

DEPRESION ASOCIADA A SOBREPESO U OBESIDAD EN PACIENTES
ADULTOS QUE EGRESARON CON DIAGNOSTICO DE SOBREPESO U
OBESIDAD DEL HOSPITAL SAN PEDRO DE LA CIUDAD DE PASTO ENTRE
2008 A 2010

MORAN DIAZ ELIANA MARITZA
ROSERO PORTILLA MARIO JAVIER

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
PROGRAMA DE MEDICINA
EPIDEMIOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO
2011

DEPRESION ASOCIADA A SOBREPESO U OBESIDAD EN PACIENTES
ADULTOS QUE EGRESARON CON DIAGNOSTICO DE SOBREPESO U
OBESIDAD DEL HOSPITAL SAN PEDRO DE LA CIUDAD DE PASTO ENTRE
2008 A 2010

MORAN DIAZ ELIANA MARITZA
ROSERO PORTILLA MARIO JAVIER

Trabajo de grado como requisito para optar el título Médico General

Asesor: Dr. Cástulo Cisneros
Médico Psiquiatra

FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
PROGRAMA DE MEDICINA
EPIDEMIOLOGIA
SAN JUAN DE PASTO
2011

AGRADECIMIENTOS

Los autores expresan sus agradecimientos:

A Dios por ser la fuerza que nos acompaña todos los días y hacer que superemos nuestras debilidades.

A nuestros padres, por todo su amor, dedicación y entrega.

A nuestro decano Doctor Edgar Villota por el apoyo que nos brinda.

A la Doctora Ana Milena Torres por todo el tiempo que nos dedica, por su paciencia y todas las cosas que nos enseñó durante todo el proceso en esta investigación.

Al Doctor Cástulo Cisneros por el tiempo dedicado con la asesoría para realización de nuestra investigación.

A la FUNDACION HOSPITAL SAN PEDRO por hacer que esta investigación se lleve a cabo:

Al área de Estadística por permitirnos el acceso a las Historias clínicas.

DEDICATORIA

A Dios, a mis padres, a mis hermanos por su apoyo y amor incondicional

MORAN DIAZ ELIANA MARITZA

Dedico este trabajo a mi padre MARIO ALBERTO ROSERO, a mi madre FLOR DE MARIA PORTILLA, a mis hermanas

ROSERO PORTILLA MARIO JAVIER

NOTA DE ACEPTACIÓN

Presidente del Jurado

Jurado 1

Jurado 2

San Juan de Pasto, Mayo de 2011

NOTA DE RESPONSABILIDAD

Las opiniones expresadas en esta investigación son responsabilidad de los autores y no comprometen a la FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN.

CONTENIDO

	pág.
LISTA DE CUADROS	10
LISTA DE GRÁFICAS	11
LISTA DE ANEXOS	12
INTRODUCCIÓN	13
1. ASPECTOS GENERALES	15
1.1 TITULO	15
1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
1.2.1 Descripción del Problema	15
1.2.2 Formulación del Problema	18
1.3 OBJETIVOS	18
1.3.1 Objetivo general	18
1.3.2 Objetivos específicos	18
1.4 JUSTIFICACION	19
1.5 METODOLOGÍA	19
1.5.1 Enfoque	19
1.5.2 Tipo de Estudio	19
1.5.3 Población	19
1.5.4 Fuentes de recolección de información	20
1.5.5 Técnicas de recolección de información	20
1.5.6 Control de sesgos y errores	20

1.5.7 Procesamiento de datos	20
1.5.8 Criterios de inclusión y exclusión	20
1.5.8.1 Criterios de inclusión	20
1.5.8.2 Criterios de exclusión	21
1.5.9 Consideraciones éticas	21
2 MARCO REFERENCIAL	22
2.1. MARCO TEÓRICO	22
2.1.1 Obesidad	22
2.1.2 Trastornos mentales	24
2.1.3 Trastornos del estado de ánimo	24
2.1.3.1 Clasificación de los trastornos del estado de ánimos	24
2.1.3.2 Trastornos del estado de ánimo causados por la obesidad	25
2.2 MARCO CONCEPTUAL	26
2.3 MARCO CONTEXTUAL	26
2.3.1 Municipio de Pasto	26
2.3.2 Fundación Hospital San Pedro.	26
3. ANALISIS DE RESULTADOS	28
4. DISCUSIÓN	34
5. CONCLUSIONES	36
BIBLIOGRAFIA	37
NETGRAFIA	39
ANEXOS	40

LISTADO DE CUADROS

	Pág.
Cuadro 1. Obesidad y sobrepeso	13
Cuadro 2. Valores de masa de índice de masa corporal (IMC) según la OMS	23

LISTADO DE GRAFICAS

	Pág.
Grafica 1. Pacientes que egresaron del Hospital San Pedro con diagnostico de sobrepeso u obesidad entre 2008 a 2010 caracterizados por género	28
Grafica 2. Pacientes que egresaron del Hospital San Pedro con diagnostico de sobrepeso u obesidad entre 2008 a 2010 caracterizados por edad	28
Gráfica 3: Pacientes que egresaron del Hospital San Pedro con diagnostico de sobrepeso u obesidad entre 2008 a 2010 caracterizados por estado civil	29
Gráfica 4. Pacientes que egresaron del Hospital San Pedro con diagnostico de sobrepeso u obesidad entre 2008 a 2010 clasificados por grado de obesidad y sobrepeso de acuerdo a IMC	29
Gráfica 5. Pacientes que egresaron del Hospital San Pedro con diagnostico de sobrepeso u obesidad entre 2008 a 2010 caracterizados por grado de sobrepeso y obesidad dependiendo de su edad	30
Gráfica 6: Pacientes que egresaron del Hospital San Pedro con diagnostico de sobrepeso u obesidad entre 2008 a 2010 caracterizados por genero dependiente del grado de obesidad	31
Gráfica 7. Pacientes que egresaron del Hospital San Pedro con diagnostico de sobrepeso u obesidad entre 2008 a 2010 caracterizados por grado de sobrepeso u obesidad dependiendo de la presencia de comorbilidad	31
Gráfica 8: Pacientes que egresaron del Hospital San Pedro con diagnostico de sobrepeso u obesidad entre 2008 a 2010 caracterizados por la presencia de depresión	32
Gráfica 9: Pacientes que egresaron del Hospital San Pedro con diagnostico de sobrepeso u obesidad entre 2008 a 2010 caracterizados por grados de depresión dependientes del grado de sobrepeso u obesidad	32
Gráfica 10: Pacientes que egresaron del Hospital San Pedro con diagnostico de sobrepeso u obesidad entre 2008 a 2010 que tuvieron depresión clasificados por la presencia de comorbilidad	33

LISTADO DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Instrumento de recolección de datos	40
Anexo B. Consentimiento informado	41

INTRODUCCION

En la literatura acerca de sobrepeso y obesidad se abarca aspectos como su prevención, fisiopatología, tratamiento y patologías asociadas."Sin embargo no se ha puesto importancia al componente psicológico y social"¹

La obesidad y el sobrepeso son definidas por la OMS como acumulación anormal o excesiva de grasa, y se clasifica de acuerdo al IMC que se muestra en la siguiente tabla.

