



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N^o 33 "EL ROSARIO"**

**"FRECUENCIA DE DEPRESIÓN EN LAS MUJERES CON OBESIDAD DE 20 A
40 AÑOS DE EDAD EN LA UMF 33 EL ROSARIO, IMSS"**

TESIS

PARA OBTENER EL TITULO DE:

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A:

**DRA. BEATRIZ HERNANDEZ TAPIA
MEDICO RESIDENTE DE 3^{er}. AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR**

ASESOR DE TESIS:

**DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR**

FEBRERO 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.

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NORTE DEL DF
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N° 33
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD**

**DRA. MÓNICA ENRIQUEZ NERI
ENCARGADA DE LA COORDINACION CLINICA DE EDUCACIÓN E
INVESTIGACIÓN EN SALUD DE LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”**

**DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR Y ASESOR DE TESIS DE LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”**

**DRA. MÓNICA SANCHEZ CORONA
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA
FAMILIAR Y ASESOR DE TESIS DE LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”**

**DRA. BEATRIZ HERNÁNDEZ TAPIA
INVESTIGADOR PRINCIPAL
MEDICO RESIDENTE DE 3^{er} AÑO DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN
MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF No. 33 “EL ROSARIO”**

AGRADECIMIENTOS

A DIOS... por regalarme esta vida

A TI Genaro, mi amor, mi esposo, mi cómplice... TE AMO

*A mis padres María Abad Tapia Bueno y Raúl Hernández Velázquez
por su amor, apoyo y confianza
LOS AMO, ADMIRO Y RESPETO*

*A mis hermanos Mónica y Juan Raúl por ser mis grandes compañeros de vida,
por su amor incondicional
LOS AMO*

A mis TODOS mis Maestros... por su sincero compromiso con mi aprendizaje

A mis amigos por su apoyo... siempre

UNAM e IMSS... Las nobles instituciones donde me he formado y tengo orgullo de pertenecer

MUCHAS GRACIAS A TODOS

INDICE

1. RESUMEN	pág. 1
2. ANTECEDENTES	pág. 3
3. AGRADECIMIENTOS	pág. 4
4. TITULO	pág. 5
5. RESUMEN	pág. 7
6. INTRODUCCION	pág. 8
7. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	pág. 16
8. JUSTIFICACION	pág. 17
9. OBJETIVO GENERAL	pág. 18
10.OBJETIVOS ESPECIFICOS	pág. 19
11.DESCRIPCION DEL ESTUDIO	pág. 20
12.RESULTADOS	pág. 23
13.DISCUSION	pág. 39
14.CONCLUSIONES	pág. 41
15.ANEXOS	pág. 43
16.BIBLIOGRAFIA	pág. 46

Hernández TB, Morelos-Cervantes MC. Frecuencia de depresión en las mujeres con obesidad de 20 a 40 años de edad, UMF 33, El Rosario, IMSS, 2010.

INTRODUCCION: Mucho se ha discutido si el paciente obeso padece problemas psicológicos y psiquiátricos con una frecuencia diferente al resto de la población. Los resultados de distintos estudios han sido contradictorios. **OBJETIVO:** Identificar la frecuencia de depresión en mujeres obesas de 20 a 40 años de la Unidad de Medicina Familiar 33 del IMSS. **DISEÑO:** Estudio transversal, descriptivo, y observacional, prolectivo. **PACIENTES Y METODOS:** Se estudiaron 255 mujeres con obesidad de 20 a 40 años de edad usuarias de la UMF 33, IMSS, se determinó su IMC así como aplicación cuestionario de depresión de Zung, evalúa ausencia o presencia de depresión en grado leve moderada o grave, así como características sociodemográficas como edad, ocupación, escolaridad y estado civil. **RESULTADOS:** Se encontró que la frecuencia de depresión fue de 69%, con un total de 176 pacientes con depresión y 79 con ausencia de depresión. La depresión leve fue más frecuente en las pacientes con obesidad grado I (IMC de 30-34.9) con 30.9%, y la frecuencia de depresión moderada y grave fue mayor en las pacientes con obesidad grado II (IMC 35-39.9), con porcentajes de 9.8 % y 6.2 %. **CONCLUSIONES:** Se identificó la frecuencia alta de depresión en sus distintos grados en pacientes obesas en nuestra UMF. El cuestionario de Zung es una herramienta útil por su comprensión sencilla.

PALABRAS CLAVE: Obesidad, depresión, mujeres.

INTRODUCCION

La obesidad es una enfermedad crónica, compleja y multifactorial, que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia. Su importancia radica tanto en la morbilidad que se le asocia como en la mortalidad que conlleva. Tiene su origen en una interacción genética y ambiental (genética, neuroquímica, metabólica, celular, hormonal, psicológica, social y cultural) ⁽¹⁾ siendo más importante la parte ambiental o conductual, que se establece por un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. La incidencia y prevalencia de la obesidad han experimentado un notable aumento en todos los países industrializados incluso de Europa como es el caso de España, desde mediados del siglo pasado. ⁽²⁾ Es una enfermedad cada vez más frecuente en los países en vías de desarrollo. Los últimos cálculos de la OMS indican que en 2005 había 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 2005 había en todo el mundo al menos 20 millones de menores de 5 años con sobrepeso. ⁽³⁾ Actualmente la obesidad es considerada una epidemia en gran parte del mundo. La obesidad en mujeres mayores de 20 años actualmente es de aproximadamente 70% según la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT). ⁽⁴⁾ El empeoramiento de la calidad de vida, la discriminación y problemas de autoestima, son otros aspectos de gran importancia. El impacto que la obesidad produce actualmente sobre la aparición de comorbilidades asociadas es incalculable por la formidable magnitud de sus dimensiones. Por sexo, las prevalencias de obesidad fueron mayores en la mujer, especialmente en la región norte de nuestro país. ⁽⁵⁾ La etiología de la obesidad es multifactorial, destacando la predisposición genética, alteraciones del balance energético y factores socio-ambientales tales como disponibilidad de alimentos, dieta y la reducción de la actividad física.

