



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
FACULTAD DE MEDICINA



DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD ACADÉMICA

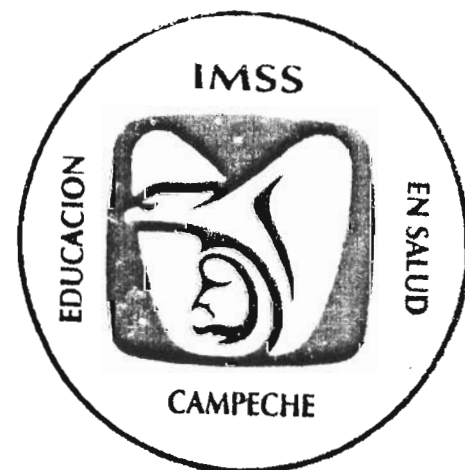
U. M. F. N° 11 "Dr. Víctor Rivero Pérez"  
San Francisco de Campeche, Campeche.

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN POBLACIÓN FEMENINA  
OBESA DE 20 A 59 AÑOS DE LA UMF No. 2  
CHAMPOTON.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA  
EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. SILVIA BÁEZ CORTÉS**



SAN FRANCISCO DE CAMPECHE, CAMPECHE.

2008



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.



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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




**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN POBLACIÓN FEMENINA  
OBESA DE 20 A 59 AÑOS DE LA UMF No. 2  
CHAMPOTON.**

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

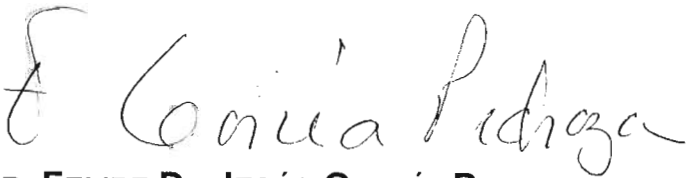
**PRESENTA:**

**DRA. SILVIA BÁEZ CORTÉS**

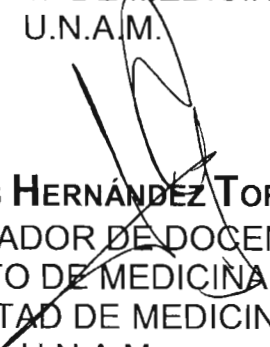
**AUTORIZACIONES**



**DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA**  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.



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



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

**FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN POBLACIÓN FEMENINA  
OBESA DE 20 A 59 AÑOS DE LA UMF No. 2  
CHAMPOTON.**

## DEDICATORIAS

A **Dios** que me permitió iniciar y terminar una etapa más en mi vida.

A mis queridos Padres **Sr. Pedro Báez Salas y Sra. Amelia Cortés Cortés**, por su amor incondicional, enseñándome con el ejemplo los valores para la superación.

A mis adorados hijos: **Luis Daniel, Victoria y Verónica** por ser el impulso vital para mi superación personal y profesional.

A mis apreciados tíos **Rogelio Cortés Cortés y Rubén Heriberto Acosta Alcantar**, por su valioso apoyo para la realización de este trabajo, pero sobre todo por estar ahí en los momentos más difíciles.

A mi asesora **M en C Haydee Cabrera Reyes** por sus apreciables enseñanzas, y trascendentes sugerencias durante la redacción de este trabajo.

A mi profesora titular **M en C Roxana del R. González Dzib** por su ejemplo de profesionalismo, así como por sus consejos, opiniones y comentarios, durante mi formación como **Especialista en Medicina Familiar**.

A mis **Compañeros y Amigos** por el aprendizaje continuo, crítico, constructivo y enriquecedor en nuestra formación profesional.

## ÍNDICE GENERAL

1. Marco teórico .....	9
2. Planteamiento del problema.....	15
3. Justificación.....	16
4. Objetivos.....	17
5. Metodología.....	18
6. Resultados.....	24
7. Discusión.....	27
8. Conclusiones.....	29
9. Referencias bibliográficas.....	31
10. Anexos.....	36



## RESUMEN

**Objetivo.** Conocer la frecuencia de depresión en la población femenina obesa de 20 a 59 años que acuden a la consulta externa de medicina familiar en la UMF No. 2 de Champotón, Campeche.

**Metodología.** Estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo, en 342 mujeres obesas de 20 a 59 años. Para calificar la frecuencia de depresión se utilizó la Escala de Autoevaluación de Zung.

**Resultados.** La media de edad fué de  $42 \pm 11.3$ . La frecuencia de depresión se presentó en un 54.1%, se encontró Depresión leve 34.5%, moderada 18.7% y severa 0.3%. El grupo de edad que presentó más frecuencia de depresión 31.2 % fué el de 40 a 49 años. El 52.6% de las mujeres obesas correspondió a la obesidad de 2º grado.

**Conclusiones:** La depresión es un padecimiento frecuente en la población femenina obesa que acude a la UMF 2 Champotón, Campeche; por lo que se sugiere la búsqueda de ésta, en forma intencionada, recomendándose, el uso del Test de zung por la facilidad de aplicación.

## SUMMARY

**Objective:** To know the frequency depression in the obese feminine population of 20-59 years that go to the external Familiar Medicine consultation in the UMF N° 2 of Champotón, Campeche.

**Methodology:** Observational, descriptive, cross-sectional study and prospective, in 342 obese women of 20 to 59 years. In order to describe the frequency as depression the scale of autoevaluation of Zung was used.

**Results:** The average age was of  $42 \pm 11.3$ . The depression frequency appeared in a 54.1 %, was depression weighs 34.5 %, moderate 18.7 % and severe 0.3 %. The group that presented displayed but frequency of depression 31.2 % was the one of 40 to 59 years. The 52.6 % of the obese women corresponded to the obesity of 2° degree.

