



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 43 EN  
GUADALUPE DISTRITO BRAVO, CHIH.**

**DEPRESIÓN EN DERECHOABIENTES OBESOS DE LA UMF 43 DEL  
IMSS EN GUADALUPE DISTRITO BRAVO, CHIH.**

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

**PRESENTA:**

**DR. JOSE EDWIGES OROÑA BACA**

**2005-2008**

**CIUDAD JUÁREZ, CHIH.**

**NOVIEMBRE 2010**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

**DEPRESION EN DERECHOHABIENTES OBESOS DE LA UMF43 DEL IMSS EN  
GUADALUPE DISTRITO BRAVO, CHIHUAHUA  
CIUDAD JUÁREZ CHIHUAHUA**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

**PRESENTA:**

**DR. JOSE EDWIGES OROÑA BACA  
AUTORIZACIONES**

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

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

**CD. JUÁREZ, CHIH.**

**NOVIEMBRE DE 2010**

**DEPRESIÓN EN DERECHOHABIENTES OBESOS DE LA UMF 43 DEL  
IMSS EN GUADALUPE DISTRITO BRAVO, CHIH.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

**PRESENTA:**

**DR. JOSE EDWIGES OROÑA BACA**

**AUTORIZACIONES**

**DRA. MARIA DOLORES MELENDEZ VELAZQUEZ**  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN  
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS FAMILIARES  
ASESOR DE TEMA

**LUIS FLORES PADILLA**  
**DR. EN CIENCIAS DE LA SALUD PÚBLICA**  
ASESOR METODOLÓGICO

**JUANA TREJO FRANCO**  
**DRA. EN CIENCIAS DE LA SALUD PÚBLICA**  
ASESOR DE TEMA

**CD. JUÁREZ, CHIH.**

**NOVIEMBRE 2010**

## DEDICATORIA

A Dios:

Desde el fondo de mi corazón, le dedico éste trabajo que si a concluido es solo por que Él lo ha permitido, pues cuando yo no pude con la adversidad, Él me saco adelante. Muchas gracias Señor.

A Mi Padre:

Me formaste hombre, me diste con tu esfuerzo que hay que seguir adelante.

A Mi Madre:

Punto seguro de partida y arribo, descanso y fuente de fortaleza, ¿Con qué pagar tu esfuerzo y abnegación? Aunque nada es suficiente para compensarte, recibe este, mi humilde trabajo.

Esposa:

Este trabajo, que corona los esfuerzos de 3 años, también es tuyo, lo mismo que mi agradecimiento por tu ayuda incondicional, porque cuando me necesitaste y no pude brindar el tiempo a tu necesidad, no hubo reproche, si no que me impulsaste, y me diste la oportunidad cotidiana para llegar al final. Gracias

Hijos:

Recibí un legado mi padre, trabajar honestamente hasta lograr la meta. Al dedicarles éste trabajo también doy el mismo legado para ustedes y sus hijos en su momento.

Hermanos y tíos

Gracias por su apoyo que medieron cuando mas lo necesite, gracias a ti que estas en el cielo, por su gran corazón.

## AGRADECIMIENTOS

Tengo tantas cosas que agradecer a Dios que hizo provisión para mi vida, comenzando con mis de padres sin los cuales, quizá hubiera torcido el camino como algunos amigos de la infancia tristemente lo hicieron, quizá por que no tuvieron un par de viejos como los míos que fueron un barco estable y un faro que me sirvió de guía.

De entre tanta gente a la que tengo que agradecer, con todo mi gran cariño agradezco a la familia de la que provengo, por que todos mis hermanos han sido el aire que ha hinchado mis velas en ésta travesía en un principio incierta, ahora realizada, por lo que les estoy muy agradecido.

A través mi vida, hubo un sinfín de maestros que continuaron la labor de mis padres fuera de casa. Son tantas gentes que faltaría espacio para enumerarlos a todos. Para ellos mi más profundo agradecimiento.

Una gratitud muy grande y sincera a mi esposa, por su paciencia y dirección, por que ha tenido expresiones de apoyo, de consuelo, de ánimo y de amor, porque como leona vigilante ha tenido cuidado y preocupación en cuanto a mi salud y la economía familiar. En mi agradecimiento incluyo a mis hijos que con su comprensión me han impulsado a seguir adelante.

A la Dra. María Dolores Meléndez Velázquez mi agradecimiento ya que tomó en sus manos el destino de la residencia de la especialidad que cursamos, que andaba muy a la deriva y le dio la dirección adecuada y el apoyo a todos los integrantes.

Un agradecimiento muy especial para mis compañeros los, Guillermo gonzales un gran maestro y un gran compañero el cual me ayudado, Dr. Manuel Valdez Salvador Muñoz quienes han sabido ser no solo compañeros, sino amigos leales y desinteresados.

Finalmente quiero agradecer a mis asesores Dr. Luis Flores y Juana Trejo por su ayuda pero en forma por demás especial a la Dra. Isis Claudia Solorio Páez, la tutora de mi presente trabajo, porque sin su ayuda desinteresada, la realización de ésta tesis no habría podido llegar a su fin en forma exitosa.

Señor: Gracias por cuantas cosas recibí que no merecía.

## CONTENIDO

<b>I. Introducción</b>	<b>1</b>
<b>II. Marco teórico</b>	<b>4</b>
<b>2.0 Depresión</b>	<b>4</b>
<b>2.1 Definición de depresión</b>	<b>4</b>
<b>2.2 Historia y evolución de la depresión</b>	<b>4</b>
<b>2.3 Inventario de Beck</b>	<b>5</b>
<b>2.4 Factores de riesgo de la depresión</b>	<b>6</b>
<b>2.4.1 Edad</b>	<b>6</b>
<b>2.4.2 Sexo</b>	<b>6</b>
<b>2.4.3 Económico</b>	<b>7</b>
<b>2.4.4 Medicamentos</b>	<b>7</b>
<b>2.4.5 Enfermedades</b>	<b>8</b>
<b>2.4.6 Trabajo</b>	<b>8</b>
<b>2.4.7 Victimización</b>	<b>8</b>
<b>2.5 Causas de depresión</b>	<b>8</b>
<b>2.5.1 Genética</b>	<b>8</b>
<b>2.5.2 Hereditaria</b>	<b>8</b>
<b>2.5.3 Bioquímicas</b>	<b>9</b>
<b>2.5.4 Fisiológicas</b>	<b>9</b>
<b>2.5.5 Causas sociales</b>	<b>10</b>
<b>2.5.6 Psicológicos</b>	<b>11</b>
<b>2.5.7 Los trastorno que caracterizan a la depresión pueden dividirse en cuatro grupos</b>	<b>11</b>
<b>2.6 Clasificación de la Depresión</b>	<b>13</b>
<b>2.6.1 Leve</b>	<b>13</b>
<b>2.6.2 Moderado</b>	<b>13</b>
<b>2.6.3 Severa</b>	<b>13</b>
<b>2.6.4 Tipos de trastornos depresivos clasificados por manual diagnostico y estadístico de los trastornos mentales (DSMIV)</b>	<b>13</b>
<b>2.7 Obesidad</b>	<b>14</b>
<b>2.7.1 Definición</b>	<b>14</b>
<b>2.7.2 Clasificación de la obesidad y el sobrepeso mediante el índice de masa Corporal, el perímetro de cintura y el riesgo asociado de enfermedad</b>	<b>14</b>
<b>2.7.3 Clasificación de la obesidad de acuerdo OMS por IMC</b>	<b>15</b>
<b>2.8 Evaluación del estado de nutrición</b>	<b>15</b>