Los mecanismos fisiológicos que regulan la homeostasis energética implican de manera necesaria una relación recíproca entre los procesos de regulación del hambre y los de regulación de la saciedad. Es decir, cuando el individuo come, debe haber un mecanismo que le indique cuándo iniciar el consumo y otro para concluirlo. El organismo reconoce la ingestión mediante receptores mecánicos y químicos localizados en el aparato gastrointestinal. Estas señales se transforman en impulsos nerviosos que se integran mediante fibras aferentes del nervio vago, para después dirigirse al núcleo del conducto solitario. En esta zona, la respuesta consiste en aumentar o disminuir la ingestión de alimentos y ajustar el metabolismo basal, según el gasto energético para mantener el peso corporal. Existen dos vías de homeostasia energética: 1) a corto plazo relacionada con la ingestión de alimentos, y 2) a largo plazo, que permite regular la cantidad de grasa corporal. La regulación del equilibrio energético a corto plazo es un mecanismo de control que implica, principalmente, señales de saciedad, cuya función es inhibir el apetito; por tanto, permite el inicio y la terminación de la ingestión en un periodo correspondiente a una comida. Entre las señales de saciedad se encuentran: neuromecánicas (distensión gástrica e intestinal que provocan una sensación de plenitud física), neuroendocrinas (colecistocinina, bombesina y glucagón que disminuyen el apetito y, por tanto, la ingestión de alimentos), neurobioquímicas (oxidación de ácidos grasos y contenido de glucógeno hepático, indicativos del estado metabólico tisular) y bioquímicas nutricionales (concentración de aminoácidos y glucosa sanguínea: señales aferentes procedentes de los productos de la digestión).⁽⁶⁾

Se han identificado más de 360 genes involucrados en su fisiopatología; sin embargo, el rápido incremento en la prevalencia de obesidad no es explicado exclusivamente por cambios genéticos ya que el pool de genes sufre modificaciones que pueden tardar miles de años en expresarse. Se ha sugerido que hasta el 50% de la variabilidad del peso corporal obedece a factores

genéticos. Así, una importante proporción de la variabilidad del peso está relacionada con factores ambientales. La dieta tiene un rol importante y la grasa dietaria es el macronutriente más involucrado debido a su alto valor calórico y al débil efecto en la señalización de saciedad y por lo tanto en supresión del apetito. Sin embargo, la prevalencia de obesidad ha ido en aumento aun cuando el promedio de ingesta calórica se ha estabilizado e incluso reducido en algunas poblaciones. El estilo de vida moderno, con una importante disminución de la actividad física, juega un rol al menos tan importante como la dieta. La tendencia en algunos marcadores de inactividad (número de autos por hogar, horas frente a la televisión o el computador) muestran un aumento paralelo al incremento de las tasas de obesidad.

La obesidad es una enfermedad crónica caracterizada por el aumento de la grasa corporal, que se asocia a riesgo para la salud. Su diagnóstico se basa en el cálculo del índice de masa corporal (IMC) [$\text{Peso (kg)}/\text{Talla}^2 \text{ (m)}$] y, de acuerdo a su severidad, se clasifica en obesidad leve o sobrepeso, obesidad moderada, severa y mórbida. El IMC se correlaciona en forma significativa con la morbi-mortalidad. Un IMC de $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ es el umbral para la identificación de pacientes con riesgo de desarrollar comorbilidades, principalmente diabetes mellitus, hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares. Más de 80% de las muertes ocasionadas por comorbilidades asociadas a la obesidad ocurren con un $\text{IMC} \geq 30 \text{ kg}/\text{m}^2$.

La organización mundial de la salud define el sobrepeso como un IMC igual o superior a 25, y la obesidad como un IMC igual o superior a 30. Estos umbrales sirven de referencia para las evaluaciones individuales, pero hay pruebas de que el riesgo de enfermedades crónicas en la población aumenta progresivamente a partir de un IMC de 21. ⁽³⁾

La historia clínica es fundamental en la evaluación de un paciente obeso. Debe estar orientada a detectar aquellos factores que contribuyen a desarrollar obesidad, tales como la dieta, inactividad física, historia familiar y patologías o medicamentos que favorecen un incremento de peso.

Existen muchas investigaciones que demuestran la relación que tiene la obesidad con complicaciones médicas (síndrome metabólico y diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, dislipidemias, enfermedades cardiovasculares, problemas osteoarticulares, infertilidad y algunos tipos de cáncer) ⁽⁷⁾; sin embargo, poco se sabe sobre la relación que se tiene entre esta enfermedad y problemas de depresión.

