ha tenido problemas para realizar actividades que requieren reflexión y concentración?					

29. ¿Cómo ha sido su calidad de vida durante los últimos tres meses?, esto es, ¿Cómo le han ido las cosas en general?

Muy bien, no podían haberme ido mejor	
Bastante bien	
Ni bien ni mal, casi igual	
Bastante mal	
Muy mal, no podían haberme ido peor	

20. ¿Cómo calificaría su estado físico u emocional actual en comparación con el último mes?

Mucho mejor	
Algo mejor	
Casi igual	
Algo peor	
Mucho peor	

III. Escala de autoevaluación de zung

Por favor, señale una respuesta de cada uno de los 20 ítems. Utilice una X	Nada o pocas	Algunas veces	Muchas veces	La mayoría de las veces
1.- Me siento abatido, desanimado y triste				
2.- Por la mañana es cuando mejor me siento				
3.- Tengo ataques de llanto a deseos de llorar				
4.- Tengo problemas de sueño durante la noche				
5.- Como igual que antes				
6.- Disfruto al mirar, conversar y estar con mujeres / hombres atractivos.				
7.- Noto que estoy perdiendo peso				
8.- Tengo problemas de estreñimientos				
9.- Mi corazón late mas rápido de lo acostumbrado				
10.- Me canso sin motivo				
11.- Mi mente esta tan despejada como siempre				
12.- Me resulta fácil hacer todo lo que solía hacer				
13.- Me encuentro intranquilo y no puedo estarme quieto				
14.- Tengo esperanza en el futuro				
15.- Soy mas irritable que de costumbre				
16.- Tomo las decisiones fácilmente				
17.- Siento que soy útil y necesario				
18.- Siento que mi vida esta llena				
19.- Siento que los demás estarían mejor sin mi, si estuviese muerto				
20.- Sigo disfrutando con lo que hacia				