<b>2.8.1 Evaluación dietética</b>	<b>15</b>
<b>2.8.2 Evaluación antropológica</b>	<b>16</b>
<b>2.8.3 Evaluación de laboratorio</b>	<b>16</b>
<b>2.8.4 Evaluación bioquímica</b>	<b>16</b>
<b>2.8.5 Tratamiento</b>	<b>16</b>
<b>2.8.6 Alimentación</b>	<b>17</b>
<b>2.8.7 Actividad física</b>	<b>17</b>
<b>2.8.8 Aspectos psicológicos</b>	<b>17</b>
<b>2.9 Prevención</b>	<b>18</b>
<b>2.10 Obesidad como Problema de salud</b>	<b>18</b>
<b>2.11 Correlación depresión y obesidad en relación</b>	
<b>Problemas psicológicos</b>	<b>19</b>
<b>III. Planteamiento del problema</b>	<b>22</b>
<b>IV. Justificación</b>	<b>23</b>
<b>V. Objetivos</b>	<b>24</b>
<b>5.1 Objetivo general</b>	<b>24</b>
<b>5.2 Objetivos específicos</b>	<b>24</b>
<b>VI. Hipótesis</b>	<b>25</b>
<b>VII. Materia y métodos</b>	<b>26</b>
<b>7.1 Tipo de estudio</b>	<b>26</b>
<b>7.2 Lugar del Estudio</b>	<b>26</b>
<b>7.3 Tiempo de Estudio</b>	<b>26</b>
<b>7.4 Población de estudio</b>	<b>26</b>
<b>7.5 Descripción general del estudio</b>	<b>26</b>
<b>7.6 Análisis estadístico</b>	<b>27</b>
<b>7.7 Tamaño de la muestra</b>	<b>27</b>
<b>7.8 Operacionalización de variable</b>	<b>28</b>
<b>7.8.1 Variables independientes</b>	<b>28</b>
<b>7.8.1.1 Sexo</b>	<b>28</b>
<b>7.8.1.2 Obesidad</b>	<b>28</b>
<b>7.8.2 Variables dependientes</b>	<b>29</b>
<b>7.8.2.1 Depresión</b>	<b>29</b>
<b>7.9 Criterios de inclusión</b>	<b>30</b>
<b>7.9.1 Criterios de exclusión</b>	<b>30</b>
<b>7.9.2 Criterios de eliminación</b>	<b>30</b>
<b>VII. Consideraciones éticas</b>	<b>31</b>
<b>IX. Discusión</b>	<b>32</b>
<b>X. Resultados</b>	<b>33</b>
<b>XI. Conclusiones</b>	<b>34</b>
<b>XII. Recomendaciones</b>	<b>35</b>
<b>XIII. Tablas</b>	<b>37</b>
<b>XIV. Bibliografía</b>	<b>39</b>
<b>XV. Anexos</b>	<b>42</b>



## RESUMEN

### Autor de la tesis

**Dr. Oroña Baca José Edwiges**

### **Depresión En Derechohabientes Con Obesidad En La Unidad de Medicina Familiar Número 43 del Seguro Social De Guadalupe Distrito Bravo Chihuahua**

La frecuencia de depresión en el mundo aumenta desmesuradamente, se reporta una prevalencia del 15 al 20% en población general, con un claro predominio en el sexo femenino. Causando incapacidad laboral, social, familiar y económico en la población.

En la consulta de psiquiatría la ansiedad y la depresión representan el 80% de la consulta y en atención primaria del 10 al 20 %.

**El objetivo** Es conocer la frecuencia de depresión en derechohabientes Obesos de la Unidad De Medicina Familiar Numero 43 de Guadalupe Distrito Bravo, aplicándoles el inventario de Beck de manera individual, además de identificar la depresión por género y grado de depresión.

**Material y método** Estudio de tipo descriptivo transversal, con muestreo de 211 obesos durante agosto a diciembre del 2007, en la Unidad Medica De Guadalupe Distrito Bravo Chihuahua Número 43, por consentimiento informado, aplicando el inventario de Beck.

**Resultados.** De los 211 obesos se encontro 108 (51%) derechohabientes con depresión, De acuerdo al sexo femenino 84 (77.78%) y 24 (22.22%) masculino, con un predominio grado leve 31.75., moderada 12%, y severa 6.16%

**Conclusiones.** Hay una relación entre la frecuencia de depresión y obesidad, como lo demuestra el estudio de Gregory, en lo cual inactividad física y la alta ingesta de calorías es predominante en este tipo de pacientes

**Palabras claves.** Frecuencia de depresión, Obesidad, Inventario de Beck

## I. INTRODUCCION

La depresión ha tenido una presencia constante a lo largo de la historia de la humanidad, sin embargo, en las últimas décadas ha experimentado un notable incremento. Los estados de ánimo han de ser considerados con atención, pues manifiestan y afectan al núcleo esencial de la intimidad personal. En particular, el estado de ánimo es uno de los malestares psicológicos más frecuentes. Sin embargo, sentirse triste o deprimido no es suficiente para afirmar que se padece una depresión. Afecta alrededor de 340 millones de personas en todo el mundo. <sup>1</sup>

La prevalencia de depresión en la población general es del 15 al 20%, con un claro predominio en el género femenino (2:1). La prevalencia de síntomas depresivos es del 20%, y del trastorno depresivo mayor del 10 al 12%. Se ha identificado una prevalencia del trastorno depresivo en la atención primaria de salud con un 20,2% (8,1% en varones; 26,8% en mujer) <sup>1</sup>

En Estados Unidos un estudio del Nacional Comorbidity study reportó el 21.3% en mujeres, y de 12% en hombres y en Santiago de Chile del 15% y del 5.4%. <sup>2</sup>

En la actualidad, se cuenta con tratamientos psicológicos y farmacológicos eficaces para la depresión, no obstante, en la mayoría de los países en desarrollo, dada su baja inversión en salud mental, es utópico pensar que estos medios se hallen disponibles para la población que depende de los servicios públicos.

Por lo tanto, es necesario contar con intervenciones de prevención y tratamiento breve y metodológicamente probados, que permitan responder de manera eficaz y eficiente este problema <sup>3</sup>

Hoy en día es tal el impacto que esta enfermedad tiene en la sociedad que algunos autores no han dudado en señalar ésta como la "Era de la Depresión"

El aumento en la tasa de incidencia de la depresión en jóvenes mayores de 15 años del 6-8%, en la población general 25%, se deba a los problemas de disfunción familiar, alto índice divorcios, falta comunicaron en la familia, estrés crónico en las áreas de trabajo, consumo de drogas en los jóvenes a edad temprana, el pensar que es normal estas prácticas, la lenta ruptura de las tradiciones culturales, falta de oportunidades de desarrollo, como el seguir estudiando, además de no fomentar la cultura del deporte a una edad temprana <sup>4</sup>

La depresión surge de esta sociedad fundamentalmente capitalista, donde las exigencias son cada vez mayores y la inseguridad se está incrementando de sobremanera a todos los niveles. La depresión afecta fundamentalmente a los que por sus estructuras psíquicas son más vulnerables, especialmente los más "sensibles".

La ansiedad y la depresión representan aproximadamente el 80% de los diagnósticos psiquiátricos. En los países occidentales han reportado, un incremento en el número de consulta en asistencia primaria del 10 al 20 %. <sup>5</sup>

Un estudio realizado en el Hospital Psiquiatría por Gregory, Simon, evaluaron la depresión y obesidad en mujeres en edad media entre 40-65 años, participaron 4641, se les aplicó un Test. de depresión por vía telefónica donde se tomó talla y peso, encontrando una prevalencia del 25% en aquellos con IMC por debajo de 25, y aquellas por arriba de IMC de 35, se encontró el 57%. Se relacionó con baja actividad física comparada con el otro grupo y alta ingesta de calorías. <sup>6</sup>

La depresión es una de las principales cargas sanitarias, como consecuencia del impacto social, que provoca, el elevado costo del tratamiento, un alto índice de suicidio en un 12 al 15%, incremento de la mortalidad debido a la asociación con enfermedades medicas. La OMS informa que en el año 2020 será la segunda causa de incapacidad en el mundo detrás de las enfermedades isquémicas, mientras que en el 2000 ocupó el cuarto lugar, también advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, y este número aumentará si concurren otros factores como enfermedades médicas, como hipertensión arterial, diabetes mellitus o situaciones de estrés.

Pero esta diferenciación etológica no deja de ser una división artificial que facilita el análisis de esta enfermedad ya que por lo general los episodios depresivos analizados en sus causas obedecen a cuadros mixtos en los que son varios los factores que entran en juego.

## **II. MARCO TEÓRICO.**

### **2.0 Depresión**

#### **2.1 Definición de Depresión**

La OMS, define la depresión como una psicosis afectiva en el que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con un grado de ansiedad <sup>7</sup>.

#### **2.2 HISTORIA Y EVOLUCION DE LA DEPRESIÓN.**

Durante el transcurso del tiempo el término depresión ha ido evolucionando hasta definirse e identificarla en la actualidad como una enfermedad. Sus orígenes se remontan muchos años atrás en el siglo IV Antes de Cristo cuando el gran filósofo Hipócrates hace la referencia de una enfermedad a la cual llamo melancolía, la cual era causada por uno de los cuatro humores corporales, que en relación conjunta estaba relacionada con problemas psiquiátricos: sangre, bilis negra, bilis amarilla, flema. Celius Aurelia en el siglo V apoya la descripción de Hipócrates afirmando que la melancolía era producida por bilis negra, que la depresión era su efecto; Galeno de Pergamo (130-120) describe a la melancolía como una alteración crónica que no se acompaña de fiebre y síntomas como temerosidad, suspicacia, cansancio. Santo Tomas sostenía que la melancolía era producida por demonios e influencia astrales, era causa de pecado.