Cuadro 1. Obesidad y sobrepeso

	IMC
SOBREPESO	25 A 29.9
OBESIDAD GRADO I	30 A 34.9
OBESIDAD GRADO II	35 A 39.9
OBESIDAD GRADO III	> 40

Fuente: OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es>

Según la Organización Mundial de la salud, se menciona que "En el año 2008, 1500 millones sufren de sobrepeso y 700 millones de obesidad. Se estima que en el 2015 existan 2300 millones casos de sobrepeso, y más de 700 millones de obesos. En Colombia existen 5.7 millones de obesos y 15.4 millones con sobrepeso"²

En este aspecto de la obesidad es imprescindible hablar de la depresión, ya que esta se presenta con mucha frecuencia en personas con estas características, y es así como Hall Ramírez define "La depresión como un síndrome o conjunto de síntomas que afectan principalmente el área afectiva. Es la principal causa de discapacidad en el mundo, afectando mas a mujeres". En su múltiples revisiones acerca de este desorden mental, afirma que en la población mundial existe una prevalencia del 9.5 % de trastornos depresivos³

¹ St John Fisher College, Rochester, NY Does depression cause obesity?: A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control 2008 Nov;13(8):1190-7.

² ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD EN:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

³ Hall Ramírez. DEPRESION FISIOPATOLOGIA Y TRATAMIENTO 2003. CIMED

Según Alberto Campo Arias para detectar depresión se puede utilizar una valoración Psiquiátrica o también tres tipos de escala, las cuales han sido validadas por expertos en el campo de la salud mental. Las tres son:

Escala de Zung para depresión auto aplicada

- Normal <50
- Depresión leve de 50 a 59
- Depresión moderada de 60 a 69
- Depresión severa 70 a 80

Escala de Hamilton para depresión

Escala de Beck⁴

En el presente estudio se observó que en los pacientes que egresaron de Hospital San Pedro con diagnóstico de sobrepeso y obesidad entre 2008 y 2010, la mayoría de ellos eran mujeres, también el rango de edad en el que estaban era entre los 22 y 78 años y la mayoría estuvieron en adultez media. Gran parte de esta población tiene obesidad grado I, se observó también que de la población deprimida la mayoría tiene obesidad grado I, concluyendo finalmente que en las personas con obesidad grado I hay más prevalencia de depresión.

David A. Brent, M.D., and Boris Birmaher, M.D. Adolescent Depression NEJMs 2002 vol 347:667-671

⁴ Alberto Campo Arias. Validación de la escala de Zung para depresión en universitarias de Bucaramanga. Revista Colombiana de Psiquiatría. Vol XXXIV / N° 1 / 2005

1. ASPECTOS GENERALES

1.1 TITULO

DEPRESION ASOCIADA A SOBREPESO U OBESIDAD EN PACIENTES ADULTOS QUE EGRESARON CON DIAGNOSTICO DE SOBREPESO U OBESIDAD DEL HOSPITAL SAN PEDRO DE LA CIUDAD DE PASTO ENTRE 2008 A 2010

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1 Descripción del problema. La obesidad se la define como la relación que existe entre el peso y el tamaño de la persona, una desproporción entre la masa y la altura de la persona

En la década de los ochenta se describió la obesidad por primera vez como un problema estético, retrasando así los estudios que posteriormente la describirían como una enfermedad crónica.

La palabra obesidad deriva del latín “obesus” que quiere decir “Persona que tiene gordura en demasía” y es definida por la organización mundial de la salud como “un IMC igual o superior a 30”¹ teniendo en cuenta que el índice de masa corporal es una indicación simple de la relación entre el peso y la talla utilizada frecuentemente para identificar el sobrepeso y la obesidad en los adultos además el cálculo no varía en función del sexo ni de la edad en esta población.

Estadísticamente se ha reportado para el año 2005 en todo el mundo Aproximadamente 1600 millones de adultos mayores de 15 años con sobrepeso, Al menos 400 millones de adultos obesos. Además, la OMS calcula que en 2015 habrá aproximadamente 2300 millones de adultos con sobrepeso y más de 700 millones con obesidad.

En un principio la obesidad era considerada un problema exclusivo de los países desarrollados, sin embargo se ha incrementado en los países de ingresos bajos y medios, sobre todo en el medio urbano.

“La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial compleja consecuencia del desequilibrio entre el ingreso y el gasto de calorías el conocimiento sobre cómo y porqué se produce la obesidad es aún incompleto, pero está claro que el problema tiene su raíz en factores sociales, culturales, de comportamiento, fisiológicos, metabólicos y genéticos”² tales como la modificación de la dieta, con tendencia al aumento de la ingesta de alimentos hipercalóricos, ricos en grasas y azúcares, pero con escasas vitaminas, minerales y otros micronutrientes y la tendencia a la disminución de la actividad física debido al sedentarismo presente en muchos trabajos, los cambios en los medios de transporte y a la creciente urbanización.

Por otra parte los trastornos del estado de ánimo constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades, típicamente recurrentes, que consisten en alteraciones del humor con carácter infiltrativo, que se acompañan de disfunción psicomotriz y síntomas vegetativos. Según la OMS la depresión es la principal causa de discapacidad. Las personas con depresión tienen mayores riesgos de sufrir enfermedades, de tener fracasos terapéuticos y de padecer un mayor sufrimiento o incapacidad por otra enfermedad concurrente. En el área psicosocial, la depresión produce un gran sufrimiento personal y familiar y, además, repercute negativamente sobre la vida social y laboral.

Cuatro de cada 10 colombianos tienen sobrepeso. Este problema se está extendiendo entre los pobres, pero afecta especialmente a la clase media”, por ser un problema emergente, hasta el momento no se habían considerado acciones para contrarrestar la obesidad.

La obesidad se acompaña con frecuencia de depresión y una puede ocasionar e influir sobre la otra. La depresión puede causar y ser resultado del estrés que a su vez, puede llevar al cambio en hábitos alimenticios y actividades. Muchas personas con problemas para recuperarse de eventos repentinos o emocionalmente agotadores cambian sus hábitos comen demasiado o abandonan el ejercicio. En poco tiempo, esto se transforma en un hábito que es difícil cambiar.

El trastorno alimentario compulsivo, una conducta asociada con la obesidad es también un síntoma de depresión. Un estudio de personas obesas con problemas de trastorno alimentario compulsivo reveló que el 51% también tenía un historial de depresión grave. Investigaciones adicionales muestran que las mujeres obesas que padecen de trastorno alimentario compulsivo y que han sido víctimas de bromas a causa de su apariencia desarrollaron luego insatisfacción con su cuerpo y depresión.

Estudios demuestran que dentro de los trastornos psicopatológicos el más relacionado con la alteración del apetito es la depresión mayor especialmente si se cursa con síntomas melancólicos, el patrón atípico de la depresión, que se da con más frecuencia en adolescentes, y el patrón estacional que se da en los países de las zonas templadas del globo se asocia a un aumento del apetito voracidad y aumento de peso, con una clara atracción por los carbohidratos.