**Conclusions.** The depression is a frequent suffering in the obese feminine population that goes to UMF 2 of Champotón, Campeche; reason Why the search of this one is suggested, in deliberate form, recommending itself, the use of the Test of Zung by the facility of the application.

## MARCO TEÓRICO

Todavía esta en discusión si la obesidad es o no una enfermedad; Lo importante es que es una condición epidémica, metabólica, crónica, heterogénea siendo el principal factor de riesgo para el desarrollo de las enfermedades crónicas en los adultos.<sup>1</sup>

La obesidad es una enfermedad crónica, multicausal,<sup>2</sup> en la que destacan: Patrones de conducta sedentarios y la ingesta excesiva de grasas en la dieta alimentaria.<sup>3</sup> Se caracteriza por exceso de grasa en el organismo, la NOM-174-SSA1-1998 determina la existencia de obesidad cuando el índice de Masa Corporal (IMC) es mayor de 27 unidades y en la población con talla baja (mujer adulta con menos de 1.50 m. y hombre adulto con menos de 1.60 m.) mayor de 25.<sup>4</sup>

En 1998 la organización Mundial de la Salud (OMS) denominó a la obesidad como una epidemia mundial la cuál se ha triplicado en menos de 2 décadas.<sup>5</sup> Se estima que para el año 2010 tendremos de 8 a 14 millones de mexicanos en franca obesidad.<sup>6</sup>

Actualmente la obesidad a nivel mundial representa uno de los principales problemas de salud, no sólo por el aumento de su prevalencia, sino por el incremento en el grado de obesidad entre quienes la padecen.<sup>7</sup> Sin embargo la obesidad no sólo se presenta en la "forma física", sino también en las actitudes y emociones. Uno de los factores más importantes y que retroalimentan a la obesidad es la pérdida de la autoestima, la cuál puede llevar al paciente obeso a un cuadro de depresión, con menosprecio de su imagen corporal, mayor prevalencia de sentimientos de frustración y humillación.<sup>8</sup>

Una de las secuelas más importantes de la obesidad son las implicaciones sociales, debido a que en la sociedad actual la persona con obesidad no es aceptada y más aún si es mujer. A nivel laboral las mujeres se enfrentan a situaciones tales, en donde los conocimientos y las virtudes pasan desapercibidos respecto a una buena apariencia física, enfrentándose a prejuicios o discriminación, y son comunes los sentimientos de rechazo, vergüenza, e incluso depresión.<sup>9</sup>

En relación a los aspectos psicológicos de la obesidad, existen un sin número de teorías que mencionan factores etiopatogénicos, aunque experimentalmente las investigaciones no arrojan resultados claros y concluyentes que lo comprueben, así por ejemplo, es común la atribución psicoanalítica de que el acto de comer posee un “significado simbólico”; ya desde 1957 Kaplan y Kaplan proponían que la sobreingesta es una conducta aprendida, utilizada por los pacientes obesos como mecanismo para reducir la ansiedad,<sup>10</sup> o bien es posible considerar a la obesidad como una manifestación de neurósis con sus componentes depresogénicos, ansiedad y culpa. También se ha considerado a la obesidad como una respuesta a tensiones emocionales o bien como síntoma de una enfermedad subyacente.<sup>3</sup>

La importancia de los factores psicológicos en el diagnóstico, desarrollo y tratamiento de la obesidad son claros, por lo que el terapeuta u otro profesional a cargo del paciente obeso debe cumplir con apoyo, información, educación, fortalecimiento y facilitación de la catarsis y expresión de conflictos del paciente.<sup>11</sup> Lo anterior, porque en la mujer obesa predominan los sentimientos de tristeza, rechazo, baja estima; especialmente en lo referente a su esquema corporal, observando una imagen corporal deteriorada de sí misma, así como también presenta bajas expectativas de autoeficacia y logro.<sup>3</sup>

Aún no está claro si la obesidad conduce a la depresión, o si la depresión a la obesidad; Cano Vinedel, menciona que la obesidad está relacionada con alteraciones psicopatológicas, como la depresión<sup>12</sup> y que la presencia de depresión en el obeso hace difícil la adherencia al tratamiento.<sup>3</sup>

En México la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica estimó que 8.4% de la población ha sufrido un episodio de depresión mayor en su vida con una mediana de edad de inicio de 24 años,<sup>13</sup> según los criterios del manual diagnóstico y estadístico de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM – IV)

La depresión afecta 2 veces más a las mujeres que a los hombres, se ha documentado que las mujeres experimentan más situaciones estresantes relacionadas con la adquisición del papel femenino.<sup>14</sup> Así mismo en un estudio para determinar la Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México los resultados fueron de 5.8 % en mujeres y 2.5 % en hombres.<sup>15</sup>

Mirella Márquez, especialista en psiquiatría, señala que la obesidad es un grave problema de Salud Pública, ya que además de ser un factor de riesgo para enfermedades mortales como las cardiovasculares, el cáncer y la diabetes mellitus, es desencadenante de trastornos psicológicos que afectan la calidad de vida y el dinamismo social de la persona, impidiéndole obtener resultados favorables en la disminución de peso. Ante ésta situación, Márquez destaca la necesidad de concientizar a los médicos de Primer Nivel que atienden a los pacientes con obesidad. Además de identificar o diagnosticar de forma oportuna la depresión que con frecuencia acompaña a la obesidad; es importante recordar que no solo deben tratar a la obesidad en el área física, sino también dar énfasis al factor psicológico y/o psiquiátrico.<sup>16</sup>