En la época prehispánica a las personas que tenían estos síntomas se les prescribía un tratamiento a partir de yerbas o jugos de flores al cual le llamaron remedios para la sangre negra, termino común del cuadro de depresión en la Europa en el siglo XV el Dr. Roberto Burton publicó un tratado llamado *anatomía* de la melancolía en el cual era fácil identificar los estados depresivos.

Dr. Bonetus emplea el término manía como melancolía, que es el equivalente que usamos hoy de maníaco depresivo. Dr. George Meller Berd decía que la neurastenia (fatiga nerviosa) era un estado crónico de afección del sistema nervioso central sin lesión demostrable en donde se presentaba síntomas como irritabilidad (mal humor crónico), insomnio, mareos, temores difusos. Kraepelin quien describe que la enfermedad maníaco depresivo era una psicosis constitucional, esencialmente hereditaria, caracterizada por la repetición, alternancia y extra posición de estado de excitación y depresión. Así finalmente fue aceptada la melancolía como concepto de depresión. En el Siglo XX, se desglosaron los conceptos; ansiedad, depresión, histeria, hipocondría, obsesión, fobia, trastorno psicósomático.

Aubreg Lewis en los años 30 's, establece conceptos como; psicosis afectiva, depresión psicógena y neurosis de ansiedad, en cierto modo eran inseparables los diagnósticos por la similitud de los padecimientos. La evolución del término de la depresión ha pasado por diferentes nombres, melancolía, acedías, neurastenia, hasta encontrados en la actualidad con una gran información de causas, características y tratamiento para esta enfermedad

### **2.3. Inventario de Beck**

Ha sido adaptado y traducido al español, para evaluar los síntomas depresivos clasificándolos sin depresión (0,9), leve (10,18), moderado (19,29), severo (30 +). Puede identificar el grado de depresión, en la última semana incluyendo el día de su aplicación. Es un cuestionario autoaplicado de 21 ítems que evalúa un amplio espectro de síntomas somáticos, vegetativo, psicológicos, cognitivos

## **2.4. FACTORES DE RIESGO DE LA DEPRESIÓN**

**2.4.1 Edad.** Se presenta en un tercio de los ancianos, posiblemente debido a sus problemas económicos, sociales, a la incapacidad funcional, tratamiento de sus enfermedades crónicas; su poca ayuda social, familiar o la muerte o pérdida de un ser querido.<sup>8</sup>

La población geriátrica padece una alta incidencia de trastornos que asocian síntomas depresivos y deterioro cognitivo. Así por ejemplo, la incidencia de depresión secundaria a enfermedad de Parkinson se ha estimado en torno al 40%<sup>6</sup>, la prevalencia de síndrome depresivo post-ictus entre un 30 y un 50% y la incidencia de depresión secundaria a enfermedad de Alzheimer de 10 y el 20 %.

Un estudio epidemiológico, descriptivo, de prevalencia en el estado de Durango entre una población de ancianos reporto, una prevalencia de 56.6% de depresión general, depresión leve 36 %, 15.2% sufrieron depresión moderada, y 8.0% sufrían depresión severa

Los adolescentes presentan una alta incidencia de depresión no diagnosticada ni tratada., se estima que un 70 por ciento no recibe tratamiento, por desconocerla, por el médico familiar. Tiene relación con el abuso de sustancias tóxicas., como alcohol, tabaquismo, con la separación o divorcio de los padres, la disfunción familiar la prevalencia es similar a la de los adultos<sup>9</sup>.

**2.4.2 Sexo.** Las mujeres experimentan depresión dos veces más que el hombre. Los factores hormonales pueden contribuir al creciente rango de depresión, como los cambios PRE-menstruales, embarazo, aborto, periodo pos parto, premenopausia y menopausia. Además algunas mujeres enfrentan estrés adicional; como la

responsabilidad en el trabajo y la casa, madres solteras, en el cuidado de los hijos y de sus padres ancianos. La depresión en el hombre, aunque el hombre tiene menos probabilidad de sufrir depresiones que la mujer, y a la vez son más reacios para admitir que tienen depresión. Por lo tanto, el diagnóstico puede ser más difícil de hacer. El hombre es diagnosticado menos que la mujer. La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. Un estudio reciente indicó que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria

Sin embargo, sólo el hombre tiene una tasa alta de muerte debida a una enfermedad coronaria asociada con un trastorno depresivo. El alcohol y las drogas enmascaran la depresión en el hombre más comúnmente que en la mujer. Igualmente, el hábito socialmente aceptable de trabajar en exceso, puede enmascarar una depresión.

No es raro que la depresión en los hombres se manifieste con irritabilidad, ira y desaliento, en lugar de sentimientos de desesperanza o desamparo. Por lo tanto, puede ser difícil de reconocer. Incluso cuando el hombre se da cuenta de que está deprimido, comparado con la mujer, tiene más resistencia a buscar ayuda

**2.4.3 Económico.** La pobreza trae consigo muchos factores de estrés como el aislamiento y el poco acceso a los recursos y ayuda, la tristeza y la falta de entusiasmo son comunes entre las personas de ingresos bajos y entre aquellas que no tiene apoyo social. Diversos autores refieren que los problemas depresivos se asocian con niveles de ingresos bajos:

**2.4.4 Medicamentos.** Algunos medicamentos como el uso de analgésicos, sedantes, corticosteroides, tratamientos para la presión arterial, causan depresión.



**2.4.5 Enfermedades.** La diabetes mellitus presenta dos veces más de depresión que la población en general, con una prevalencia del 20% se relaciona con la hormona de la cortisona, la cual se produce cuando hay estrés aumentando la resistencia a la insulina. La depresión se presenta como factor independiente para problemas coronarios.

**2.4.6 Trabajo.** El estrés en el trabajo genera depresión. Este fue comprobado por un estudio que se realizó con mil personas mayores de 32 años, cuyo empleo incluía gran cantidad de trabajo, con tiempo límite de entrega de los resultados. Se determinó que el 45% de los empleados presentaban depresión después de un año de seguimiento.

**2.4.7 Victimización.** Las mujeres con acoso sexual, violación en la niñez sufren más depresión que las mujeres que no fueron violadas. <sup>10</sup>

## **2.5 CAUSAS DE DEPRESIÓN**

**2.5.1 Genéticas.** Estudios recientes que los familiares de primer grado (padres, madres, hermanos) de sujetos con trastorno depresivo mayor tienen alrededor de tres veces más probabilidad de enfermar que la población general, no obstante, en familiares por sí mismos no pueden establecer cuál es el riesgo que proviene factores genéticos y cuanto del medio. Hay estudios en gemelos, Sullivan analiza los resultados de 5 estudios en gemelos que cumplen riguroso criterios metodológicos, concluye la influencia genética es la más importante para explicar la agregación de depresión familiar.

**2.5.2 Hereditarias.** En gemelos monocigotos existe un riesgo de 50-75% más. En gemelos dicigotos existe un riesgo de 50% más. Existe cierta variabilidad genética en los genes del sistema serotoninérgico. Los estudios de gemelos corroboran la existencia de factores genéticos involucrados en la etiología de los trastornos afectivos, pero también ponen de manifiesto que los factores ambientales, especialmente algunas experiencias

en la infancia relacionadas con la relación afectiva padres-hijo, podrían jugar un papel en la expresión de ese riesgo genético <sup>11</sup>

La depresión endógena se basa de manera exclusiva en factores orgánicos hereditarios, que se caracteriza por alteraciones bioquímicas. Con el genoma humano se ha hecho posible la identificación de la localización cromosómica que confieren vulnerabilidad para la depresión, pero estos genes interactúan con otros o con el medio ambiente por lo cual se hace difícil separar la causa básica de la depresión.

**2.5.3 Bioquímicas.** Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos. Se sabe, por ejemplo, que las personas con depresión grave típicamente tienen desequilibrios de ciertas sustancias químicas en el cerebro, conocidas como neurotransmisores. Se han realizado estudios en personas con psicosis se han encontrado elevación de los neurotransmisores, serotonina, dopamina, adrenalina, y en personas con suicidio disminución de los mismos

**2.5.4 Fisiológicas.** Depresión se acompaña de modificaciones neurológicas en la cual los factores psicológicos son las más probablemente involucradas. Los pacientes con infarto cerebrales que afectan la región frontal derecha, suelen presentar un estado de ánimo indiferente, apático. Eufórico y los que tienen infarto frontal izquierdo tienden a presentar ansiedad y depresión

**2.5.5 Causas Sociales.** Trastornos afectivos en la estructura familiar de los niños, el medio familiar, padres e hijos, constan de un equilibrio y cierto estilo de vida que, como pequeña sociedad está regida por sus leyes, tradiciones y relaciones personales. En la

estructura familiar de niños con rasgos depresivos se pueden encontrar trastornos afectivos que perjudican su desarrollo.