Los niños y adolescentes con trastorno depresivo mayor pueden tener un riesgo creciente para desarrollar exceso de peso. Los pacientes con trastorno bipolar podrían elevar los índices del exceso de peso, de obesidad y de obesidad abdominal. Se ha comprobado que este grupo de pacientes puede presentar cuadros metabólicos que empobrecen su calidad de vida. Las causas pueden encontrarse en las condiciones genéticas, presentes en el origen del trastorno psiquiátrico, en el estilo de vida, caracterizado por la hipoactividad, sobre todo en las fases depresivas o el consumo de tóxicos como tabaco y alcohol, y en un hábito nutricional inadecuado, en parte favorecido por algunos fármacos, que aumentan el apetito y provocan sobrepeso y obesidad.

Las personas obesas que buscan tratamiento para perder peso tienen elevados índices de trastornos depresivos y bipolares. Tomando importancia al tema de la salud mental se introduce así en múltiples países, igualmente este trastorno puede afectar la salud física y el bienestar de los individuos y de la sociedad, en este caso asociándolo a la obesidad.

Las Investigaciones sobre Salud mental en Colombia se inicio solo hasta la década de los años 90 con la aplicación de entrevistas estructuradas para diagnosticar trastornos mentales. Muestra de ello es el Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas, en 1993.

El segundo Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas fue en 1998, realizados por el Ministerio de Salud. Constituyendo así un esfuerzo por comprender el estado de la salud mental, estas iniciativas sólo contemplan algunos aspectos relacionados, quedando cortas de una descripción poblacional significativa.

La actual investigación está orientada a determinar la asociación entre la depresión y el sobrepeso u obesidad en pacientes que egresaron con diagnostico de Sobrepeso u Obesidad del Hospital San Pedro de la ciudad de Pasto, localizada en el extremo suroccidental de Colombia, que cuenta Con

aproximadamente 400.000 habitantes. Fundada en 1539 por el capitán Lorenzo de Aldana en Yacuanquer.

La obesidad puede traer como consecuencia hipertensión, enfermedades cardíacas y apoplejía, diabetes tipo 2, enfermedad de la vesícula biliar, fatiga crónica, asma, apnea obstructiva del sueño y algunas formas de cáncer así como también estudios evidencian que está asociada con aumento en la incidencia de suicidio en jóvenes y como se menciono anteriormente las alteraciones en el estado de ánimo pueden llevar a complicación de diversas patologías.

1.2.2 Formulación del problema. ¿Cuál es la prevalencia de depresión asociada a sobrepeso u obesidad en pacientes adultos que egresaron con diagnostico de sobrepeso u obesidad del Hospital San Pedro?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo general.

Determinar la prevalencia de depresión asociada a sobrepeso u obesidad en pacientes adultos que egresaron con diagnostico de sobrepeso u obesidad del Hospital San Pedro entre 2008 y 2010 con el fin de construir una línea de base estadística para que sean de utilidad para futuras investigaciones.

1.3.2 Objetivos específicos

Clasificar el grado sobrepeso u obesidad de acuerdo con IMC

Caracterizar a los pacientes con sobrepeso u obesidad según edad, género, comorbilidad y estado civil

Determinar la prevalencia y clasificación de depresión aplicando la escala de zung para depresión

Identificar si el grado de obesidad o sobrepeso se asocia a la presencia de depresión

1.4 JUSTIFICACION

Actualmente la obesidad se ha convertido en un serio problema de salud pública que va en aumento, ya que el peso corporal excesivo predispone para varias enfermedades físicas y mentales que deterioran la calidad de vida del individuo obeso, particularmente enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus tipo 2, apnea del sueño y osteoartritis, trastornos del estado de ánimo entre otras

El paciente obeso que padece trastornos del estado de ánimo necesita ser estudiado de una forma holística, sin descartar criterios psiquiátricos o metabólicos, los cuales pueden de alguna manera estar asociados.

Esta investigación se la realiza para determinar si existe una asociación entre la depresión y el sobrepeso u obesidad, generando nuevos conocimiento y resultados que se constituyan como una fuente de información para los profesionales que laboran en esta ciudad y de esta manera poder estar mejor preparados con respecto al estudio y manejo de estos pacientes, con lo cual podríamos mejorar su calidad de vida.

En el municipio de pasto, no se han realizado estudios en los cuales se relacione la obesidad y el sobrepeso con depresión, por esta razón, se ha propuesto la realización del presente estudio el cual permitirá construir una base estadística regional y lograr así contar con información que podría ser útil para promover la visión integral del paciente y sirva de línea de base para futuras investigaciones.

1.5 METODOLOGIA

1.5.1 Enfoque. Cuantitativo: ya que se obtiene y manipula datos en forma de frecuencia.

1.5.2 Tipo de estudio. Observacional, descriptivo de corte transversal

1.5.3 Población. Está conformada por todos los pacientes que egresan con diagnostico de sobrepeso u obesidad del Hospital San Pedro entre 2008 a 2010. N= 60

1.5.4 Fuentes de recolección de información

Primarios: Fuentes de recolección primarias mediante información recogida de pacientes que asisten al FHSP que egresan con diagnóstico de sobrepeso u obesidad entre 2008 a 2010.

1.5.5 Técnicas de recolección de información

- Entrevista
- Escala de zung para valorar depresión

1.5.6 control de sesgos y errores.

Para este control se utilizó una balanza nueva de buena calidad que ya se encontraba calibrada, se utilizó un tallmetro, se estandarizó la toma de peso y talla

Los datos fueron ingresados por los autores de la investigación

1.5.7 procesamiento de datos. Para procesar los datos recolectados se utilizó epi info, Excel y acces.

1.5.8 Criterios de inclusión y de exclusión

1.5.8.1 Criterios de inclusión.

- Pacientes que egresan del Hospital San Pedro con diagnóstico de sobrepeso u obesidad en el periodo enero 2008 a diciembre 2010.
- Pacientes que en la base de datos tenga dirección
- Pacientes que tengan en el momento de la entrevista sobrepeso u obesidad según IMC

1.5.8.2 Criterios de exclusión.

- Pacientes que no pudieron ser ubicados
- Pacientes que no firman consentimiento informado
- Pacientes con retardo mental

1.5.9 consideraciones éticas.

- **Beneficencia:** los datos administrados por las personas encuestadas solamente los procesaran los investigadores
- **No maleficencia:** los datos administrados por las personas encuestadas solamente se utilizaran con fines estadísticos y no se publicaran datos de identidad
- **Justicia:** tratamos a todos los pacientes sin discriminarlos por su género, edad, estrato socioeconómico y su ocupación
- **Autonomía:** los paciente tuvieron la libertad de escoger participar en nuestra investigación firmando consentimiento informado

2 MARCO REFERENCIAL

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1 Obesidad. La obesidad se la define como el peso excesivo con respecto a la talla de la persona, y para saber si existe obesidad o no, es necesario conocer el índice de masa corporal (IMC), lo que se obtiene haciendo un cálculo entre la estatura y el peso del individuo y éste elevado al cuadrado

El índice de masa corporal es un método simple y ampliamente usado para estimar la proporción de grasa corporal. “El IMC fue desarrollado por el estadístico y antropometrista belga Adolphe Quetelet. Este es calculado dividiendo el peso del sujeto (en kilogramos) por el cuadrado de su altura (en metros), por lo tanto es expresado en kg / m^2 .”