La depresión es una enfermedad muy común que afecta el comportamiento, los sentimientos y los pensamientos. Cualquier persona puede padecer depresión, sin importar su sexo, raza, edad, religión, nivel económico o profesión. Sin embargo, se ha visto que ha menudo aquellas personas con obesidad presentan un cuadro depresivo. El hecho de haber probado una dieta tras otra, con ciclos de pérdida y recuperación de peso que los hacen sentir culpables, avergonzados, y criticados por su fracaso por familiares, compañeros de trabajo y profesionales de salud logrando conducir al obeso al desarrollo de nuevas patologías psiquiátricas entre la que destaca la depresión<sup>10</sup> y que cuando está acompañada de trastornos de la conducta alimentaria hacen necesario un tratamiento específico de ambas comorbilidades para lograr una adherencia satisfactoria a las indicaciones médicas y nutricionales que se describan como parte del tratamiento de la obesidad.<sup>17</sup>

Díaz<sup>18</sup> y Rojas<sup>19</sup> describen que la depresión es uno de los motivos de consulta más frecuentes en Medicina Familiar, y que cuando la depresión se acompaña de otro padecimiento orgánico se ensombrece su diagnóstico y entorpece su evolución. Se estima que para el año 2020 la depresión será la segunda causa de discapacidad y ausentismo laboral; Existe evidencia suficiente de que los trastornos depresivos tienen una base familiar,<sup>20</sup> y que aproximadamente el 25 a 30 % de los pacientes obesos que buscan tratamiento para reducción de peso padecen una marcada depresión;<sup>21</sup> parte de la cual puede ser genética y otra aprendida durante la crianza. De esta manera los hijos de padres con depresión representan un grupo de alto riesgo y un objeto para la prevención.<sup>22</sup> Aragonés y cols. mencionan que la depresión se presenta con más frecuencia en personas de menor nivel educativo.<sup>23</sup>

La obesidad es visualizada como el síntoma o la consecuencia de un problema de ajuste psicológico y social. Sin embargo, se debe de recordar que la obesidad es en si misma un estado patológico, investida de estigmas sociales, que no revierte únicamente el problema de estética corporal, sino que atenta incluso contra las cualidades emocionales, de carácter o personalidad. Así también

no sólo es el resultado de una cadena lineal causa efecto sino que es la interacción entre factores y componentes de un sistema, y que es de suma importancia considerar a la familia como parte de la problemática, ya que la familia es un sistema dentro del cual los individuos están integrados formando parte de él, actuando como un contexto genético y ambiental para el individuo obeso.<sup>21</sup> Los aspectos psicológicos y familiares juegan un papel decisivo en la producción y mantenimiento de la obesidad y por lo general nunca se abordan.<sup>11</sup>

Los criterios del éxito terapéutico deben contemplar no solo la reducción de peso como producto final, sino como un proceso continuo con resultados positivos en calidad de vida y estilo de vida menos sedentario, junto con una conciencia de enfermedad que conduzca a una evitación de las recaídas, tan frecuentes en éste proceso, pero que no signifiquen obligatoriamente un fracaso absoluto en el tratamiento.<sup>12</sup>

Vázquez y cols. Describen que durante muchos años se ha mantenido la teoría de que los obesos son personas que tienen problemas afectivos o de personalidad, que intentan aliviar mediante la conducta de comer, aunado a las condiciones ambientales, culturales y sociales en que se desenvuelve un paciente, esto influye en su funcionamiento y bienestar psicológico, físico y social.<sup>21</sup>

Montero y cols. refieren que la mayor carga que soporta el obeso es justamente la carga psicológica, problemas de índole psicosocial, producto de un conflicto entre el medio cultural y el individuo ocasionándole una actitud de rechazo tan fuerte hacia la obesidad y que el conocimiento de la existencia de estas creencias sociales producen sentimientos de culpa por ser obeso y por temor al fracaso de controlar el peso, lo cuál genera baja autoestima en áreas vinculadas con la imagen personal y la autoestima global.<sup>24</sup>

No se pueden hacer conjeturas concretas de la posible contribución de factores entre obesidad y disfunción psicológica, pero ha sido establecida claramente la relación que entre ellas hay.<sup>25</sup>



## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Se ha considerado a la obesidad como una respuesta a tensiones emocionales, así como a problemas en el área afectiva, como la baja autoestima, especialmente en lo referente al propio esquema corporal, representación psíquica consciente e inconsciente del propio cuerpo, observando una imagen deteriorada de sí misma.

El nivel de autoestima es un factor desequilibrante en el entorno psicológico de todo ser humano y pocas patologías o acontecimientos lo disminuyen tanto como la obesidad, que la conducen a un estado de depresión, la cuál es una enfermedad que afecta la percepción de una persona tanto de si misma como de los demás y también de los hechos de la vida; uno de sus síntomas es el comer en exceso y como consecuencia el aumento de peso.

Por lo anterior, se plantea la siguiente **pregunta de investigación**.

**¿Cual es la frecuencia de depresión en la población femenina obesa de 20 a 59 años de la UMF No. 2 de Champotón Campeche?**

## JUSTIFICACION

La prevalencia de la obesidad se está incrementando rápida y continua dentro de un escenario de transición epidemiológica, constituyéndose en un problema de salud pública a nivel mundial. Estudios previos realizados en México revelan que la prevalencia de la obesidad es mayor en las mujeres en un 30.9% en comparación con el hombre que presenta 21.2 % <sup>26</sup>. Se estima que para el año 2010 tendremos de 8 a 14 millones de mexicanos con en franca obesidad, <sup>6</sup> situación trascendental ya que los pacientes obesos presentan pérdida de la autoestima con menosprecio de su imagen corporal, así como de sentimientos de frustración y humillación.