Los padres transmiten, en cierto modo, mensajes contradictorios a sus hijos, es decir, exigen demasiada dependencia, respuestas amorosas, establecen medidas disciplinarias rígidas y se muestran ambivalentes en sus sentimientos de amor y odio hacia ellos. De una manera u otra, les exigen ser lo que no pudieron ser o lograr realizarse al igual que ellos. De igual manera, los padres pueden utilizar a sus hijos como vehículos de agresión y se les obliga a tomar parte de las discusiones haciéndoles creer que tienen la culpa de que sus padres discutan y esto les crea inseguridad.

En el caso que los padres se hayan separado, los niños se sienten angustiados, perciben que su mundo conocido y seguro cambia, que deben utilizar otros mecanismos de adaptación. Sin embargo, no solamente un desequilibrio en la estructura familiar puede generar en los niños características depresivas; existen familias que han establecido vínculos afectivos tan fuertes que desarrollan en los niños un apego tan excesivo que en el momento de una separación temporal o permanente se genera un desorden de ansiedad ante la separación.

Esta situación afecta a niños y niñas por igual, puede comenzar en la primera infancia y persistir hasta los años universitarios. Algunos de los factores que desarrollan la ansiedad en estos niños, pueden ser causados por sucesos importantes como la muerte de una mascota, una enfermedad o cambio de residencia <sup>12</sup>

**2.5.6 Psicológicos.** Alonso Fernández propone siete realidades que caracterizan un cambio cualitativo en el estilo de vida y que podrían estar incrementando de la depresión.

1. Estrés crónico puede estar determinado por sobrecarga emocional en el mundo laboral y por un ritmo de vida acelerado
2. Disminución de la comunicación entre las personas con situaciones de soledad
3. Cambios rápidos en la forma de vida como la desmembración de la familia y la lenta ruptura con las tradiciones y las estructuras sociales
4. El mayor éxito en el tratamiento curativo y paliativo de las enfermedades lo que a facilitado una mayor supervivencia con los procesos de enfermedades más largas y/o residuos deficitarios.
5. La proliferación de tratamiento farmacológico con la depresión como estado secundario
6. La extensión del consumo de drogas
7. El aumento de la esperanza de vida

**2.5.7 Trastornos Que Caracterizan A La Depresión.** Pueden dividirse en cuatro grupos

**a) Trastornos afectivos;** que consisten en una indiferencia afectiva, tristeza, inseguridad, pesimismo, miedo, ansiedad e irritabilidad.

**b) Trastornos intelectuales,** que se caracterizan por una disminución de la sensopercepción y de la capacidad de la memoria, relacionada con una baja de atención, ideas de culpa o fracaso y pensamiento obsesivo.

**c) Trastornos conductuales,** que incluyen una disminución de la actividad y la productividad, ideas o intentos suicidas y tendencia a la farmacodependencia.

d) **Trastornos somáticos**, que abarcan al sueño y apetito, disminución de la libido, cefalea tensional, trastornos digestivos y cardiovasculares

## **2.6 CLASIFICACION DE LA DEPRESIÓN**

Según la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CEI-10): lo clasifica leve, moderada y grave:

**2.6.1 Leve** se caracteriza por síntomas como tristeza, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, aumento de fatiga.

**2.6.2 Moderado** se observa dificultades para desarrollar actividades sociales, laboral.

**2.6.3 Severa** presenta angustia o agitación, pérdida de estimación de sí mismo, sentimientos de culpa

### **2.6.4 Tipos de trastornos depresivos clasificado por el DSM 1V (Manual Diagnostico y Estadístico de los Trastornos Mentales)**

- Depresión Grave
- Distimia
- Síndrome maniaco depresivo (trastorno bipolar)
- Trastorno debido a una condición médica: enfermedad como cáncer VIH Y DM enfermedades crónicas que pueden desencadenar síntomas de depresión.
- Trastorno del estado de animo producido por sustancias.
- Trastorno afectivo estacional

## 2.7 OBESIDAD

**2.7.1 Definición.** Es una enfermedad crónica originada por muchas causas y con numerosas complicaciones, se caracteriza por el exceso de grasa en el organismo y se presenta cuando el Índice de Masa Corporal en el adulto es mayor de  $30 \text{ KG/M}^2$  <sup>13</sup>

### 2.7.2 Clasificación de la obesidad y el sobrepeso mediante el Índice de Masa Corporal, el perímetro de cintura y el riesgo asociado de enfermedad

CLASIFICACION	IMC KG/M2	RELACION CON EL PESO Y EL PERIMETRO DE CINTURA HOMBRES 102% CM MUJERES >88	HOMBRES >102CM MUJERES >88
Bajo Peso	<18.5		
Normal	18.5 -24.5		
Sobrepeso	25.0 - 29.9	Aumentado	Alto
Obesidad I	30.0 - 34.9	Alto	Muy alto
Obesidad II	35.0 - 39.5	Muy Alto	Muy Alto
Obesidad III Extrema	>40	Extremadamente Alto	Extremadamente Alto

### 2.7.3 CLASIFICACION DE LA OBESIDAD DE ACUERDO OMS POR IMC

< 16: Criterio de ingreso

- 16 a 17: Infra peso
- 17 a 18: Bajo peso
- 18 a 25: Peso normal (Saludable)

- 25 a 30: Sobrepeso (Obesidad grado I)
- 30 a 35: Sobrepeso crónico (Obesidad grado II)
- 35 a 40: Obesidad pre mórbida (Obesidad grado III)
- >40: Obesidad mórbida (Obesidad grado IV)<sup>14</sup>

## **2.8 EVALUACION DEL ESTADO DE NUTRICION**

La evaluación del estado de nutrición del individuo obeso debe ser una valoración integral que contemple indicadores dietéticos, clínicos, antropométricos y bioquímicos. Por medio de esta evaluación es importante determinar tres aspectos del sujeto obeso: la grasa corporal y su distribución; la edad de inicio de la obesidad, así como la existencia de antecedentes familiares; y la presencia de alteraciones físicas o emocionales que pudieran ser causantes de la obesidad

**2.8.1 Evaluación dietética.** Los hábitos alimentarios de las personas se pueden conocer por medio de diferentes técnicas, como son: recordatorio de 24 horas, frecuencia de consumo y registro de pesos y medidas, entre otras. Y así poder dar recomendaciones para lograr hábitos alimentarios más sanos.

**2.8.2 Evaluación antropométrica.** Las medidas más utilizadas para medir la magnitud de la obesidad son el peso y la estatura; con ellas se construye el IMC, el cual tiene una alta correlación con la adiposidad. Para determinar la grasa corporal y su distribución, también se utiliza la medición de los panículos adiposos en distintos puntos del cuerpo, así como la circunferencia de cintura y de cadera.

**2.8.3 Evaluación de laboratorio.** Los métodos de laboratorio (métodos biofísicos) que se utilizan para estimar la grasa corporal y su distribución son: tomografía



computarizada, resonancia magnética, densitometría, ultrasonido, agua corporal total e impedancia bioeléctrica, entre otros. La mayoría de ellos son muy costosos y de difícil aplicación, aunque su precisión es alta

**2.8.4 Evaluación bioquímica.** Estima las concentraciones disponibles de diversos nutrientes o metabolitos asociados y permite identificar alteraciones presentes y subclínicas que indican riesgos para la salud en la obesidad como son: resistencia a la insulina, niveles de glucosa en sangre y perfil de lípidos

**2.8.5 Tratamiento.** En paciente obeso debe hacerse de manera integral: el médico es el responsable del manejo integral, el nutriólogo del nutricio, y el psicólogo del psicológico. Los programas de reducción de peso que más perspectivas de éxito ofrecen integran opciones de alimentos más sanas, ejercicio y modificación del estilo de vida. La farmacoterapia y la intervención quirúrgica son apropiadas en algunas circunstancias, pero no sustituyen a los cambios necesarios en el consumo de alimentos y en el patrón de actividad física.

**2.8.6 Alimentación.** Debe utilizarse una dieta hipocalórica equilibrada, combinada con un programa de modificación de conducta en lo referente tanto a la actividad física como a los hábitos alimentarios.

**2.8.7 Actividad física:** Entre las mujeres de edad media, la depresión está asociada vigorosamente con la depresión, con una prevalencia de 25% sin síntomas de depresión hasta un 57%. La depresión se relaciona con una ingesta alta de calorías además de inactividad física. Es importante promover el ejercicio en el obeso, para que la pérdida de peso sea a costa de una disminución de la magnitud del tejido adiposo más que del

tejido muscular. La actividad física moderada practicada con constancia es el mejor predictor del mantenimiento del peso en el largo plazo.