Se calcula según la expresión matemática

$$IMC = \frac{masa(kg)}{estatura^2(m)}$$

“El valor obtenido no es constante, sino que varía con la edad y el sexo. También depende de otros factores, como las proporciones de tejidos muscular y adiposo. En el caso de los adultos se ha utilizado como uno de los recursos para evaluar su estado nutricional, de acuerdo con los valores propuestos por la Organización Mundial de la Salud”⁵

⁵ Wikipedia. Índice de masa corporal. En la página web:
http://es.wikipedia.org/wiki/%C3%8Dndice_de_masa_corporal

Cuadro 2. Valores de masa de índice de masa corporal (IMC) según la OMS

Clasificación de la OMS del estado nutricional de acuerdo con el IMC Índice de Masa Corporal		
Clasificación	IMC (kg/m ²)	
	Valores principales	Valores adicionales
Infrapeso	<18,50	<18,50
Delgadez severa	<16,00	<16,00
Delgadez moderada	16,00 - 16,99	16,00 - 16,99
Delgadez aceptable	17,00 - 18,49	17,00 - 18,49
Normal	18.5 - 24,99	18.5 - 22,99
		23,00 - 24,99
Sobrepeso	≥25,00	≥25,00
Preobeso	25,00 - 29,99	25,00 - 27,49
		27,50 - 29,99
Obeso	≥30,00	≥30,00
Obeso tipo I	30,00 - 34,99	30,00 - 32,49
		32,50 - 34,99
Obeso tipo II	35,00 - 39,99	35,00 - 37,49
		37,50 - 39,99
Obeso tipo III	≥40,00	≥40,00

Fuente: Wikipedia. Índice de masa corporal. En la página web: http://es.wikipedia.org/wiki/%C3%8Dndice_de_masa_corporal

Estos valores son independientes de la edad y son para ambos sexos

La obesidad representa un serio problema de salud a nivel mundial, y aunque generalmente se considera que su mayor incidencia se presenta en las poblaciones de alto poder adquisitivo de los países industrializados, la misma también es frecuente en los países pobres con bajo nivel de desarrollo, en los cuales está asociado, principalmente, el consumo de productos de manufactura barata, con un alto contenido en carbohidrato simples y grasa saturadas.

Es importante mencionar que no solo la ingesta de alimentos, y el sedentarismo son causa de obesidad, sino también aspectos ambientales, genéticos, disfunciones metabólicas, aspectos psicológicos y sociales

2.1.2 Trastornos mentales. Según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, Los trastornos mentales se clasifican en: Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia; Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos; Trastornos mentales debidos a enfermedad médica; Trastornos relacionados con sustancias, Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; **Trastornos del estado de ánimo**; Trastornos de ansiedad; Trastornos somatomorfos; Trastornos facticios; Trastornos disociativos; Trastornos sexuales y de la identidad sexual; Trastornos de la conducta alimentaria; Trastornos del sueño; Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados; Trastornos adaptativos; Trastornos de la personalidad;

2.1.3 Trastornos del estado de ánimo. “Trastornos del estado de ánimo es el término que reciben un grupo de trastornos definidos por el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, para los cuales se teorizan una serie de características subyacentes como causa de alteraciones en el estado de ánimo

2.1.3.1 Clasificación de los trastornos del estado de ánimos. El DSM-IV define, por una parte, episodios afectivos, de carácter depresivo (estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer), o maníaco, (estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable). Estos episodios se combinarían generando diversos patrones, constituyendo así los diferentes trastornos del ánimo”.⁶ Tales como:

- **Episodios afectivos:** Episodio depresivo mayor , Episodio maníaco, Episodio mixto , Episodio hipomaníaco

- **Trastornos depresivos** (con episodios depresivos) : Trastorno depresivo mayor, Trastorno distímico , Trastorno bipolar I , Trastorno bipolar II , Trastorno ciclotímico , Trastorno bipolar no especificado.

- **Trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica**

- **Trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias**

- **Trastorno del estado de ánimo no especificado**

⁶ Wikipedia. Trastornos del estado de ánimo. En la página web:
http://es.wikipedia.org/wiki/Trastornos_del_estado_de_%C3%A1nimo

2.1.3.2 Trastornos del estado de ánimo causados por la obesidad

La obesidad no sólo expone a quien la padece a una larga lista de enfermedades, como cardiopatías, hipertensión arterial y diabetes, sino también a psicopatías como **depresión** , **ansiedad**, que en estos casos están asociadas a trastornos de la conducta alimentaria o distorsión de la imagen corporal. Las personas con sobrepeso viven hoy en una sociedad “obeso-fóbica” que estigmatiza al obeso. Esto trae consecuencias en la autoestima, alteración en sus relaciones interpersonales, menos posibilidades de acceso a los mejores trabajos, a las mejores parejas.

Lo obesos viven sentimientos de desvalorización cotidianos, todos se enfrentan a la misma presión social, lo que no quiere decir que todos la elaboren de la misma manera. Así, de acuerdo a su historia personal y en combinación con los conflictos generados por un medio social hostil, la persona obesa puede o no desarrollar una psicopatía y en algunos casos trastornos alimentarios.

Sumado a todo esto, están las consecuencias psicopatológicas del seguimiento de dietas hipocalóricas estrictas (como aumento de depresión, ansiedad, nerviosismo, debilidad e irritabilidad)⁷

El obeso por lo general sufre alteraciones psicológicas frecuentes tales como: Imagen corporal distorsionada, descontrol alimentario, ansiedad, manifestaciones depresivas, trastornos de la sexualidad (insatisfacciones sexuales que se satisfacen comiendo), entre otras

• Trastornos del estado de ánimo causados por la obesidad debido a enfermedad médica

• Trastornos del estado de ánimo causados por la obesidad debido estigmatización social

⁷ Silvesteri, Adriana y Estavile, Alberto. Aspectos psicológicos de la obesidad. España, 2005 En: <http://www.nutrinfo.com/pagina/info/ob05-02.pdf>

2.2 MARCO CONCEPTUAL

INCIDENCIA. La incidencia es el número de casos nuevos de una enfermedad en una población determinada y en un periodo determinado

ESTADO DE ÁNIMO. Estado emocional prolongado que influye sobre la totalidad de la personalidad y de las funciones vitales

OBESIDAD. La obesidad se la define como el peso excesivo con respecto a la talla de la persona

TRASTORNO. Un trastorno es un patrón comportamental o psicológico de significación clínica que, cualquiera que sea su causa, es una manifestación individual de una disfunción comportamental, psicológica o biológica

TRASTORNOS DE PERSONALIDAD. Los trastornos de personalidad son un conjunto de perturbaciones o anormalidades que se dan en las dimensiones emocionales, afectivas, motivacionales y de relación social de los individuos

2.3 MARCO CONTEXTUAL

2.3.1 Municipio de Pasto. El municipio de San Juan de Pasto, se levanta al pié del volcán Galeras, a 2.527 m.s.n.m, ciudad capital del Departamento de Nariño, se encuentra ubicada en el valle de Atriz a 795 km al suroccidente de de la capital de la república, cuenta con aproximadamente con 706.440 habitantes (año 2005).⁸La Capital del Departamento de Nariño, posee una altura de 2.559 metros sobre el nivel del mar y una temperatura media de 14 grados centígrados.