La depresión vista como un síndrome se hace patente en los períodos de bajo estado de ánimo, que son persistentes y pueden manifestarse como tristeza, apatía, desánimo así como pérdida del interés e incapacidad de experimentar placer, alteraciones del sueño y de la conducta alimentaría. <sup>27</sup>

En la UMF No. 2 de Champotón, la obesidad es una de las principales causa de consulta en Medicina Familiar, con predominio del género femenino. En el mes de Junio de 2005 se efectuaron 1520 registros de IMC en pacientes femeninas de 20 a 59 años de las cuales 1064 presentaron obesidad <sup>28</sup>, de ahí deriva la importancia de identificar si existe depresión en estas pacientes obesas, ya que si esta se presenta pueden cursar con disfunciones en el ámbito familiar, repercutiendo en la salud familiar, aunado a la persistencia de la obesidad donde se forma un circulo vicioso: obesidad - depresión, depresión – obesidad; y además al ser identificadas oportunamente se les puede brindar estrategias para su manejo.

## **OBJETIVO GENERAL**

Conocer la frecuencia de depresión en la población femenina obesa de 20 a 59 años que acuden a la consulta externa de medicina familiar en la UMF No. 2 de Champotón, Campeche.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Identificar que grado de depresión se presenta con mayor frecuencia en las mujeres obesas de 20 a 59 años.
2. Determinar el grupo de edad que presenta más frecuencia de depresión , en mujeres de 20 a 59 años
3. Establecer el grado de obesidad más frecuente en la población femenina de 20 a 59 años, con depresión



## **CRITERIOS DE SELECCIÓN**

### **Criterios de inclusión**

- Población femenina de 20 a 59 años de edad
- Con obesidad

### **Criterios de exclusión**

- Pacientes embarazadas
- Pacientes bajo tratamiento con hormonales
- Pacientes con trastornos mentales

### **Criterios de eliminación**

- Escala de evaluación para depresión de Zung incompletos

### **Información a recolectar**

#### **Variable de Interés:**

Depresión

Edad

## DESCRIPCIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

### **Depresión**

-Variable cualitativa nominal

Definición:

Estado de disminución de la autoestima, acompañada por sentimientos de desesperanza e impotencia. Medida a través de la Escala de Autoevaluación de Zung para Depresión. Escala de medición Cualitativa nominal dicotómica.

Indicador:            1 = depresión                            2 = Sin depresión

### **Edad**

Variable cuantitativa discreta.

Definición

Años cumplidos al momento del estudio. Escala de medición cuantitativa de razón.

Indicador: Años cumplidos.

## PROCEDIMIENTO

Previo conocimiento y autorización del Director de la UMF No. 2 de Champotón, del comité local de investigación del IMSS HGZ No. 1 se acudió a la consulta externa de medicina familiar con el fin de obtener el nombre y el número de afiliación de los sujetos en estudio, posterior a la revisión del expediente clínico y valorar si cumplía con los criterios de selección, o por medio de entrevista directa con el paciente. Lo anterior se llevó a cabo durante el mes de Agosto de 2006.

A los pacientes seleccionados se les invitó en forma directa a participar en el estudio, citándolos a una reunión en la UMF 2, para informarles y explicarles en que consistía su intervención esta investigación. Las aceptantes firmaron la carta de consentimiento informado, (anexo 1) asegurándoles la confidencialidad de los datos.

Posteriormente se aplicó la escala del inventario de Zung – Español para identificar a la población femenina obesa que presenta depresión. Este inventario consta de 20 reactivos y se mide en una escala de valores de 4, 3, 2,1; con una puntuación máxima de 80, calificándose de la siguiente manera.<sup>29</sup>

Puntajes para la Escala de Autoevaluación para Depresión de Zung	
<50	Normal
50 – 59	Depresión leve
60 - 69	Depresión moderada
70 o <	Depresión severa

Para el presente estudio en el cual se mide la depresión en una escala nominal dicotómica los puntajes son < de 50 sin depresión y 50 a 80 con depresión.

La prueba fúe evaluada en forma independiente y a ciegas por el asesor metodológico al concluir 10 pruebas respectivamente hasta terminar con la muestra de sujetos para estudio.

Con la información obtenida del Inventario de Depresión, se creó una base de datos en DBASE III, y el análisis estadístico fué a través de paquete PPSS v 8.0



## **CONSIDERACIONES ETICAS**

El presente trabajo es una investigación con riesgo mínimo de acuerdo a la Ley General de Salud, en el capítulo II, Artículo 17, Categoría II: estudios prospectivos que emplean registro de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios, se aplicará una prueba psicológica en la que no se manipulará la conducta del sujeto.

Sin embargo se requiere de carta de consentimiento informado asegurándose la confidencialidad de los datos y el anonimato de los sujetos en estudio.