Synnott A (1992), considera que los cuerpos han sido diferentes siempre, no sólo físicamente, sino socialmente; señala que el cuerpo puede ser amado u odiado, bello u horrible, sagrado o profano. Las ideas sobre lo que es, lo que significa, su valor moral, el valor de sus partes constitutivas, sus límites, su utilidad social y valor simbólico, cómo se define física y socialmente, varían ampliamente de cultura a cultura y han cambiado dramáticamente en el tiempo. La palabra “cuerpo” puede entonces significar diferentes realidades o percepciones de la realidad. ⁽¹⁾

Los problemas psicopatológicos y trastornos psiquiátricos que acompañan a la obesidad se pueden considerar factores causales, complicaciones o enfermedades intercurrentes, así como un componente inevitable de su tratamiento. La obesidad, por sí misma, no es un trastorno psiquiátrico; sin embargo, la alta prevalencia de psicopatología en los pacientes obesos y la mayor tasa de padecimientos psiquiátricos entre los mismos, que buscan la ayuda médica, en comparación con la población general. Mucho se ha discutido si el paciente obeso padece problemas psicológicos y psiquiátricos con una frecuencia diferente al resto de la población. Los resultados de distintos estudios han sido

contradictorios. Otra discusión se ubica en el papel que juegan los problemas psicológicos o psiquiátricos presentes en el paciente obeso en la patogenia de su enfermedad, así como en las dificultades que el paciente tiene para seguir las propuestas de cambios en estilo de vida y dieta. Nuevamente no hay una respuesta universal. Sin embargo, queda claro que la presencia de depresión y trastornos de la conducta alimentaria hacen necesario un tratamiento específico de los mismos para lograr una adherencia satisfactoria a las indicaciones médicas y nutricionales que se prescriban como parte del tratamiento de la obesidad. ⁽⁸⁾

El diagnóstico del paciente obeso es particularmente difícil. A la fecha, el problema biológico del obeso es el mejor caracterizado. A pesar de ello, debe subrayarse que el proceso de diagnóstico, en la inmensa mayoría de los casos, se limita a evaluar las comorbilidades de la obesidad. Alteraciones tales como la intolerancia a los carbohidratos, la diabetes mellitus, las dislipidemias, la hipertensión, la hiperuricemia, el hipogonadismo, etc., constituyen los problemas metabólicos más frecuentemente encontrados. El correcto diagnóstico de estas alteraciones y de otros problemas frecuentes en el paciente obeso, tiene sin dudas, beneficios potenciales para el paciente. El diagnóstico y tratamiento de los mismos, en algunos casos puede motivar al paciente para que tenga una mejor adherencia al tratamiento de la obesidad. Por otra parte los diagnósticos de trastornos de la conducta alimentaria y del estado emocional del paciente obeso pueden resultar primordiales para establecer estrategias de tratamiento. Actualmente la depresión ocupa el cuarto lugar entre las enfermedades más incapacitantes, se estima que para el año 2020 será la segunda causa de morbilidad. En la Ciudad de México existe una prevalencia de 8 episodios por cada 100 habitantes entre los 18 y los 65 años de edad. Se considera que en la depresión hay una disminución en la sensibilidad de los receptores postsinápticos, adrenérgicos beta y 5-hidroxitripyamina tipo 2 (5-HTA). La disminución de serotonina y sus catabolitos están relacionados directamente con los síntomas depresivos.

La tendencia suicida en la depresión se ha relacionado con una disminución de 5-HTA en el líquido cefalorraquídeo. Aparentemente el aumento en los niveles de dopamina se asocia al síndrome maníaco y la disminución en los niveles del mismo neurotransmisor a la depresión. En cuanto a la prevalencia de ansiedad y depresión, ésta parece ser mayor que en la población no obesa. La disfunción sexual y de pareja se ha informado como más frecuente que en la población no obesa. De cualquier manera parece claro que sin poder precisar si las alteraciones de la conducta alimentaria y otros problemas psicológicos y psiquiátricos del obeso son causa o consecuencia de la obesidad, éstos finalmente resultan determinantes para el mantenimiento y progresión de la obesidad. ⁽⁹⁾

Algunos estudios demuestran que la frecuencia de depresión con obesidad afecta principalmente a las mujeres, en el Hospital Ángeles del Pedregal se valoraron 296 pacientes obesos (entre 18 y 79 años) que acuden a una clínica de control de peso con la finalidad de observar los niveles de ansiedad, depresión y el tipo de calidad de vida que perciben, al realizar una comparación por sexo y los niveles de depresión de Beck se obtuvo una $p = .007$, comprobando así que existen diferencias significativas entre hombres ($X = 10$) y mujeres ($X = 13$) y síntomas depresivos; teniendo mayores síntomas las mujeres ⁽¹⁰⁾ y en algunos estudios se ha observado que es todavía más frecuente en mujeres casadas. ⁽¹¹⁾

En un estudio en la UMF de la ciudad de México se encontró que existe alta prevalencia de depresión en la mujer adulta de 20 a 39 años, esta fue del 47%, en cuanto a la escolaridad menciona que el número de pacientes con depresión fue mayor en las pacientes con \geq Secundaria completa 65 (69.8%) en comparación con las de \leq Secundaria incompleta 28 (30.1%), además se puede detectar las pacientes con trabajo no remunerado presentan una frecuencia de 48.7% en comparación con las que lo tienen con frecuencia de 43.7%. ⁽¹²⁾

Hay diferentes enfoques para explicar el mayor índice de depresión en las mujeres, una opinión sugiere que la depresión se presenta en las mujeres por la discriminación social que les impide obtener poder, según este enfoque la desigualdad social entre hombres y mujeres conduce a estas a la dependencia, baja autoestima y depresión. Otro enfoque hace alusión a la indefensión aprendida, que considera que las imágenes estereotipadas de hombres y mujeres producen a las mujeres un conjunto de valores clásicos que se refuerzan por las expectativas sociales.