2.3.2 Fundación Hospital San Pedro. La Fundación canónica del Hospital se hizo por Decreto 93 del 18 de febrero de 1886, firmado por el Obispo de la Diócesis de Pasto Monseñor Ignacio León Velasco, quien le dio el nombre de San Pedro. En escritura se advierte, que el Patronato del Hospital lo ejercerá a perpetuidad el Señor Obispo de la Diócesis de Pasto.

⁸ <http://www.dane.gov.co/> sistema de consulta de información censal censo 2005.

El 4 de marzo de 1956 se inauguró el nuevo edificio del Hospital, donado por el padre Rafael Chávez en la finca Toro Alto, al occidente de la ciudad, destinado para albergar un hospital de caridad, como era el deseo de Don Pedro Vela y Figueroa, es de 4 plantas y tiene muy buenas instalaciones, empezando así su segunda época de existencia. El Hospital de caridad, con una capilla, una botica, un médico y un capellán, soñado por el fundador, se ha convertido en un verdadero hospital de tercer y cuarto nivel de complejidad y es innegable el servicio que día tras día presta a quienes acuden a sus instalaciones.

El Ministerio de Salud, mediante Resolución #004457 del 2 de julio de 1993 otorga al Hospital San Pedro el nivel III de complejidad ya que posee 100 camas distribuidas en los servicios de cirugía general y especialidades, medicina interna y especialidades, maternidad, urgencias y consulta externa.

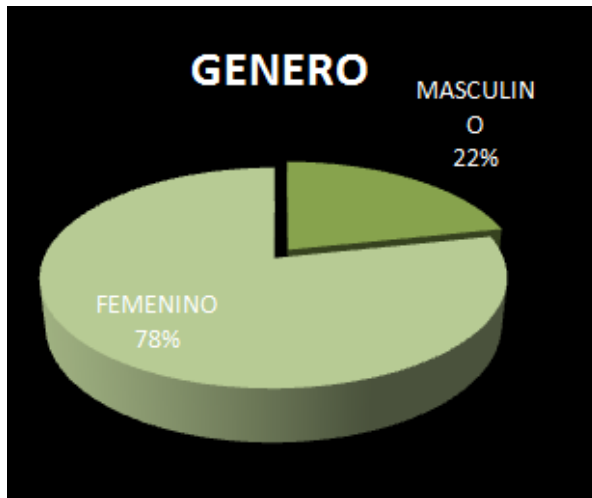
Es una Institución Privada sin ánimo de lucro que ha venido prestando servicios a la comunidad del Departamento de Nariño, Sur del Cauca y Putumayo de manera ininterrumpida desde el año 1886.

Durante 89 años, fuimos la única Institución de salud con el carácter de Hospital General que cubrió las necesidades del Departamento. De lo anterior claramente se establece que el Hospital constituye un patrimonio del Estado y por lo tanto recibió todo el apoyo del mismo para cubrir un derecho fundamental como es la salud⁹.

⁹ Guerrero Nieto, Emma. Fundación Hospital San Pedro. En <http://www.hospitalsanpedro.org/historia.html>

3. ANALISIS DE RESULTADOS

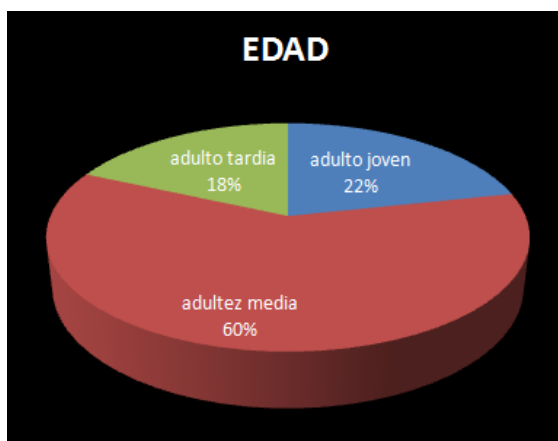
Grafica 1. Pacientes que egresaron del Hospital San Pedro con diagnostico de sobrepeso u obesidad entre 2008 a 2010 caracterizados por género



Fuente: esta investigación

De los 60 pacientes con sobrepeso u obesidad la mayoría de ellos son mujeres con un 78 % del total, mientras que un 22% son hombres

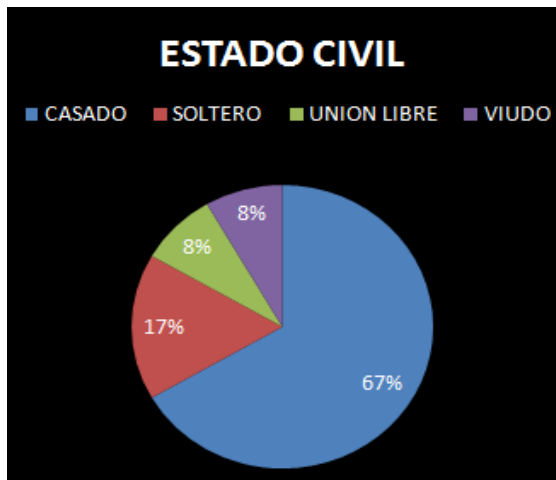
Grafica 2. Pacientes que egresaron del Hospital San Pedro con diagnostico de sobrepeso u obesidad entre 2008 a 2010 caracterizados por edad



Fuente: esta investigación

De los 60 pacientes con sobrepeso u obesidad la mayoría de ellos está en la etapa de adustez media con un 60%, el 22% corresponde a adulto joven y el 18 % están en la adustez tardía

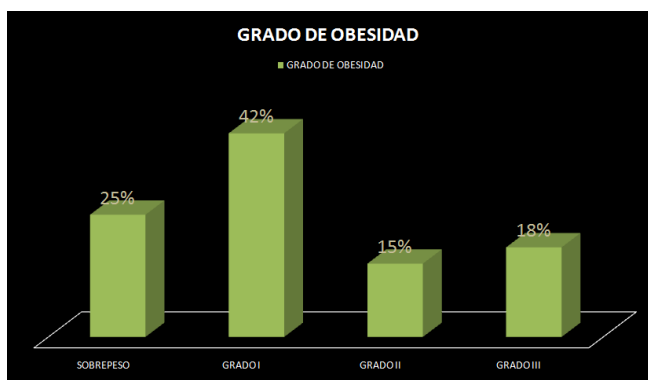
Gráfica 3: Pacientes que egresaron del Hospital San Pedro con diagnóstico de sobrepeso u obesidad entre 2008 a 2010 caracterizados por estado civil



Fuente: esta investigación

La mayoría de los 60 pacientes con obesidad o sobrepeso son casados con un 67%, el 17% son solteros, el 8% son viudos y el otro 8 % están en unión libre