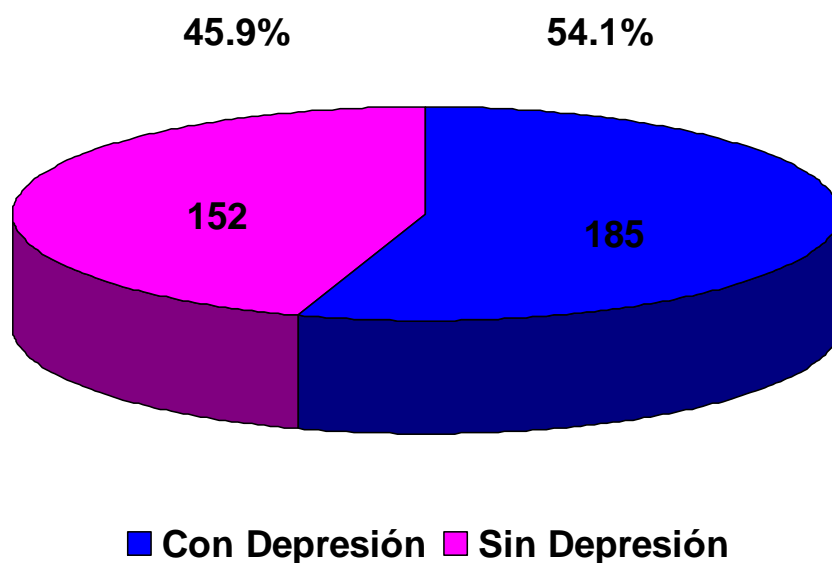
## RESULTADOS

Se estudiaron 342 mujeres obesas de 20 a 59 años de edad que acudieron a la consulta externa de la UMF N° 2 de Champotón, Campeche, con una media de edad de  $42 \pm 11.3$ .

En el presente estudio la frecuencia de depresión en la población femenina obesa fue de 54.1 % como se muestra en la gráfica 1. El nivel de depresión que predominó en este grupo es la depresión leve con 34.5 % (gráfica 2)

**Gráfica 1**

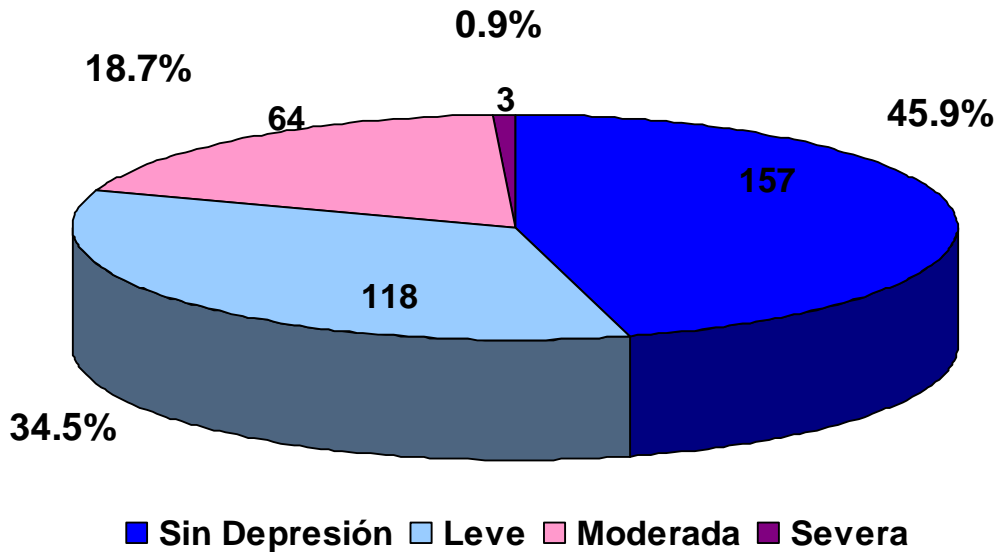
Frecuencia de depresión en la población obesa de 20 a 59 años  
N = 342



**Gráfica 2**

Niveles de Depresión

N = 342



En relación al grupo de edad que presentó más frecuencia de depresión, correspondió al grupo de **40 a 49 años**. Presentándose la siguiente distribución: (tabla 1)

**Tabla 1**

Frecuencia de depresión por grupo de edad  
N = 342

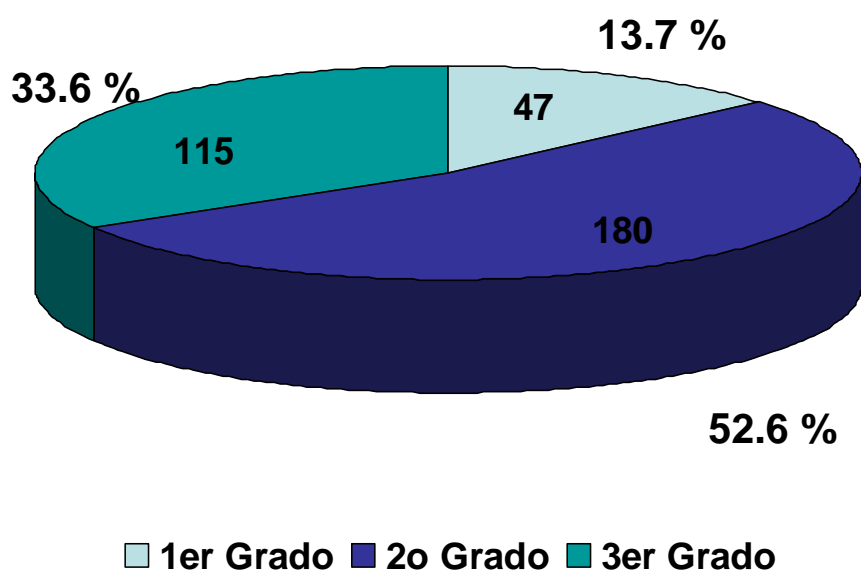
Edad	Depresión
20 a 29	18.42 %
30 a 39	23.09 %
<b>40 a 49</b>	<b>31.28 %</b>
<b>50 a 59</b>	<b>27.19 %</b>

Respecto del grado de obesidad la más significativa fué la obesidad de segundo grado con una frecuencia de **52.6 %**. (Gráfica 2)