En otros estudios de tipo psicológico se demuestra que la disminución de la obesidad proporciona incremento de la autoestima lo que contribuye en muchos casos a disminuir el riesgo de depresión. ⁽¹³⁾

En Minnesota (2006) fueron evaluadas 33 mujeres mediante el Cuestionario Multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI), el inventario de Beck para depresión (BDI), la escala de alexitimia de Toronto (TAS), el test de Rorschach y una encuesta para determinar: peso, talla, índice de masa corporal, conducta alimentaria y motivación para el tratamiento. Cabe destacar que en cuanto a los puntajes totales BDI, si bien a nivel descriptivo se tiende a mostrar un mayor promedio de presencia de sintomatología depresiva entre mujeres (promedio=28,17), que entre hombres (promedio=23,88), las diferencias no son significativas a nivel estadístico ($t = -1,47$, $p = 0,152$). ⁽¹⁴⁾

En un estudio en España en el que se analizó el efecto de la obesidad sobre la calidad de vida se intensifica y aparece como significativa la relación entre obesidad y las dimensiones de actividades cotidianas y de ansiedad/depresión es más frecuente en las mujeres. En las mujeres con IMC obesidad 1 ($30 \geq \text{IMC} < 35$) - 0,0123 e IMC obesidad_2 ($\text{IMC} \geq 35$) 0,0501 con significancia estadística del 90% mayor para datos de ansiedad/depresión. Con alto impacto en la calidad de vida.

⁽¹⁵⁾

La Escala Autoaplicada de Depresión de Zung (Self-Rating Depression Scale, SDS), desarrollada por Zung en 1965, fue traducida y validada al castellano por Conde. Mucho más sencilla de manejar y más objetivable que la escala de Hamilton para depresión por cuanto se trata de un cuestionario autoaplicado de 20 preguntas, a las que se responde según los síntomas sean muy raros o muy frecuentes, de 1 a 4 en los negativos (depresivos) o inversamente, de 4 a 1 en los positivos (de ánimo conservado). Valores inferiores a 28 se consideran normales mientras que los superiores indican depresión: leve de 28 a 41, moderada de 42 a 53 y grave por encima de este da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Fue probablemente una de las primeras en validarse en nuestro país y ha tenido una amplia difusión. Se evaluará mediante la siguiente escala de resultados: menor o igual de 28= ausencia de depresión, entre 28 y 41= depresión leve, entre 42 y 53= depresión moderada, mayor o igual de 53= depresión grave. ⁽¹⁶⁾

Por lo anterior de acuerdo a que las investigaciones no han sido contundentes en cuanto a descripción de la frecuencia de depresión en pacientes con obesidad y sobre todo en mujeres, es que surge la necesidad de conocer esta frecuencia en nuestra UMF No 33, con ayuda del instrumento de evaluación de depresión antes mencionado, y así poder mejorar la atención de acuerdo a los resultados.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La obesidad es una enfermedad cuyo etiología es multifactorial, del mismo modo su tratamiento. Actualmente México se encuentra en el primer lugar en cuanto a esta enfermedad. La obesidad en mujeres mayores de 20 años actualmente es de aproximadamente 70%.⁽⁴⁾ El tratamiento deber ser integral ya que es la base para múltiples complicaciones de tipo biopsicosocial, en el cual también se consideren los problemas a nivel psiquiátrico. Por lo que es indispensable conocer la frecuencia de depresión. De este modo podremos saber cual es la importancia de tener métodos de tratamiento que no únicamente se refieran al aspecto higiénico-dietético sino también a la higiene mental por lo que surge la siguiente pregunta para realizar nuestra investigación:

¿Cuál es la frecuencia de depresión en mujeres obesas de 20 a 40 años, de la Unidad de Medicina Familiar numero 33 del IMSS?

JUSTIFICACION

La obesidad es una enfermedad muy frecuente en nuestro país además de que es un factor que predispone a múltiples enfermedades tanto físicas como psicológicas sobre en las cuales también se ha descrito la mayor frecuencia en mujeres en México ⁽¹⁰⁾ por lo que es indispensable conocer la frecuencia de depresión en mujeres con obesidad en nuestra UMF No 33 para así poder saber realmente cual es el impacto que esta teniendo esta enfermedad en nuestra unidad, ya que no se cuenta en nuestra unidad con este estudio. De este modo surge la inquietud de saber la frecuencia en nuestra UMF por lo que se aplicará un instrumento para evaluar la depresión en mujeres obesas en nuestra unidad mediante el instrumento cuestionario de depresión de Zung.

OBJETIVO GENERAL

Se identificó la frecuencia de depresión en mujeres obesas de 20 a 40 años de la Unidad de Medicina Familiar 33 del IMSS.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Se identificó la edad de las mujeres de 20 a 40 años, obesas, en la UMF 33 del IMSS.
2. Se identificó la escolaridad de las mujeres de 20 a 40 años, con obesidad, en la UMF 33 del IMSS.
3. Se identificó la ocupación de las mujeres de 20 a 40 años, con obesidad, en la UMF 33 del IMSS.
4. Se identificó el estado civil de las mujeres de 20 a 40 años, con obesidad, en la UMF 33 del IMSS.
5. Se identificó el peso en kilogramos de las mujeres de 20 a 40 años, con obesidad, en la UMF 33 del IMSS.
6. Se identificó la talla en centímetros de las mujeres de 20 a 40 años, con obesidad, en la UMF 33 del IMSS.
7. Se identificó el Índice de Masa Corporal de las mujeres de 20 a 40 años, con obesidad, en la UMF 33 del IMSS.
8. Se identificó la ausencia de depresión o la presencia y el grado de la misma, en mujeres de 20 a 40 años con obesidad, en la UMF 33 del IMSS.