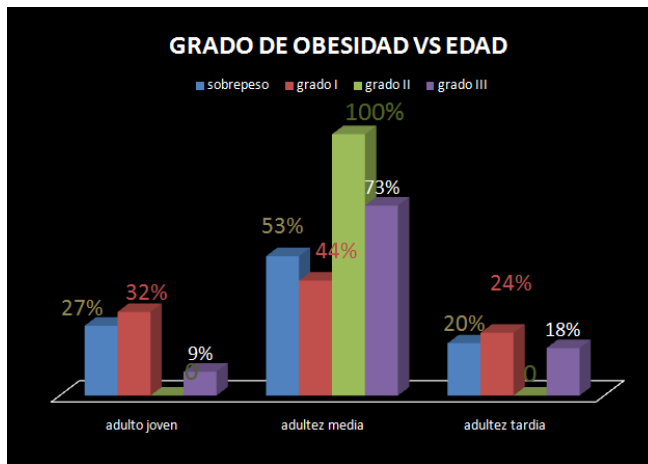
Gráfica 4. Pacientes que egresaron del Hospital San Pedro con diagnóstico de sobrepeso u obesidad entre 2008 a 2010 clasificados por grado de obesidad y sobrepeso de acuerdo a IMC



Fuente: esta investigación

De los 60 pacientes se encontró que el 25% de ellos tiene sobrepeso, el 42% tiene grado I de obesidad, el 15% tiene grado II de obesidad y el 18% tiene grado III de obesidad

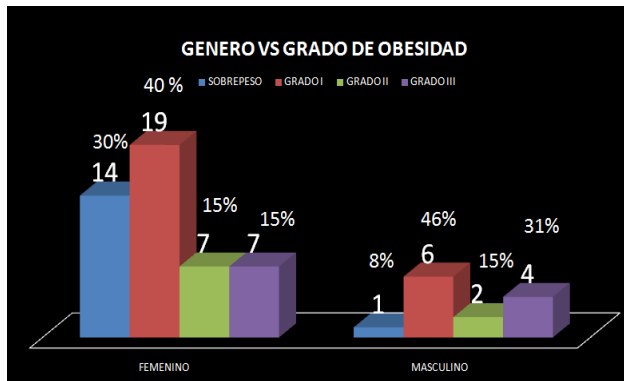
Gráfica 5. Pacientes que egresaron del Hospital San Pedro con diagnóstico de sobrepeso u obesidad entre 2008 a 2010 caracterizados por grado de sobrepeso y obesidad dependiendo de su edad



Fuente: esta investigación

de los 15 Pacientes con sobrepeso el 27 % es adulto joven, el 53% es adulto medio y el 20 % es adulto tardío; de los 25 Pacientes con grado I de obesidad el 32% de ellos es adulto joven, el 44% de ellos es adulto medio y el 24 % es adulto tardío; de los 9 Pacientes con grado II de obesidad el 100% es adulto medio; de los 11 Pacientes con grado III de obesidad el 9% de ellos es adulto mayor, el 73% es adulto medio y el 18% es adulto tardío.

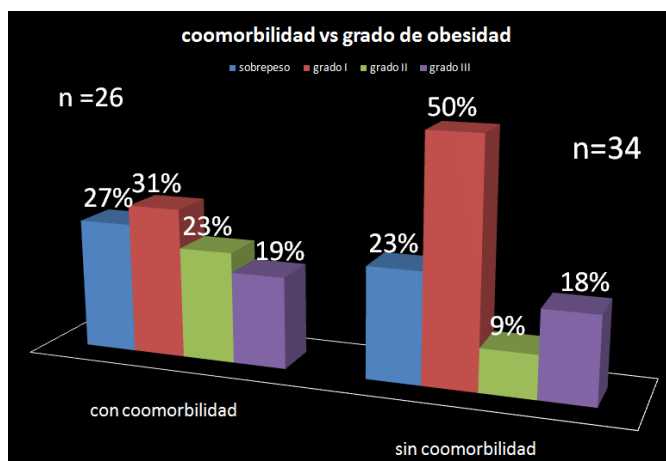
Gráfica 6: Pacientes que egresaron del Hospital San Pedro con diagnóstico de sobrepeso u obesidad entre 2008 a 2010 caracterizados por género dependiente del grado de obesidad



Fuente: esta investigación

De los 47 Pacientes con género femenino el 30% de ellos sufre de sobrepeso, el 40% sufre de obesidad grado I, el 15% sufre de obesidad grado II y el otro 15% grado III; de los 13 pacientes con género masculino el 8% tiene sobrepeso, el 46% tiene obesidad grado I, el 15% grado II y el 31 % grado III.

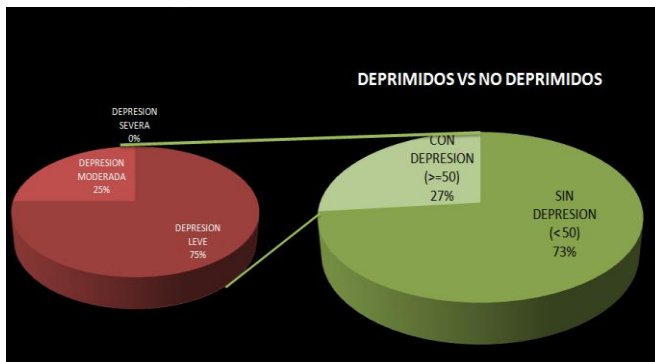
Gráfica 7. Pacientes que egresaron del Hospital San Pedro con diagnóstico de sobrepeso u obesidad entre 2008 a 2010 caracterizados por grado de sobrepeso u obesidad dependiendo de la presencia de comorbilidad



Fuente: esta investigación

de los 26 pacientes con comorbilidad el 27% tienen sobrepeso, el 31% grado I, el 23 % grado II y el 19% grado III; de los 34 pacientes que no tienen comorbilidad el 23% tiene sobrepeso, el 50% tiene grado I, el 9% tiene grado II y el 18% tiene grado III

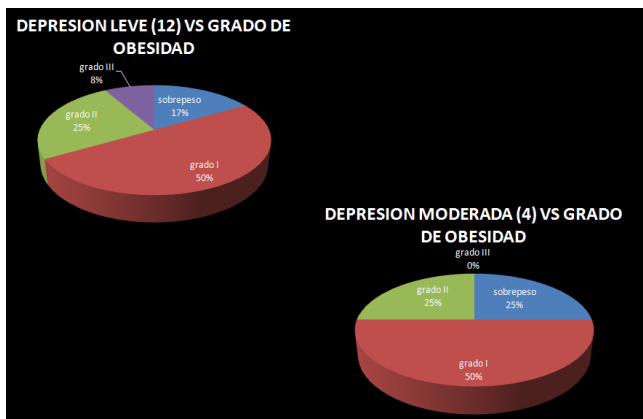
Gráfica 8: Pacientes que egresaron del Hospital San Pedro con diagnóstico de sobrepeso u obesidad entre 2008 a 2010 caracterizados por la presencia de depresión