**Gráfica 3**

Frecuencia del grado de obesidad

N = 342



## DISCUSIÓN

Los resultados de éste estudio reportan una prevalencia de depresión de **54.1 %** en la población femenina obesa de 20 a 59 años de la UMF N° 2 de Champotón Campeche; Resultados similares a los reportados por Peralta y cols. en un estudio sobre prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar en la Ciudad de México reporta una prevalencia de síntomas depresivos de 52 %. <sup>30</sup> Tapia y cols. en estudio de detección de síntomas depresivos en pacientes obesos menciona que la frecuencia de depresión fue de 68.8 %. <sup>31</sup>

Tapia y cols en el trabajo de investigación titulado: Perfil psicológico de 33 mujeres obesas consultantes a un programa de tratamiento de la obesidad llevado a cabo en Santiago de Chile durante el 2006, describe que el **39%** de estas mujeres presentaron niveles moderados de depresividad <sup>32</sup>

Casillas y cols. En estudio realizado en el la Universidad Autónoma de Baja California de Enero a mayo de 2006 titulado “A mayor IMC mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal” reporta prevalencia de depresión de **39 %** <sup>33</sup>

En relación a la edad, la media de ésta, en las pacientes estudiadas fué de **42.3 %** años, resultados similares a los encontrados por Tapia y cols. En un estudio de detección de síntomas depresivos en pacientes con obesidad, realizado en Chile en 2006 donde la edad promedio fué de **38.69** años. <sup>31</sup>

Respecto al grado de obesidad la mayor frecuencia se reportó en mujeres con obesidad de segundo grado (**52.6%**), resultado trascendente por la posible relación entre estas dos variables.

Finalmente, la depresión fue más frecuente como **depresión leve**, situación similar a la mencionada por Olmedo y cols; en su estudio de prevalencia y severidad de depresión en Estudiantes de Enfermería de la Universidad de Colima reportado en el 2006.<sup>34</sup> Así como también Vargas y cols.<sup>20</sup> mencionan que la depresión leve es la que se diagnostica con mayor frecuencia en la atención primaria.

Gómez y Ávila estudiaron en una muestra de 222 personas, encontrando una clara relación entre la obesidad y la conducta alimentaria compulsiva.<sup>35</sup> Mírza y cols. encontraron que las personas con obesidad presentan un mayor grado de insatisfacción de la imagen corporal.<sup>36</sup>

## CONCLUSION

En este estudio la depresión se presentó de manera significativa (54.1 %) situación por demás importante pues las personas con trastornos depresivos se deterioran notablemente desde el punto de vista mental, por otra parte se ha documentado que la depresión genera un alto riesgo de suicidio, así como también que su detección temprana está directamente relacionada a con una mejor evolución del padecimiento.

Aunque el nivel de depresión más revelador fué el leve (34.5 %) no se puede pasar por alto que éstas pacientes no han recibido ninguna orientación e información acerca de su patología y desde luego ningún tratamiento, lo cual las pone en riesgo de que la depresión leve que muestran evolucione a una moderada y/o severa, de no recibir tratamiento adecuado y oportuno.

En lo relacionado al grupo de edad que presentó más frecuencia de Depresión fué el de 40 a 49 años, muy probablemente condicionada por la reducción brusca de los niveles estrogénicos los cuales a menudo provocan trastornos vasomotores, cambios en el comportamiento de entre los que destacan la depresión.

En éste período de transición denominado perimenopausia el aumento de peso es un síntoma visible en el 40 a 50 % de estas mujeres.

La obesidad de 2º grado fue la que predominó con un 52.6 %, por lo que es importante que todo médico que esté en contacto profesional con un paciente obeso debe de emitir una recomendación terapéutica, ya que los pacientes ignoran su problema de obesidad, el cual es un padecimiento de gran complejidad, determinado por factores ambientales. Estos a su vez son producto de situaciones en la estructura psicológica del individuo y factores sociales que lo envuelven.

Posterior a analizar los resultados de este estudio se sugiere realizar un estudio comparativo con este universo de trabajo incluyendo variables tales como estado civil, escolaridad, tipología de familia, ciclo vital y ocupación mismas que enriquecerían el estudio y sus resultados y estar en posibilidades de plantear un abordajes y tratamiento integral para esta población que se encuentra en riesgo.

En base al alto número de pacientes obesas que presentan depresión, en este estudio, es importante la detección oportuna de síntomas depresivos para la derivación temprana al especialista, así como brindarles un tratamiento adecuado, con el enfoque preventivo dado el factor de riesgo cardiovascular como dislipidemias, hipertensión arterial diabetes mellitus y a la mortalidad que a estas se asocia.

En el área de fomento a la salud se planea formar grupos de autoayuda a pacientes obesos, en el cual se les darán recomendaciones dietéticas, físicas, así como monitorización de peso, en forma regular, tratando de involucrar tanto al paciente obeso como a el núcleo familiar, ya que el apoyo de la familia es fundamental para la reducción de peso.

Valdría a pena la utilización de Test de Zung el primer nivel de atención, ya que es donde se tiene relación directa con el núcleo familiar y que además es una herramienta ampliamente utilizada en el área psicológica y psiquiatría para medir alteraciones cognitivas y afectivas que tienen amplia relación con estados depresivos.