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, prolectivo, descriptivo, en la Unidad de Medicina Familiar 33 del Instituto Mexicano del Seguro Social la cual es una unidad de primer nivel de atención, que cuenta con 27 de aproximadamente 3000 pacientes cada uno. Con autorización por el Comité Local de Investigación de nuestra UMF. Se llevó a cabo conforme a los aspectos éticos que rigen a toda la investigación. Teniendo como principal exponente a la Declaración del Helsinki que fue adoptada por la XVII Asamblea Médica Mundial. (Helsinki, Finlandia) en 1975 y enmendada por la 52 asamblea general, Edimburgo, Escocia, Octubre 2000, esta como una propuesta de principios éticos y a otras personas que realizan investigación medica en seres humanos. Los conocimientos y la conciencia del medico han de subordinarse al cumplimiento de este deber. Las pacientes fueron tomadas del universo total de este grupo de edad que fue de 11, 484. Tamaño del universo 11484, error máxima de 5% , estimado de muestra del 50%. Nivel deseado 95T, tamaño de la muestra 371.756. La obesidad en mujeres mayores de 20 años actualmente es de aproximadamente 70% para este grupo de edad por lo que la muestra total será de 259 mujeres con obesidad de 20 a 40 años de edad, las cuales debieron cumplir con los criterios de selección para incluirse en el estudio, las cuales acudieran a los diferentes servicios de la unidad. Posterior a determinar su peso y talla para calcular su Índice de Masa Corporal (IMC) y si este era igual o mayor de 30, clasificarlas de acuerdo al tipo de obesidad que presentaban, se les realizó el cuestionario autoaplicable de Zung para identificar la existencia o no de depresión leve, moderada o grave, además de la autorización previa por medio del llenado del consentimiento informado de la encuestada. Además de incluir la evaluación de depresión se interrogaron características como edad, escolaridad, estado civil y ocupación. Se entregó el instrumento de evaluación el cual fue contestado por las pacientes de estudio. Este instrumento mencionado consta de 20 ítems a las que se responde según los síntomas sean muy raros o muy frecuentes, de 1 a 4 en los negativos (depresivos)

ítems 1,3,4,5,8,9,10,11,15,17 o inversamente, de 4 a 1 en los positivos (de ánimo conservado) ítems 2,6,7,12,13,14,16,18,19,20.

Al terminar de recolectar los datos de las encuestas se realizaron cuadros y tablas de resultados y se utilizó estadística descriptiva por medio de promedios, porcentajes. Como último paso se analizaron los resultados y se redactaron la discusión y conclusiones correspondientes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

1. Mujeres en edad de 20 a 40 años.
2. Mujeres adscritas a la unidad de medicina familiar número 33 del IMSS.
3. Del turno matutino y vespertino.
4. Mujeres que aceptaron realizar el cuestionario
5. Sin trastornos depresivo en tratamiento
6. Sin discriminación porque presentaran alguna enfermedad crónico-degenerativa.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

1. Mujeres que no aceptaran realizar el estudio
2. Mujeres con alguna deficiencia intelectual o analfabetas.
3. Que estuvieran tomando actualmente algún medicamento antidepresivo o ansiolítico.

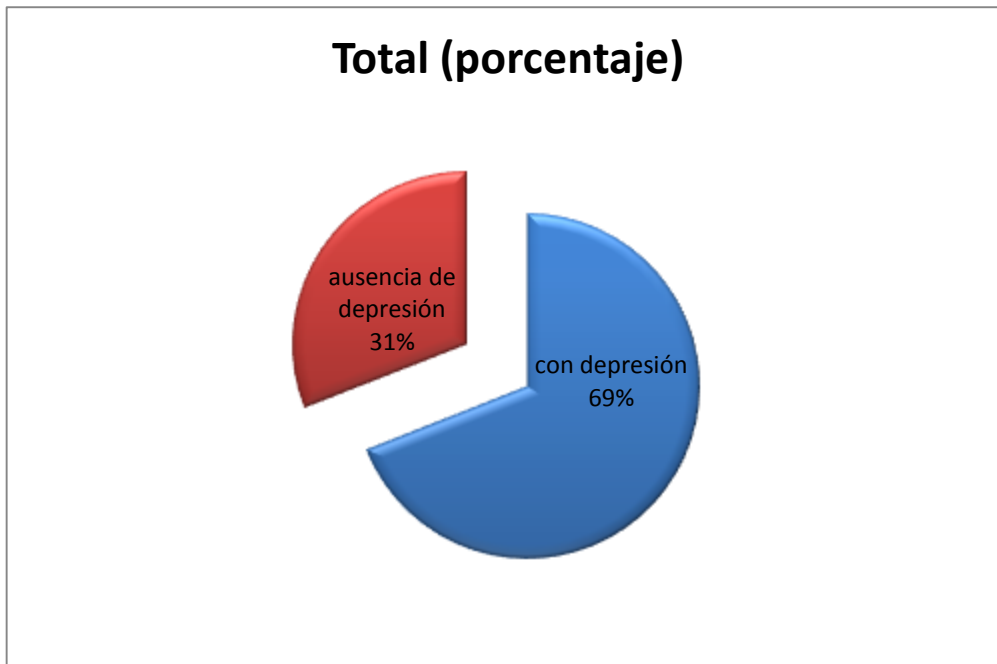
CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

1. Mujeres que contesten en forma incompleta el cuestionario de evaluación de depresión de Zung y características sociodemográficas.