La actividad física debe formar parte integral del programa de pérdida de peso y su conservación. En un inicio se sugiere niveles moderados de actividad física durante al menos 30 a 45 minutos, de 3 a 5 veces por semana. Debe iniciarse poco a poco y asegurarse de que se cuenta con un buen estado de salud para realizar el tipo de actividad que se ha elegido. Todos los adultos deben fijarse la meta de acumular por lo menos 30 minutos o más de actividad física moderada a lo largo de casi todos - preferentemente todos- los días de la semana:

**2.8.8 Aspectos psicológicos.** Por lo general, el individuo obeso tiene una conducta alimentaria que si bien no es causa única de su padecimiento, sí ayuda a su permanencia. Por ello, es necesario ofrecerle un apoyo psicológico encaminado a la modificación de su conducta alimentaria.

**2.9 Prevención.** La prevención del sobrepeso y la obesidad es tan importante, o más, que el tratamiento. La acción preventiva incluye: La prevención primaria, la cual debe incluir estrategias dirigidas a tratar los asuntos relacionados con el excesivo consumo de energía y con el sedentarismo

La prevención secundaria debe evitar que se recupere el peso después de perderlo. Desafortunadamente el pronóstico para mantener el peso reducido es desfavorable, ya que entre 80 y 85% de las personas que pierden cantidades significativas de peso, lo recuperan. Por ello, el cambio en el estilo de vida con buenos hábitos alimentarios y actividad física diaria es fundamental para mantener la pérdida de

peso. La prevención de incrementos de peso adicionales en individuos incapaces de perder peso

## **2.10 OBESIDAD COMO PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA.**

La obesidad es la alteración nutritiva más común en los países desarrollados, está alcanzando cifras alarmantes en los países en vías de desarrollo, y afecta tanto a niños como a adultos. En el caso de México, en 1988 se encontró un aumento preocupante de la prevalencia de sobrepeso y obesidad en los menores de cinco años de 4.7%, en la segunda encuesta Nacional de nutrición de 1999 fue de 5.4%.

Lo mismo sucedió en el caso de las mujeres, en quienes se encontró una prevalencia de 52.5% de sobrepeso (30.8% se clasificaron con sobrepeso y 21.7% con obesidad) que es una de las prevalencias más elevadas del mundo. Estos datos nos indican que la obesidad y el sobrepeso son ya problemas de salud pública, dada la estrecha relación de estas condiciones con enfermedades crónicas, por lo que se recomienda emprender acciones inmediatas para su prevención y control.

La prevalencia de obesidad en niños de 5 a 11 años reporta de 19.5, en el ámbito nacional, en la ciudad de México de 26 por ciento, y en la región norte de 25.6%.

En la población general es de 36% con sobrepeso, 38 % con obesidad, el 23 % peso normal, 40% en el hombre, 35.5% en la mujer en los estados fronterizos. Es destacable que el proceso de urbanización, modernización con lleva un aumento en la prevalencia de la obesidad, por el consumo de alimentos de alto contenido energético, la poca actividad física o con el uso de la computadora <sup>15</sup>

## **2.11 CORRELACION DEPRESION Y OBESIDAD EN RELACION PROBLEMAS PSICOLOGICOS.**

La ciencia está a punto de desmontar otro mito: la famosa curva de la felicidad no es tal. Al parecer, su trayectoria se parece más a la de una empinada cuesta hacia la depresión. Así se desprende de un estudio publicado por la Revista Científica Archives Of. General Psychiatry basado en una encuesta entre 9.000 personas.

Se afirma que los desórdenes relacionados con la ansiedad, los trastornos obsesivos y la depresión son mucho más comunes –hasta un 25%– entre los obesos que entre las personas atléticas y delgadas.

Se ha debatido acerca de la obesidad como causa o resultado de diversos problemas mentales. El estudio no entra de lleno en esta cuestión, pero diversas teorías avalan las dos visiones: por un lado se sabe que en muchas ocasiones los medicamentos antidepresivos provocan un aumento de peso que se suma al causado por el sedentarismo asociado a la depresión. Por otro, es indudable que en la sociedad actual el exceso de kilos puede llegar a convertirse en un terrible estigma: los gorditos son menospreciados y convertidos en objetos de burla en muchos programas de televisión y en la vida real <sup>16</sup>

Un tercio de los adultos estadounidenses es obeso y la depresión afecta a cerca de 21 millones de ciudadanos de aquel país, lo que equivale aproximadamente a una décima parte de la población.

La vinculación entre obesidad y depresión se ha buscado desde hace tiempo en el campo de la medicina, pero hasta ahora las investigaciones habían fallado a la hora de encontrar el nexo de unión. Susan McElroy, profesora de la Universidad de Chinchín ti (Ohio), encontró que existe una relación entre los dos elementos, depresión y obesidad

El Group Health Cooperative de Seattle Washington, realizó una encuesta nacional entre 9.125 adultos cuyo estado mental. El nivel de obesidad se determinó usando los datos proporcionados por los propios participantes. Los resultados reflejaban una demoledora estadística: un 25% de los encuestados resultó ser obeso y de esta cuarta parte, un 22% declaró haber padecido algún trastorno de la personalidad, incluyendo la depresión. Ese porcentaje descendía en el caso de las personas no obesas hasta el 18%. El estudio también refleja que el abuso del alcohol o de otras sustancias es menos común entre los obesos.

Otros estudios demuestran una conducta negativa contra la obesidad entre los estudiantes de bachillerato en los Estados Unidos, quienes refieren que prefieren una cocainómana, que una gorda.

Esta estigmatización debe traer consecuencias graves en la conducta, personalidad, habilidad física, social, cognitivas y de sexualidad

## **2.12 OBESIDAD Y MORBILIDAD.**

La obesidad es una enfermedad en sí misma que antecede o incluso es factor etiológico de una diversidad de enfermedades crónicas, como son: diabetes mellitus tipo 2, enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial, arteriosclerosis, cáncer (colon, endometrio y mama), enfermedades cerebrovasculares, litiasis biliar, osteoartritis y gota, también puede ocasionar apnea del sueño.

El obeso, además de estar expuesto a estos padecimientos biológicos, con frecuencia está sometido a presiones psicológicas por marginación social<sup>17</sup>

### **III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

En el instituto mexicano del seguro social, la institución más grande en los servicios de salud en nuestro país, se encuentran una frecuencia baja de diagnóstico de depresión en la atención primaria que los médicos familiares proporcionan en las unidades de medicina familiar, ésta aunada a la obesidad se convierte en un grave problema de salud.

Si se toman en cuenta todas las complicaciones tanto orgánicas, psicológicas, sociales y económicas que afectan la vida de estos pacientes, es entonces cuando surge la pregunta ¿Cuál es la frecuencia de depresión en derechohabientes con obesidad en la Unidad de Medicina Familiar Numero 43 de Guadalupe Distrito Bravo Chihuahua?

#### **IV. JUSTIFICACIÓN**

El presente trabajo de investigación se justifica ampliamente ya que: La organización mundial de la salud (OMS) indica que en el año 2020, la depresión se convertirá en la segunda causa de discapacidad psicológica, social y económica, por detrás de las enfermedades isquémicas.

La prevención de la depresión debe ser una estrategia sanitaria prioritaria, teniendo sobre todo en cuenta las siguientes razones: la magnitud epidemiológica de esta patología, su especial tendencia a la cronicidad y el alto índice de morbilidad que la caracteriza.

La depresión y la ansiedad representan el 80 % de la consulta de psiquiatría. Con una prevalencia del 20.2% en atención primaria de las unidades de medicina familiar

La depresión es una de las principales cargas sanitarias donde se calcula el costo personal de un cuadro depresivo que llega a durar cuando menos seis meses, como el más incapacitante desde el punto vista laboral, social y familiar además de ser un sufrimiento innecesario para el paciente.

Finalmente es importante abordarla su correlación con la obesidad ya que son las dos pandemias más importante del siglo XXI y que tendrán un importante impacto psicosocial en las persona y económicamente inimaginable dentro del sistema de salud del seguro social.

## **V. OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo general**

- Determinar la frecuencia de depresión en los derechohabientes obesos en la Unidad de Medicina Familiar número 43 de Guadalupe Distrito Bravo de Cd. Juárez Chihuahua en el periodo del 1ero. de Agosto al 31 de Diciembre del 2007.