## BIBLIOGRAFIA

1. Sánchez L. y cols. (Junio 2001) Incidencia de obesidad en una población Mexicana. Revista de endocrinología y nutrición, (Vol. 9), No. 2,60.
2. Arellano S. y cols. (Octubre-Diciembre 2004). La obesidad en México. Posición de la Sociedad Americana de Nutrición y Endocrinología, grupo para el Tratamiento de la obesidad, Revista de endocrinología y nutrición, Vol. 12 No. 4 (Suplemento 3) ,5.
3. Seijas B. y cols. (1997) Obesidad: factores psiquiátricos y psicológicos, Boletín de la escuela de Medicina Universidad de Chile. Vol. 26 (No. 1). <http://escuela.med.puc.cl/publ/boletin/obesidadFactores.html> 21-07-2007
4. Norma Oficial Mexicana-174-SSA11998, para el manejo integral de la obesidad. Diario Oficial de la Federación 2000, Abril 12.
5. Sánchez C. y cols. (2004). Epidemiología de la obesidad. Gaceta Médica Mexicana, (Vol. 140) Suplemento No. 2, 21.
6. Villa y cols. (2004). Estimación y proyección de la prevalencia de obesidad en México a través de la mortalidad por enfermedades asociadas. Gaceta Médica mexicana Departamento de endocrinología Instituto Nacional de ciencias médicas y nutrición "Salvador Subirán Vol. 140,suplemento (No. 2004),21
7. Arellano y Cols. (2004)La Obesidad en México, Posición de la Sociedad Mexicana para el estudio y tratamiento de la Obesidad. Revista de Endocrinología y Nutrición. Vol. 12 No. 4 Sup. 3

8. Fernández L. y cols. (2004).obesidad y cirugía bariátrica: Complicaciones anestésicas. Nutrición Hospitalaria, Hospital Universitario Central de Asturias. (XIX) ,34-44.
9. Centro Nacional de información sobre la salud de la mujer. . (2006).Preguntas más frecuentes acerca de la obesidad. Recuperado 12 Enero 2006, <http://www.4women.gov/espanol/preguntas/obesity.htm #4>
- 10.Zukerfeld R. (2002). Psicoterapia Psicoanalítica y Obesidad .Revista actualizada en psicología, No. 300.2002.22-24
- 11.Silvetri y cols. (Abril 2005). Aspectos psicológicos de la obesidad. Importancia de su identificación y abordaje dentro de un enfoque interdisciplinario. Postgrado en Obesidad a distancia-Universidad de Favaloro, Chile Recuperado 11 Marzo 2006. [http://nutrinfo.com.ar/pagina/infro/ob05\\_o2pdf](http://nutrinfo.com.ar/pagina/infro/ob05_o2pdf)
- 12.Boletín de la SEAS (2001) Sociedad Española para el estudio de la ansiedad y el estrés. Num. 15,16.
- 13.Benjet y cols. (2004). La depresión con inicio temprano: prevalencia, curso natural y latencia para buscar tratamiento.(Vol. 46 No.5),16-20
- 14.Epidemiología, (2001) Sistema nacional de vigilancia epidemiológica, Secretaria de Salud. Numero 39, Vol. 18, Semana 39.

15. Bello y Cols. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. Salud Pública en México (Vol. 47 suplemento 1) 4-11
16. Márquez. Sufre depresión por Obesidad un Hombre por cada dos mujeres. Recuperado 11-Marzo-2006.  
<http://www.gordos.com/defaultSelecciones.aspx?ID=1223&titulo=Sufre-depresi%3n-por-obesidad-un-hombre-por-cada-dos> mujeres
17. García y cols (2004), Como se diagnostica la obesidad. Revista de endocrinología y nutrición, Vol. 12, No.4 sup. 3.
18. Díaz y cols. (2004) Depresión oculta en consulta externa, Rev. Cubana de Medicina Militar Vol.35, No.4 Ciudad de la Habana  
Recuperado 10-Mayo-2007  
[http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572006000400012&lng=...](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572006000400012&lng=...)
19. Rojas y Cols. (2005), Depresión: Detección y Diagnóstico en la Práctica Médica General. Universidad de Chile. Curso de educación continua en Medicina General.  
<http://www.medwarwcl/atencion/adultos/hospclinicochile2005/1/1act>
20. Vargas y cols. (2004) La capacitación del Médico Familiar en el 1er nivel de atención en el manejo de la depresión. Revista de la Facultad de Medicina UNAM Vol. 47 No. 5. pp187-191
21. Vázquez y cols. (2004) Cuáles son los problemas psicológicos, sociales y familiares que deben ser considerados en el diagnóstico y tratamiento del

paciente obeso. Revista de endocrinología y nutrición Vol. 12 No. 4 sup.3,pp. 133-142.

22. Boschetti B. (2004). La depresión y su manejo en el ámbito de la medicina familiar. Archivos de Medicina Familiar. (Vol. 6, Número 3) 61-63

23. Aragonés y cols. (2001) Prevalencia y características de la depresión mayor y la distimia en atención primaria. Vol. 27, No.3, Pág. 29-36

24. Montero. (2001) "Obesidad una visión antropológica" Facultad de medicina Universidad de Buenos Aires.

Recuperado 10-Mayo-2007

<http://www.ama-med.org.ar/obesidad/ANTROPOLOGIA%20-%20Montero.pdf>

25. Villaseñor y Cols. (2006) Salud Mental y Obesidad. Investigación en salud. Universidad de Guadalajara Vol. VIII, número 002 pp.86-90

26. Gomes y cols. (2002) Obesidad en adultos derechohabientes del IMSS Encuesta nacional de salud. Revista Médica del IMSS, (Vol.42,239), 2

27. Anguledo y cols (Junio 2005) Evaluación del componente afectivo en la depresión. Salud Mental Facultad Psicología Universidad de Granada España. Vol. 28 (No. 3), 10-15.