RESULTADOS

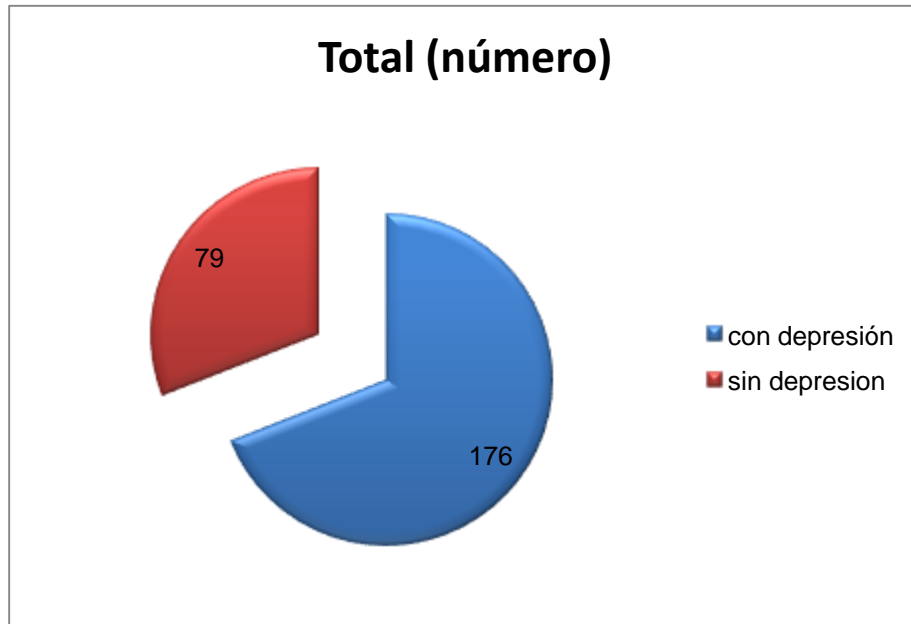
Posterior a la aplicación de las encuestas aplicadas en mujeres con obesidad de 20 a 40 años de edad, usuarias de los Servicios de Salud de la Unidad de Medicina Familiar No. 33 “El Rosario” del IMSS se obtuvieron los siguientes resultados: Se realizaron 259 encuestas, sin embargo se eliminaron 4 ya que las pacientes los contestaron en menos del 80%, por lo que fueron un total de 255 cuestionarios válidos. Se encontró que la frecuencia de depresión fue de 69%, (gráfica 1) con un total de 176 pacientes con depresión y 79 con ausencia de depresión (gráfica 2).

Gráfica 1. Total de pacientes en porcentaje



FUENTE: Encuestas aplicadas a mujeres con obesidad de 20 a 40 años en al UMF No. 33 del IMSS

Gráfica 2. Total de pacientes en número



FUENTE: Encuestas aplicadas a mujeres con obesidad de 20 a 40 años en al UMF No. 33 del IMSS

Se encontraron con obesidad grado I un total 123, de las cuales 32 con ausencia de depresión, 79 con depresión leve, 5 depresión moderada y 7 depresión grave. Con obesidad grado II un total de 87 de las cuales 34 con ausencia de depresión, 22 presentaron depresión leve, 25 depresión moderada y 6 depresión grave. Con obesidad grado III un total de 45 de las cuales 13 presentaron ausencia de depresión, 14 depresión leve, 16 depresión moderada y 2 depresión grave (Tabla 1).

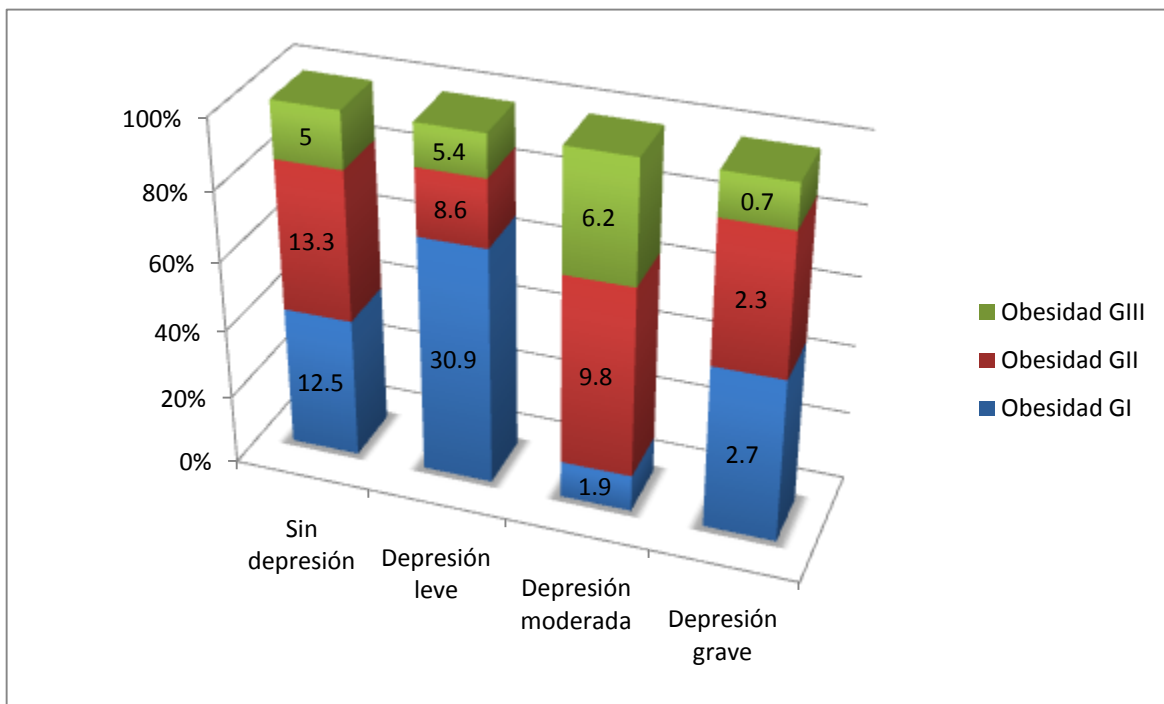
Tabla 1. Pacientes con y sin depresión en grados en relación a la obesidad en grados.