### **5.2 Objetivos Específicos.**

1. Determinar la frecuencia de depresión en derechohabientes obesos de la Unidad de Medicina Familiar número 43 de Guadalupe Distrito Bravo, Chihuahua según la clasificación de Beck: leve, moderado, severa
2. Identificar la frecuencia de depresión en obesos del sexo femenino
3. Identificar la frecuencia de depresión en obesos del sexo masculino
4. Correlacionar la relación de depresión en obesos del sexo femenino y masculino



## **VII. MATERIAL Y METODOS**

**7.1 Tipo de estudio:** Descriptivo y transversal.

**7.2 Lugar del estudio:** El estudio se realizara en la unidad de medicina familiar número 43 del Instituto Mexicano del Seguro Social en Guadalupe Distrito Bravo, Chihuahua

**7.3 Tiempo del estudio:** Del 1ero. de Agosto al 31 de Diciembre del 2007

**7.4 Población de Estudio.** Población de derechohabientes obesos de la unidad de medicina familiar número 43 de Guadalupe Distrito Bravo, Chihuahua en los cuales se encuentre depresión de acuerdo con el inventario de depresión de Beck.

**7.5. Descripción general del estudio.** Se entregara una carta de consentimiento informado a los derechohabientes obesos de la Unidad de Medicina Familiar número 43 de Guadalupe Distrito Bravo, Chihuahua y a quienes decidan participar se les entregara el inventario de Depresión de Beck y cols.(1979), para determinar la presencia de depresión, este consiste en un cuestionario auto aplicado de 21 ítems que evaluara un amplio espectro de síntomas depresivos. Se sistematizaran 4 alternativas de respuesta para cada ítem, que evaluaran la gravedad / intensidad del síntoma que se presente. Su contenido enfatizara más en el componente cognitivo de la depresión, ya que los síntomas de esta esfera representaran el 50% de la puntuación total del cuestionario. De los 21 ítems, 15 harán referencia a síntomas psicológicos-cognitivos, y los 6 restantes a síntomas somáticos vegetativos. El paciente seleccionara, para cada ítem, la alternativa de respuesta que mejor refleje su situación durante el momento actual y la última semana. La puntuación total se obtendrá sumando los valores de las frases seleccionadas, que van del 0 al 3. El rango de la puntuación obtenida será de 0-63

puntos. Como otros instrumentos de evaluación de síntomas, su objetivo será cuantificar la sintomatología, todo lo anterior además de que se les tomaran los parámetros biométricos para determinar obesidad por el IMC.

Con los resultados obtenidos se realizara una base de datos en la cual se incluirá la información de los pacientes, y será utilizada como instrumento de recolección, en el cual se trabajara las variables de acuerdo al programa estadístico EPI-INFO 2000 de donde se obtendrán los resultados.

## **7.6 Análisis Estadístico**

Se llevara a cabo utilizando medidas estadísticas de tendencia central tales como; datos absolutos, porcentajes, promedio, medias, desviación estándar y se realizara en el programa estadístico EPI-INFO 2000.

## **7.7 Tamaño de la muestra**

Se determinara el tamaño mínimo de la muestra sobre la base de No= 5000 derechohabientes de la unidad de UMF No 43 de Guadalupe Distrito Bravo, Chihuahua, con un 20% de prevalencia de depresión y un error de 0.05 (5%), y un nivel de confianza del 95% el tamaño fue de 211 derechohabientes, por las muestras aleatorias simples (MAS).

$$N = \frac{(1.96)^2 (20)(80)}{(.05)^2}$$

$$N = (Z)^2 (p)(q) = 183$$

## 7.8 OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

### 7.8.1 Variables Independientes

#### 7.8.1.1 Sexo

**Definición Conceptual:** Conjunto de caracteres genéticos, morfológicos y funcionales que distinguen a los individuos machos de las hembras de cada especie. Condición orgánica.

**Definición Operacional:** Para fines de este estudio se captara el sexo referido por el paciente en el Inventario de Beck.

Escala De Medición: Nominal, dicotómica.

Tipo: Cualitativa

Estadística: Porcentaje.

Indicador: Masculino, Femenino

#### 7.8.1.2 Obesidad

**Definición conceptual.** Es una enfermedad crónica originada por muchas causas y con numerosas complicaciones, se caracteriza por el exceso de grasa en el organismo y se presenta cuando el Índice de Masa Corporal en el adulto es mayor de 30. KG/M<sup>2</sup> de superficie corporal. <sup>13</sup>

**Definición operacional.** Es el número de kilogramos que de acuerdo con la superficie corporal en metros cuadrados determina el rango ponderal correspondiente a obesidad.

Para fines de este estudio se tomara el índice de masa corporal determinado por la estatura y el peso que se registren en el inventario de Beck al anotarles su somatometria.

Escala De Medición: Nominal, tricotómica.

Tipo: ordinal.

Estadística: porcentaje

Indicador: Grado I de 30 a 34.9, Grado II, de 35 a 39.9, Grado III, de 40 más.

## **7.8.2. Variables Independientes.**

### **7.8.2.1 Depresión.**

**Definición conceptual:** Una psicosis afectiva en el que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con un grado de ansiedad.<sup>6</sup>

**Definición operacional:** Para fines de este estudio se tomara el grado de depresión como el resultado aportado por el paciente encuestado de acuerdo al llenado del inventario de Beck.

**Escala de Medición:** Nominal, tricotómica

**Tipo:** cualitativa

**Estadística:** Porcentaje

**Indicador:** leve, moderado o severo.

## **7.9 CRITERIOS DE INCLUSION**

- Pacientes con obesidad grado I, II, III, de acuerdo con su IMC.
- Pacientes que cuenten con expediente.
- Pacientes que mediante consentimiento informado acepten participar en el estudio.

### **7.9.1 CRITERIOS DE EXCLUSION**

- Pacientes que no sean obesos.
- Pacientes que no acepten responder el cuestionario.
- Pacientes menores de edad.

### **7.9.2 CRITERIOS DE ELIMINACION.**

- Baja del seguro social

## **VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

El presente estudio se realizará considerando los aspectos éticos universales para la elaboración del proyecto de investigación, no requirió experimentación en ningún participante por lo que no se infringirá en ningún momento los preceptos del tratado de Helsinki.

Se otorgara un consentimiento informado a los derechohabientes y quienes acepten participaran en el estudio. Además el proyecto de investigación se realizara solo si cuenta con la aprobación del Comité de Investigación del IMSS, lo cual se logró.

## IX. DISCUSION

En este estudio se observó una alta relación entre depresión y obesidad en la población de estudio de Guadalupe Distrito Bravo, se correlaciono la depresión con la obesidad debido los problemas demográficos, sociales y culturales de la población de estudio. por lo que es importante valorar estos factores de riesgo para mejorar el pronóstico<sup>6</sup>

La depresión es un problema de salud pública. Hoy en día es tal el impacto que esta enfermedad tiene en la sociedad que algunos autores no han dudado en señalar nuestra situación actual como la “Era de la Depresión.”<sup>1</sup>

Con respecto a otras variables como el sexo se presento una frecuencia del género masculino con 24 (22.22%) y para el femenino 84 (77.78%), lo cual estuvo relacionado con los problemas de disfunción familiar tales como: alto índice divorcios, falta comunicación en la familia, alto índice de violencia intrafamiliar, estrés crónico en las áreas de trabajo, así como un alto grado de consumo de drogas

La depresión se considero leve en el 31.75%, moderada en el 12.70% y severa en el 6.16%, hubo bastante similitud en el estudio epidemiológico de prevalencia de depresión hecho en el estado de Durango, México en el cual se reportó un 56.6% de depresión general, con un 36 % de depresión leve, el 15.2% sufrieron depresión moderada, y 8.0% con depresión severa<sup>10</sup>

## **X. RESULTADOS**

Análisis descriptivo. El estudio se llevo a cabo en la unidad de medicina familiar número 43 de Guadalupe Distrito Bravo durante el periodo del primero de agosto al treinta uno de diciembre del 2007.