28. Programas integrados de salud IMSS. Junio 2005

29. Escala autoaplicada de depresión.

[http://www.depresion.psicosomag.com/esc\\_zung.php](http://www.depresion.psicosomag.com/esc_zung.php) 31-03-06

30. Peralta y cols. (2006) Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina Familiar. Revista Medica Instituto Mexicano del Seguro Social. 44 (5) 409-419.
31. Tapia y Cols. (2006) Detección de síntomas depresivos en pacientes con sobrepeso y obesidad. Revista Chilena de Nutrición. Vol. 33, No. 2 Pág. 162-169
32. Tapia y cols. (2006) Perfil psicológico en 33 mujeres Obesas consultantes en un programa de tratamiento de obesidad. Revista de Psiquiatría clínica, Santiago de Chile; 43 (2) 18-26
33. Casillas y Cols. (2006) A mayor IMC Mayor grado de insatisfacción corporal. Facultad de Medicina. Universidad autónoma de Baja California. <http://www.uady.mx/sitios/biomedic/revbiomed/pdf/rb061742.pdf>
34. Olmedo y Cols. (2006) Prevalencia y severidad de depresión en estudiantes de enfermería de la Universidad de Colima. Revista de enfermería del IMSS. 14(1):17-22
35. Mirza y Cols. (2005) Body dissatisfaction, self-esteem, and overweight inner-city Hispanic..J adolesc Health 36:267 e 16-20

**ANEXO 1**

**TEST DE ZUNG**

Cuestionario de Zung para depresión	T I E M P O				TOTAL
	Muy poco	parte	Buena parte	La mayor parte	
1. Me siento descorazonado, melancólico y triste					
2. Me siento mejor en la mañana					
3. Tengo crisis de llanto y deseos de llorar					
4. Tengo problemas para dormir en la noche					
5. Como la cantidad usual					
6. Disfruto ver conversar y estar con mujeres y hombres.					
7. Noto que estoy perdiendo peso.					
8. Tengo problemas de constipación (estreñimiento)					
9. Mi latido cardíaco en más rápido que lo usual.					
10. Me siento cansado sin razón					
11. Mi mente es tan clara como de costumbre					
12. Desarrollo mis actividades con facilidad					
13. Estoy inquieto y no logro sosegarme.					
14. Me siento optimista acerca del futuro.					
15. Estoy mas irritable de lo usual.					
16. Es fácil para mi tomar decisiones.					
17. Pienso que soy útil y necesario.					
18. Mi vida es bastante completa.					
19. Pienso que los demás estarían mejor si yo muero					
20. Aún disfruto las mismas cosas.					
<b>TOTAL</b>					

## ANEXO 2

### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Lugar y fecha: \_\_\_\_\_ por  
medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación

Titulado: **FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN POBLACIÓN FEMENINA OBESA  
DE 20 A 59 AÑOS DE LA UMF No. 2 CHAMPOTON.**

Registrado ante el comité local de investigación médica con el número 401-23-06.  
El objetivo de este estudio es: Determinar la frecuencia de depresión en población  
femenina obesa de 20 a 59 años de la UMF No. 2 Champotòn. Se me ha  
explicado que mi participación consistirá en contestar la escala del inventario de  
Zung – Español para identificar a la población femenina obesa que presenta  
depresión. Este inventario consta de 20 reactivos y se mide en una escala de  
valores de 4, 3, 2,1

Declaro que se ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos,  
inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio.  
El investigador principal se ha comprometido en darme información oportuna  
sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso  
para mí, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le  
plantee acerca de los procedimientos que se llevaron a cabo. Entiendo que  
conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo  
considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo del  
instituto. El investigador principal me a dado seguridades de que no se me  
identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y  
que de los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma  
confidencial.

Nombre y firma del paciente

Nombre del investigador principal

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Testigo

Testigo

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### Anexo 3

### HOJA DE REGISTRO DE DATOS

Numero de folio \_\_\_\_\_

#### IDENTIFICACION

Nombre \_\_\_\_\_

No. Afiliación \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_

Depresión

Nivel de depresión

Grado de depresión

Puntaje \_\_\_\_\_

Depresión:

Si = 1

No = 2

Niveles de depresión:

Leve = 1

Moderado = 2

Severo = 3

Grado de obesidad:

I grado = 1

II grado = 2

III grado = 3



## Anexo 4

### TEST DE ZUNG

#### PLANTILLA DE CALIFICACIÓN

Cuestionario de Zung para depresión	T I E M P O				TOTAL
	Muy poco	parte	Buena parte	La mayor parte	
1. Me siento descorazonado, melancólico y triste	1	2	3	4	
2. Me siento mejor en la mañana	4	3	2	1	
3. Tengo crisis de llanto y deseos de llorar	1	2	3	4	
4. Tengo problemas para dormir en la noche	1	2	3	4	
5. Como la cantidad usual	4	3	2	1	
6. Disfruto ver conversar y estar con mujeres y hombres.	4	3	2	1	
7. Noto que estoy perdiendo peso.	1	2	3	4	
8. Tengo problemas de constipación (estreñimiento )	1	2	3	4	
9. Mi latido cardíaco en más rápido que lo usual.	1	2	3	4	
10. Me siento cansado sin razón	1	2	3	4	
11. Mi mente es tan clara como de costumbre	4	3	2	1	
12. Desarrollo mis actividades con facilidad	4	3	2	1	
13. Estoy inquieto y no logro sosegar me.	1	2	3	4	
14. Me siento optimista acerca del futuro.	4	3	2	1	
15. Estoy mas irritable de lo usual.	1	2	3	4	
16. Es fácil para mí tomar decisiones.	4	3	2	1	
17. Pienso que soy útil y necesario.	4	3	2	1	
18. Mi vida es bastante completa.	4	3	2	1	
19. Pienso que los demás estarían mejor si yo muero	1	2	3	4	
20. Aún disfruto las mismas cosas.	4	3	2	1	
TOTAL					