Fuente: esta investigación

De los 60 pacientes el 73% no tuvieron depresión y el 27% si la tuvieron; de estos 16 pacientes con depresión el 25% tienen depresión moderada y el 75 % tiene depresión leve, ninguno tuvo depresión severa

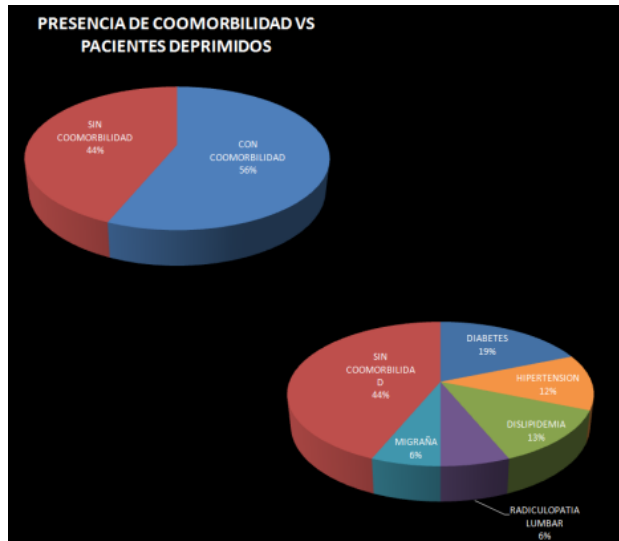
Gráfica 9: Pacientes que egresaron del Hospital San Pedro con diagnóstico de sobrepeso u obesidad entre 2008 a 2010 caracterizados por grados de depresión dependientes del grado de sobrepeso u obesidad



Fuente: esta investigación

De los 12 pacientes con depresión leve el 17% tienen sobrepeso, el 50% grado I, el 25% grado II y el 8% grado III; de los 4 pacientes con depresión moderada el 25% tiene sobrepeso, el 50% tiene grado I y el 25% grado II, ninguno tuvo grado III

Gráfica 10: Pacientes que egresaron del Hospital San Pedro con diagnóstico de sobrepeso u obesidad entre 2008 a 2010 que tuvieron depresión clasificados por la presencia de comorbilidad



Fuente: esta investigación

De 16 pacientes con depresión el 44% no tuvieron comorbilidad y el 56% si la tuvieron

4. DISCUSIÓN

Según la OMS la proporción de sobrepeso: obesidad es de 3:1, en nuestra investigación encontramos una relación invertida de sobrepeso: obesidad 1:3. Esto posiblemente se debe a que en la población estudiada es normal que en la gente exista sobrepeso por lo cual son muy reducidas las consultas clínicas por sobrepeso y mucho más los que consultan por obesidad.

La OMS afirma que el sobrepeso y la obesidad son más frecuentes entre los 18 y 65 años, en este estudio se observa que el sobrepeso y la obesidad son más frecuentes en la adultez media o sea entre los 40 a los 65 años, lo que corresponde con las estadísticas mundiales¹⁰.

Según Kenneth S. Kendler y su grupo de trabajo del American Journal Psychiatry en su revisión acerca de los trastornos depresivos, afirma que en la población mundial hay una prevalencia del 9.5% para los trastornos depresivos. En este estudio se encuentra una prevalencia de 27% teniendo en cuenta que en la población estudiada todos presentan sobrepeso y obesidad en sus distintos grados

También Kenneth S. Kendler asegura que la depresión es dos veces más frecuente en mujeres que en hombre. En este estudio se encuentra que la frecuencia se aumenta, siendo cuatro veces más frecuente en mujeres que en hombres teniendo en cuenta que el 78% de nuestra población es de género femenino, y además toda la población estudiada tiene sobrepeso y obesidad¹¹

John Fisher y Cols en su gigante meta análisis que reúne más de 50 trabajos dedicados a determinar la asociación entre los trastornos depresivos y comorbilidades de tipo metabólico de 33000 pacientes, afirma que en las poblaciones con sobrepeso y obesidad estudiadas por ellos se encuentra una prevalencia de aproximadamente el 40% de trastornos depresivos. Y como ya se expuso anteriormente, en la población estudiada se observa un 27% de prevalencia de estos trastornos¹².

¹⁰ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD EN:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

¹¹ Kenneth S. KENDLER M.D., Does Bereavement-Related Major Depression Differ From Major Depression Associated With Other Stressful Life Events?, *Am J Psychiatry* 165: 11, 2008, pag 04

¹² St John FISHER ROCHESTER, NY Does depression cause obesity?: A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control, *J Health Psychol*, 2008 Nov; pag 7

También en el artículo publicado en Arch Gen Psychiatry por Gregory E. Simon que estudia la población obesa norteamericana, encuentra que en la población con IMC >30 la prevalencia de trastornos depresivos es de 18.6%¹³

A nivel mundial se observa que la prevalencia de sobrepeso y obesidad es mayor en hombres que en mujeres, en este estudio se encontró que el sobrepeso y obesidad son más frecuentes en mujeres, aclarando que el 78% de la población es de género femenino¹⁴.

¹³ Gregory E. SIMON, Association Between Obesity an Psychiatric Disorder in the US Adult Population, Arch Gen Psychiatry, 2006; pag 3

¹⁴ Op. Cit. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

5. CONCLUSIONES

El 25% del total de pacientes tienen sobrepeso, 42% grado I de obesidad, 15 % grado II y 18% grado III.

El 22% de la población es adulto joven, el 60% de la población es adulto medio y el 18% de la población es adulto tardío

El 78% de la población tiene género femenino y el 22% tiene género masculino

El 44% de la población tienen comorbilidad y el 56% no la tienen

El 73% de la población no tienen depresión y el 27% si presentan depresión que son 16 pacientes,

De los 16 pacientes, el 75% tiene depresión leve y el 25% depresión moderada

De los pacientes con depresión leve, el 17% tiene sobrepeso, el 50% grado I de obesidad, el 25 grado II y el 8% grado III

De los pacientes con depresión moderada el 25% tiene sobrepeso, el 50% obesidad grado I y el 25% obesidad grado II, 0% para grado III

BIBLIOGRAFIA

Alberto Pradilla, M.D., Beatriz Gracia, Nut, MSP3 Interacciones entre alimentación, salud y ambiente colomb med 1995 VOL 26 N° 3

Carlos Hernán Daza, M.D., M.Sc., M.P.H. La obesidad: un desorden metabólico de alto riesgo para la salud Colomb Med 2002; Vol. 33 N° 2

Carlos a. Martínez, julio o. Ibáñez, carlos a. Paterno, mirtha semenza de roig bustamante, maría itatí heitz, jorge o. Kriskovich juré, griselda r. De bonis, liz c. Cáceres sobrepeso y obesidad en niños y adolescentes de la ciudad de corrientes asociación con factores de riesgo cardiovascular medicina (buenos aires) 2001; 61: 308-314

Chen X, Beydoun MA, Wang Y. Is sleep duration associated with childhood obesity? A systematic review and meta-analysis. 2008 Feb;16(2):265-74.