	Obesidad G I	Obesidad G II	Obesidad G III
Sin depresión	32	34	13
Depresión leve	79	22	14
Depresión moderada	5	25	16
Depresión grave	7	6	2

FUENTE: Encuestas aplicadas a mujeres con obesidad de 20 a 40 años en al UMF No. 33 del IMSS

La frecuencia de depresión leve fue mayor en las pacientes con obesidad grado I (IMC de 30-34.9) con 30.9%, y la frecuencia de depresión moderada y grave fue mayor en las pacientes con obesidad grado II (IMC 35-39.9), con porcentajes de 9.8 % y 6.2 %, respectivamente (gráfica 4).

Gráfica 4. Frecuencia de depresión según grado de obesidad.



FUENTE: Encuestas aplicadas a mujeres con obesidad de 20 a 40 años en al UMF No. 33 del IMSS

El total de pacientes de 20 a 29 años fue de 103 de las cuales 67 presentaron depresión leve, 27 depresión moderada y 9 depresión grave. El total de pacientes de 30 a 40 años de edad fue de 73 de las cuales 48 presentaron depresión leve, 19 depresión moderada y 6 depresión grave. En relación a la frecuencia de depresión sin tomar en cuenta el grado fue mayor en el rango de edad de 20-29 años con 58.5% y en el rango de 30-40 años fue de 41.4% (Tabla 3).

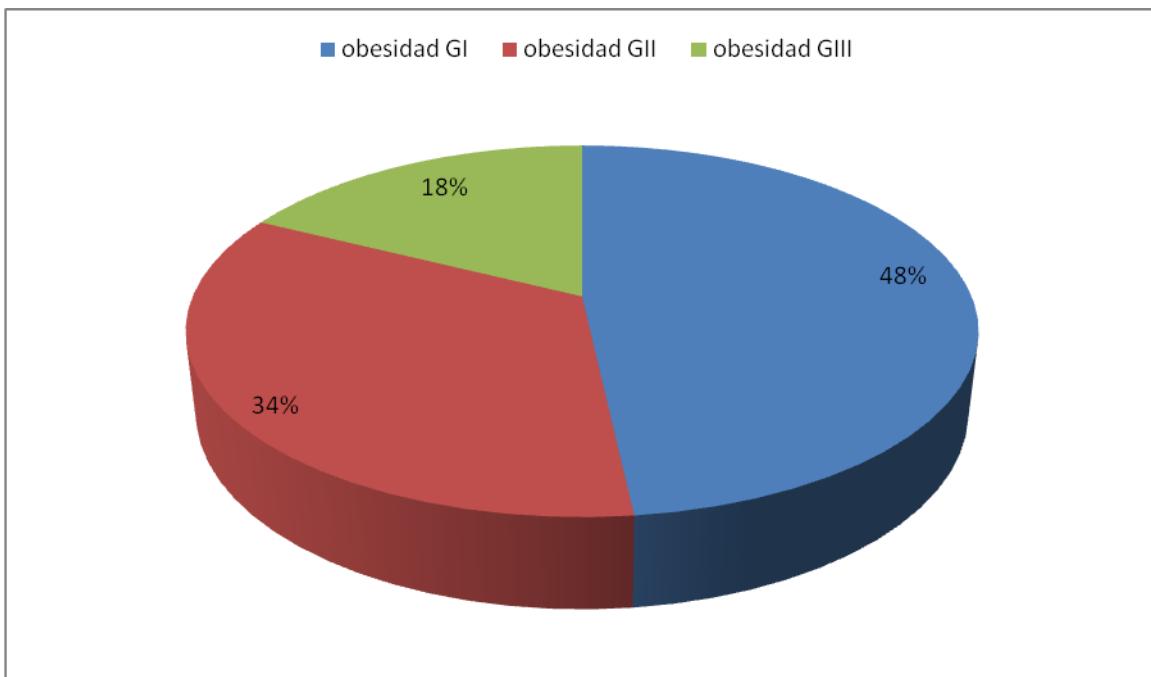
Tabla 3. Número de pacientes de acuerdo a edad y tipo de depresión.