La población de referencia fueron los 211 obesos de acuerdo con el IMC derechohabientes mayores de 18 años de ambos sexos, conformaron la muestra previo consentimiento informado, se les entrego para responder una encuesta de auto aplicación del modelo del inventario de Beck para valorar el grado de depresión

La caracterización del género de la muestra estudiada, se describe de la siguiente manera. Se encuestó a 211 derechohabientes obesos que fueron representados por una frecuencia de 57 hombres, que representaron el 27% y una frecuencia de 153 mujeres que representaron el 73 %, que en total conforman el 100% de la muestra **tabla I**

De dicha muestra se encontró para el presente estudio una frecuencia de 108 derechohabientes con obesidad y depresión al mismo tiempo y otro de 103 derechohabientes con obesidad sin depresión **tabla II.**

En el grupo de pacientes obesos con depresión la frecuencia por genero fue 24 derechohabientes masculinos que represento el 22.22 % y de 84 derechohabientes femeninos representando así el 77.78 % **tabla III**

El grado depresión en obesos se describe de la siguiente manera: depresión leve, con una frecuencia de 67 derechohabientes para un 62.03%; depresión moderada, con una frecuencia de 27 derechohabientes para un 25% y depresión severa, con una frecuencia de 14 derechohabientes con 12.97% **tabla IV**



## **XI. CONCLUSIONES**

El estudio realizado con los derechohabientes de Guadalupe Distrito Bravo en el cual se estudiaron 211 pacientes con IMC mayor 30, a los cuales se aplicó Test de Beck, reportando un aumento significativo del 20 % en población general a un 51% de los estudiados. Esto concuerda con el estudio realizado por Gregory simón, del 25 % los que no tenían obesidad al 57.8% los que tenían un IMC arriba de 30, si hay una relación entre depresión y obesidad ya que bajan la actividad física y aumentan la ingesta de calórica <sup>6</sup>

De acuerdo al grado de depresión de acuerdo a su clasificación: leve el 31.75%, moderada 12.70%, severa 6.16 %. No se encontró una gran diferencia lo encontrado en estudio de Durango en personas de la tercera edad.<sup>10</sup>

En relación al sexo encontramos una cifra 153 mujeres con un 73%, con respecto al hombre de 57 con 27%. importante de depresión en el sexo femenino del 54.54%, como todos sabemos, la mujer sufre cambios importantes en ciclo menstrual, pre menopausia, menopausia, causando cambios importantes en su estado emocional.<sup>3</sup> Finalmente concluimos que es muy importante llevar a cabo el abordaje por medio del inventario de Beck de la depresión en todos los pacientes obesos, ya que la frecuencia de depresión es elevada en este grupo de derechohabientes

## **XII. RECOMENDACIONES**

Se recomienda que:

El médico familiar incremente su aptitud clínica y adquiera acuciosidad para identificar los signos y síntomas de la depresión como, irritabilidad, llanto, tristeza, problemas somáticos, insomnio, compulsión por la comida, uso de alcohol y drogas, además que promueva la formación de grupos de auto ayuda y multidisciplinarios derivando con el psicólogo y el psiquiatra, para el manejo integral del tratamiento de este problema, ya que la obesidad y sus complicaciones causan discapacidad emocional, física y laboral, repercutiendo económicamente en los servicios de salud, además que pueden causar un desenlace fatal.

Poner énfasis en el manejo adecuado y completo del tratamiento farmacológico ya que se trata del padecimiento que posiblemente tenga el mayor número de recaídas,

En relación con enfermedades crónico degenerativas como la hipertensión arterial, diabetes, etc. es muy importante contar con el apoyo familiar, tanto en las citas a consulta como en el apego con los medicamento para evitar la depresión del paciente.

Se tenga en cuenta en cuanto al trabajo como factor de riesgo, que los horarios de trabajo son muy prolongados (más de 8 horas diarias) y los salarios al ser tan bajos, obligan a trabajar tiempo extra, llegando al hogar con una fatiga que condiciona posibilidades de actividad física casi a punto nulo.

Que los programas de ayuda a la mujer por parte del gobierno y del estado, tengan una mayor promoción y realización, ya que jugar el rol de esposa, papel de

madre y aunar función de trabajadora proveedora, incrementa posibilidad de caer en depresión y desarrollar obesidad.

Se fomente la formación de grupos de depresión y obesidad dentro de los grupos multidisciplinarios del IMSS y que en la consulta de medicina familiar se cite cada mes como cualquier otro control de pacientes crónico degenerativos.

Finalmente concientizar a la sociedad para que tome cartas en el asunto de la difícil tarea de bajar el índice de prevalencia de depresión y obesidad en la población general, acudiendo a los grupos de apoyo que se brindan en las unidades de salud, disminuyendo las posibilidades de la discapacidad física, psicológica y social de esta temible enfermedad del siglo XXI.

### **XIII. TABLAS**

**Tabla I** Total De Obesos Encuestados y frecuencia por genero En La Unidad De Medicina Familiar No. 43 De Guadalupe Distrito Bravo Chihuahua.

<b>GENERO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
MASCULINO	57	27.00. %
FEMENINO	154	73.00 %
TOTAL	211	100.00 %

Fuente: Encuesta realizada en pacientes obesos de la umf 43 del IMSS en Guadalupe Dto. Bravo, Chihuahua

**Tabla II.** Frecuencia de Depresión en los Derechohabientes Obesos en la Unidad de Medicina Familiar N 43 de Guadalupe Distrito Bravo Chihuahua.

<b>DEPRESION</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
CON DEPRESION	108	51 %
SIN DEPRESION	103	49.%
TOTAL	211	100.0%

Fuente: Encuesta realizada en pacientes obesos de la umf 43 del IMSS en Guadalupe Dto. Bravo, Chihuahua

**Tabla III.** Frecuencia De Depresión De Acuerdo Al Género En Los pacientes Obesos Encuestados En La Unidad De Medicina Familiar N 43 De Guadalupe Distrito Bravo Chihuahua

<b>GENERO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
MASCULINO	24	22.22 %
FEMENINO	84	77.78%

Fuente: Encuesta realizada en pacientes obesos de la umf 43 del IMSS en Guadalupe Dto. Bravo, Chihuahua

**Tabla IV.** Frecuencia de Depresión en Derechohabiente Obeso Según La Clasificación De Beck por grado En La Unidad De Medicina Familiar N 43 en Guadalupe Distrito Bravo Chihuahua

<b>GRADO DE DEPRESION</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>
DEPRESION LEVE	67	31.75 %
DEPRESION MODERADA	27	12.70 %
DEPRESION SEVERA	14	6.16 %
TOTAL CON DEPRESION	108	51 %

Fuente: Encuesta realizada en pacientes obesos de la umf 43 del IMSS en Guadalupe Dto. Bravo, Chihuahua

#### **XIV. BIBLIOGRAFÍA**

- 1.- Zarzuela A. Factores psicológicos y abordaje psicoterapéutico de los trastornos depresivos. Revista Anales del sistema de Sanitario de Navarra 2002; 25 (3s).
  
- 2 Herman Silva. Nueva perspectiva en la depresión. Rev. Chilena Neuro-psiquiatr. v. 40 supl.1 Santiago oct. 2002
  
- 3.- <http://www.tecnociencia.es/especiales/depresion/tratamiento.htm>
  
- 4.- Díaz ND, Pérez V, [Wagner A](#). Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. Rev [Salud mental](#) 2004; 27 (3): 54-64.
  
- 5.- [Gabarrón E](#), [Vidal JM](#), [Haro JM](#), [Boix I](#), [Jover A](#), [Arenas M](#). Tratamiento de los trastornos depresivos en la atención primaria a la salud primaria. Aten [Primaria](#). 2002; 29(6):329-36
  
- 6.-Gregory E., Simón. . Asociación entre obesidad y depresión entre mujeres en edad media. General Hospital Psychiatry Enero 2008 VOL.30 Document 1, Pág. 32-30.
  
- 7.-American Psiquiatría Association.DMS 1V, Manual Diagnostico Estadístico de los trastornos Mentales Barcelona España Masson 2001
  
- 8.- González M. Depresión en ancianos un problema de todos. Rev. Cubana Med Gen Integrv. 2001; 17 (4):
  
- 9.- Alvarado-Esquivel C. La prevalencia de depresión en alumnos de la Escuela de la Tercera Edad es más alta que en residentes de hogares de ancianos. Salud Pública Méx. 2004; Vol. 46(3):193-201.

10.- <http://www.nimh.nih.gov/health/topics/depresión/index> las variadas dimensiones de la depresión en la mujer. Disponible el 10 de diciembre del 2007.

11.-<http://www.herrerros.com.ar/melanco/depmonograf.htm>. Depresión monografía. Disponible el 15 de diciembre del 2007.

12.- Berlanga E. Algunas consideraciones sobre la clasificación de los trastornos depresivos en la décima versión de la clasificación internacional de enfermedades (CIE-10). R EV. Salud Mental Vol.19 (Supl 2):26-30, julio 1996.

13.-Kaufer-Horwitz M., 2001. Obesidad en el adulto en Nutriología Medica, 2ª ED, Panamericana 283-326.

14.- Calva-Álvarez M. La obesidad. Tesis de Lic. En Psicología de la Universidad de Tijuana de Baja California. 2006.