Correll CU. Zucker Hillside Hospital, North Shore-Long Island Jewish Health System, Glen Oaks, NY 11004, USA Weight gain and metabolic effects of mood stabilizers and antipsychotics in pediatric bipolar disorder: a systematic review and pooled analysis of short-term trials. 2007 Jun;46(6):687-700

David A. Brent, M.D., and Boris Birmaher, M.D. Adolescent Depression NEJMs 2002 vol 347:667-671

David S. Ludwig, M.D., Ph.D. Childhood Obesity — The Shape of Things to Come NEJMs 2007Volume 357:2325-2327

Friedman MA, Brownell KD. Psychological correlates of obesity: moving to the next research generation. 1995 Jan;117(1):3-20

Julio César Sánchez, M.D., M.Sc., Ph.D. Perfil fisiológico de la leptina colomb med Vol. 36 N° 1.

Jürgen Unützer, M.D., M.P.H. Late-Life Depression NEJMs 2007; Volume 357:2269-2276.

Kamath CC, Vickers KS, Ehrlich A, McGovern L, Johnson J, Singhal V, Paulo R, Hettinger A, Erwin PJ, Montori VM. Clinical review: behavioral interventions to prevent childhood obesity: a systematic review and metaanalyses of randomized trials. 2008 Dec;93(12):4606-15. Epub 2008 Sep 9c

Maria Eugenia Amezquita Medina, Rosa Elena Gonzalez Peres, Diego Zuluaga Mejia. Prevalencia de la depression, ansiedad y comportamiento suicida en la población estudiantil de pregrado en la universidad de caldas año 2000 revista colombiana de psiquiatria 2003; vol 32 No 4 bogota

Nora Ramos-Morales, Juana Marín-Flores, Sandra Rivera-Maldonado, Yolanda Silva-Ramales. Obesidad en la población escolar y la relación con el consumo de comida rápida Granada invierno 2006 Index Enferm v.15 n.55

R.H. Belmaker, M.D. Bipolar Disorder NEJMs 2004; Volume 351:476-486

ROSILLO, Irene, PITUELLI, Norma, CORBERA, Mirtha et al. Perfil lipídico en niños y adolescentes de una población escolar. Arch. Argent. Pediatr. [online]. jul./ago. 2005, vol.103, no.4 [citado 29 Marzo 2009], p.293-297.

St John Fisher College, Rochester, NY Does depression cause obesity?: A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control 2008 Nov;13(8):1190-7.

NETGRAFIA

COLOMBIA MEDICA Carlos Hernán Daza, M.D., M.Sc., M.P.H. Profesor Epidemiología Nutricional, Escuela de Salud Pública, Facultad de Salud Universidad del Valle, Cali
EN: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/Vol33No2/cm33n2a5.htm>

Gregory E. SIMON, Association Between Obesity an Psychiatric Disorder in the US Adult Population, Arch Gen Psychiatry, 2006; pag 3

Kenneth S. KENDLER M.D., Does Bereavement-Related Major Depression Differ From Major Depression Associated With Other Stressful Life Events?, Am J Psychiatry 165: 11, 2008, pag 04

Ministerio de la Protección Social y el Instituto Nacional de Salud Adriana Rozo, epidemióloga de la Dirección de Salud Pública del Ministerio <http://www.medilegis.com/BancoConocimiento/A/AM76-AA-nutricion/AM76-AA-nutricion.asp> Elvidia Poveda, del área de nutrición del Instituto Nacional de Salud

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD EN:
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>

St John FISHER ROCHESTER, NY Does depression cause obesity?: A meta-analysis of longitudinal studies of depression and weight control, *J Health Psychol*, 2008 Nov; pag 7

Anexo A. Instrumento de recolección de datos

INCIDENCIA DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO ASOCIADOS A SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL SAN PEDRO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO DE 2008 A DICIEMBRE DE 2010

NUMERO: ____

1. DOCUMENTO ID: _____ 2. Edad: ____ 3. Peso en Kg: ____ 4. talla en m: ____
 5. IMC: ____ 6. Ocupación: _____ 7. Estado civil : _____
 8. Enfermedades que padezca: _____ 9. Alguna vez le han diagnosticado obesidad: ____
 10. Recibe tratamiento ¿cual?: _____ 11. GRADO DE OBESIDAD: _____

	N	CN	CS	S
1. Me siento abatido y melancólico.				
2. En la mañana es cuando me siento mejor.				
3. Tengo accesos de llanto o deseos de llorar.				
4. Me cuesta trabajo dormirme en la noche.				
5. Como igual que antes.				
6. Mantengo mi deseo, interés sexual y/o disfruto de las relaciones sexuales.				
7. Noto que estoy perdiendo peso.				
8. Tengo molestias de estreñimiento.				
9. El corazón me late más aprisa que de costumbre.				
10. Me canso aunque no haga nada.				
11. Tengo la mente tan clara como antes.				
12. Me resulta fácil hacer las cosas que acostumbraba hacer.				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo esperanza en el futuro.				
15. Estoy más irritable de lo usual.				
16. Me resulta fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Mi vida tiene bastante interés.				
19. Siento que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20. Todavía disfruto con las mismas cosas que antes disfrutaba.				

TOTAL: _____

N= nunca

CN= casi nunca

CS= casi siempre

S= siempre

Anexo B. Consentimiento informado

**FUNDACION UNIVERSITARIA SAN MARTIN
FACULTAD DE MEDICINA – SEDE PASTO
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**INCIDENCIA DE LOS TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO ASOCIADOS A
SOBREPESO Y OBESIDAD EN PACIENTES QUE ASISTIERON AL HOSPITAL
SAN PEDRO EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE ENERO DE 2008 A
DICIEMBRE DE 2010**

Esta es una investigación en la que estudiantes de Medicina de la Fundación Universitaria San Martín basados en la Ley 30 de 1992 en la cual son objetivos de la Educación Superior y de sus Instituciones, profundizar en la formación integral de los Colombianos, capacitándolos para cumplir con las funciones profesionales, investigativas y de servicio social, se quiere establecer si existe una relación entre los trastornos del estado de ánimo y el sobrepeso/obesidad en sus distintos grados, y observar si también hay interacción con otros factores como la ocupación o estado civil, se realizara mediante la recolección de información mediante instrumentos validados, y el seguimiento regular a la población elegida para la investigación. A continuación se analizará los datos obtenidos con fines estadísticos.

OBJETIVO: Determinar la Incidencia de los trastornos del estado de ánimo asociados a obesidad en pacientes que asistieron al Hospital San Pedro en el periodo comprendido entre enero de 2008 a diciembre de 2010 con el fin de construir una base estadística regional, que permita promover la visión integral del paciente.

Los beneficios para usted son:

- No se conocerá su identidad, ya que en los instrumentos de recolección de información no se solicita nombres. A excepción de este documento, el cual no se vinculará con los demás, y solo se utilizara como requisito para realizar la investigación.
- La información obtenida solo será analizada por los investigadores (estudiantes de Medicina) y no se conocerá por otras personas.
- Usted no recibirá tratamientos que afecten su estado de salud.

Si está de acuerdo con lo anterior y quiere participar de la investigación, por favor coloque:

Nombre: _____

Firma: _____

CC: _____