15.-Gómez DH, Vázquez MJ, Fernández Cantón S. Obesidad en adultos derechohabientes del IMSS. Encuesta Nacional de Salud 2000. Rev Med IMSS 2004; 42 (3): 239-245 23

16.-Gómez DH, Vázquez MJ, Fernández Cantón S. Obesidad en adultos derechohabientes del IMSS. Encuesta Nacional de Salud 2000. Rev Med IMSS 2004; 42 (3): 239

17.- Alexis T APIA S., Lilia Masson S, Detención de Síntomas depresivos en pacientes con sobrepeso y obesidad Rev. Chilena. vol.33, nº 2, agosto 2005, pag.162-169

18.-Vicario A, Taragano FE. La depresión y el corazón. Una relación Insoslayable. Rev. Argentina Cardiol 2002; 70:411-.6

19.-Ericsson S, Natalie, Burns B, Andrea, Gordon H, Kathryn, Eckel A Lisa, Steve. Depresion aumento del Indice de masa corporal. The American Journal of geriatric Psychiatry. Sep 2007; 15, (9), Pag. 815



## XV ANEXOS

### Anexo 1 ESCALA DE DEPRESIÓN DE BECK



**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **EDAD:**

\_\_\_\_\_

**UMF:** \_\_\_\_\_ **AFILIACIÓN:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO:**

\_\_\_\_\_

**DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Instrucciones

Lea con cuidado las expresiones agrupadas en las listas bajo cada letra, de la **A** a la **U**. En cada lista marque la (s) expresión (es) que mejor describa (n) el estado de ánimo en que se encuentra hoy, es decir, en este preciso momento.

Si dos o más expresiones dentro de un grupo describen el modo en que se siente con la misma precisión, marque la también asegúrese de leer cuidadosamente todas las expresiones en cada grupo antes de decidir.

A)

\_\_\_\_\_ 0.No me siento triste.

\_\_\_\_\_ 1.Me siento triste.

\_\_\_\_\_ 2a.Estoy triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.

\_\_\_\_\_ 2b.Estoy tan triste e infeliz que me resulta doloroso.

\_\_\_\_\_ 3.Me siento tan triste e infeliz que no puedo aceptarlo.



B)

\_\_\_ 0.No soy particularmente pesimista ni estoy desalentado respecto al futuro.

\_\_\_ 1.Me siento desalentado respecto al futuro.

\_\_\_ 2a.Siento que no tengo nada por delante que me espere.

\_\_\_ 2b.Siento que jamás podré superar mis problemas.

\_\_\_ 3.Siento que el futuro no tiene sentido y que las cosas no van a mejorar.

C)

\_\_\_ 0.No siento que yo sea un fracaso.

\_\_\_ 1.Siento que he fracasado más que la mayoría de la gente.

\_\_\_ 2a.Siento que he logrado muy poco que sea de valor o que signifique algo.

\_\_\_ 2b.Cuando miro hacia atrás veo que mi vida es una serie de fracasos.

\_\_\_ 3.Me siento un fracaso como persona.

D)

\_\_\_ 0.No me siento particularmente insatisfecho.

\_\_\_ 1a.Me aburro la mayor parte del tiempo.

\_\_\_ 1b.No disfruto de las cosas igual que antes.

\_\_\_ 2.Ya no obtengo satisfacción de nada.

\_\_\_ 3.Estoy insatisfecho de todo.

E)

\_\_\_ 0.No me siento particularmente culpable

\_\_\_ 1.Me siento mal o poco importante buena parte del tiempo.



\_\_\_\_ 2. Ahora me siento mal o poco importante prácticamente todo el tiempo.

\_\_\_\_ 3. Me siento como si fuera muy mala persona o alguien sin valor alguno.

F)

\_\_\_\_ 0. No siento que este siendo castigado.

\_\_\_\_ 1. Tengo la sensación de que algo malo me puede ocurrir.

\_\_\_\_ 2. Siento que estoy siendo castigado o que seré castigado.

\_\_\_\_ 3a. Siento que merezco ser castigado.

\_\_\_\_ 3. Quiero ser castigado.

G)

\_\_\_\_ 0. No me siento decepcionado de mi mismo.

\_\_\_\_ 1a. Me siento decepcionado de mi mismo.

\_\_\_\_ 1b. No me gusto.

\_\_\_\_ 2. Siento desagrado por mi mismo.

\_\_\_\_ 3. Me detesto.

H)

\_\_\_\_ 0. No siento que sea peor que las demás personas.

\_\_\_\_ 1. Me critico por mi debilidad o por mis errores.

\_\_\_\_ 2. Me culpo por mis faltas.

\_\_\_\_ 3. Me culpo por todo lo malo que ocurre.



I)

- \_\_\_\_\_0.No tengo la menor intención de auto dañarme.
- \_\_\_\_\_1.Pienso en hacerme daño, pero no lo haré.
- \_\_\_\_\_2a.Siento que sería mejor estar muerto.
- \_\_\_\_\_2b.Pienso que mi familia estaría mejor si yo muriera.
- \_\_\_\_\_3a.Tengo planes precisos acerca de suicidarme.
- \_\_\_\_\_3b.Me mataría si pudiera hacerlo.

J)

- \_\_\_\_\_0.No lloro más de lo habitual.
- \_\_\_\_\_1.Ahora lloro más que antes.
- \_\_\_\_\_2.Ahora lloro todo el tiempo, no puedo evitarlo.
- \_\_\_\_\_3.Antes podía llorar, pero ahora no puedo aunque quiera.

K)

- \_\_\_\_\_0.No estoy ahora mas irritado que habitualmente.
- \_\_\_\_\_1.Me molesto o me irrito con más facilidad que antes.
- \_\_\_\_\_2.Me siento irritado todo el tiempo.
- \_\_\_\_\_3.Ya no me irrito de ninguna manera por cosas que antes me irritaban.

L)

- \_\_\_\_\_0.Tomo decisiones igual que antes.
- \_\_\_\_\_1.Trato de posponer el momento de tomar decisiones.
- \_\_\_\_\_2.Tengo grandes dificultades para tomar decisiones.



\_\_\_3. Ya no puedo tomar ninguna clase de decisiones.

M)

\_\_\_0. No he perdido interés en las demás personas.

\_\_\_1. Ahora me intereso menos por los demás que antes.

\_\_\_2. He perdido casi todo el interés que sentía por los demás.

\_\_\_3. He perdido todo el interés en los demás y no me interesan en lo absoluto.

N)

\_\_\_0. No me siento peor que antes.

\_\_\_1. Me preocupa verme de más edad o con menos atractivos.

\_\_\_2. Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia y que me quitan atractivos.

\_\_\_3. Siento que mi aspecto es feo o que resulta repulsivo mirarme.

O)

\_\_\_0. Trabajo también como antes

\_\_\_1<sup>a</sup>. Necesito un esfuerzo extra para ponerme a realizar un trabajo o tarea.

\_\_\_1b. No trabajo también como antes.

\_\_\_2. Debo esforzarme mucho para hacer cualquier cosa.

\_\_\_3. No puedo hacer ninguna clase de trabajo.

P)

\_\_\_0. Puedo dormir tan bien como siempre.

\_\_\_1. Me despierto más cansado por la mañana ahora que antes.

\_\_\_2. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me resulta difícil

volver a dormirme.



\_\_\_3.Me despierto temprano todo los días y no puedo dormir mas de cinco horas.

Q)

\_\_\_0.No me canso más que antes.

\_\_\_1.Me canso con más facilidad que antes.

\_\_\_2.Me canso mucho aunque no haga nada.

\_\_\_3.Me canso demasiado aunque no haga nada.

R)

\_\_\_0.Mi apetito no se ha deteriorado.

\_\_\_1.Mi apetito no es tan bueno como antes.

\_\_\_2.Mi apetito es ahora mucho menor.

\_\_\_3.Ya no tengo apetito.

Ç

S)

\_\_\_0.No he perdido peso últimamente, o muy poco.

\_\_\_1.No he perdido más de dos kilos y medio.

\_\_\_2.He perdido más de cinco kilos.

\_\_\_3.He perdido más de siete kilos y medio.

T)

\_\_\_0.Mi salud no me preocupa más de lo habitual.

\_\_\_1.Me preocupan mis dolores o molestias, o mi ardor de estomagó o mi constipación.



\_\_\_2.Estoy tan preocupado por como me siento o por lo que siento, que me resulta difícil

pensar en otra cosa.

\_\_\_3.Estoy completamente absorbido por lo que siento.

U)

\_\_\_0.No he advertido ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

\_\_\_1.Estoy menos interesado en el sexo que antes.

\_\_\_2.Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.

\_\_\_3.He perdido por completo el interés en el sexo.



## **CODIGOS DE DEPRESION**

### **PUNTAJE:**

Sin Depresión..... (0-9)

Depresión Leve..... (10-18)

Depresión Moderada..... (19-29)

Depresión Grave..... (30 y +)