	Depresión leve (n)	Depresión moderada (n)	Depresión grave (n)	Total en porcentaje
Edad 20-29 años	67	27	9	58.5%
Edad 30-40 años	48	19	6	41.4 %

FUENTE: Encuestas aplicadas a mujeres con obesidad de 20 a 40 años en al UMF No. 33 del IMSS

La obesidad más frecuente en el total de la muestra es el grado I con 48% (Gráfica 5).

Gráfica 5. Tipo de obesidad más frecuente (Total).



FUENTE: Encuestas aplicadas a mujeres con obesidad de 20 a 40 años en al UMF No. 33 del IMSS

El total de pacientes con depresión dedicadas al hogar fue de 130 de las cuales 86 presentaron depresión leve, 33 depresión moderada y 11 depresión grave. Empleadas 39, de las cuales en 23 se identificó depresión leve, 12 con depresión moderada y 4 con depresión grave, comerciantes 5, todas con depresión leve y profesionales 2 una con depresión leve y una con depresión moderada En relación a la frecuencia de depresión sin tomar e cuenta el grado fue mayor en hogar con 73.8%, seguida de empleada 22%, comerciante 2.8% y profesional 1.1 % (Tabla 6).

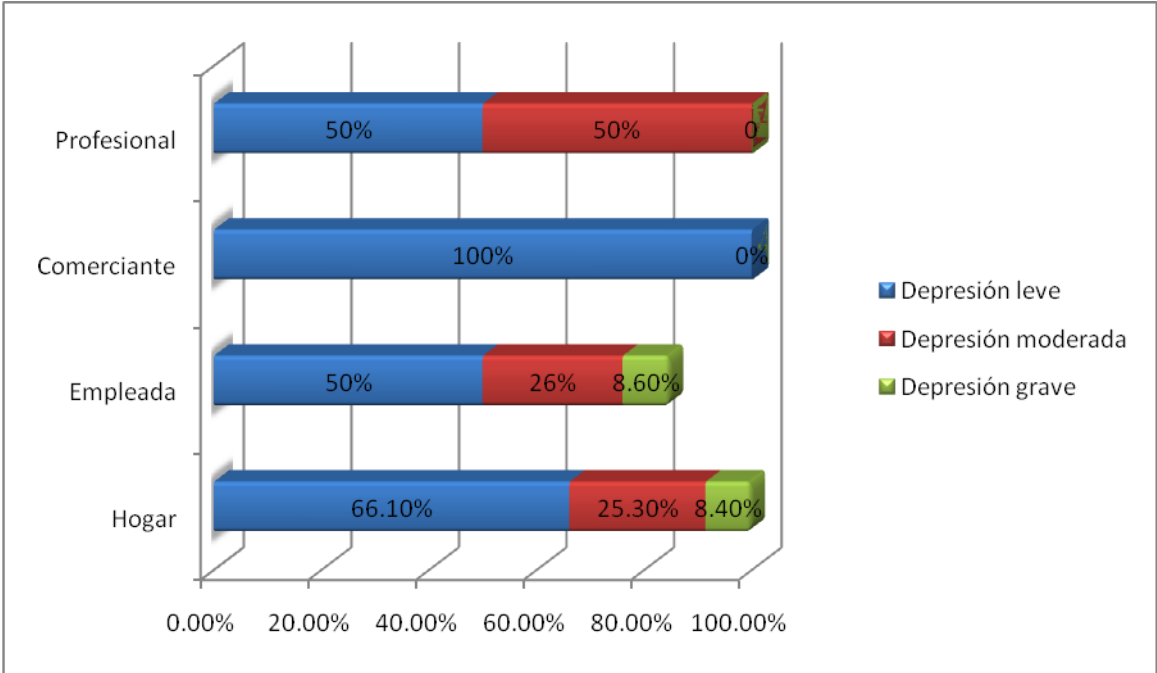
Tabla 6. Descripción de pacientes en relación a la ocupación y el grado de depresión.

	Depresión leve (n)	Depresión moderada (n)	Depresión grave (n)	Total en porcentaje
Hogar	86	33	11	73.8%
Empleada	23	12	4	22%
Comerciante	5	0	0	2.8%
Profesional	1	1	0	1.1%

FUENTE: Encuestas aplicadas a mujeres con obesidad de 20 a 40 años en al UMF No. 33 del IMSS

En relación a la frecuencia de depresión leve fue mayor en pacientes dedicadas al comercio con el 100%, y en segundo lugar en las mujeres dedicadas al hogar con una frecuencia de 66.1%, la depresión moderada fue mayor en pacientes profesionistas en las cuales fue del 50% y la depresión grave fue mayor en las pacientes empleadas (aquí se incluyeron obreras), (Gráfica 6)

Gráfica 6. Frecuencia de depresión en grados en relación a la ocupación



FUENTE: Encuestas aplicadas a mujeres con obesidad de 20 a 40 años en al UMF No. 33 del IMSS

En relación al estado civil se encontraron un total de 13 pacientes solteras de las cuales 6 presentaron depresión leve, 5 depresión moderada y 2 depresión grave, un total de 89 casadas de las cuales 50 con depresión leve, 32 con depresión moderada y 7 con depresión grave, un total de 73 en unión libre de las cuales 59 con depresión leve, 9 con depresión moderada y 5 con depresión grave, en cuanto al estado de viudez solo se encontró una paciente con depresión grave, en cuanto a la frecuencia de depresión sin tomar en cuenta el grado de severidad por estado civil es mayor para casadas con 50.5%,seguidas de unión libre con 41.4, solteras con 7.3% y viuda con 0.5% (Tabla 7).

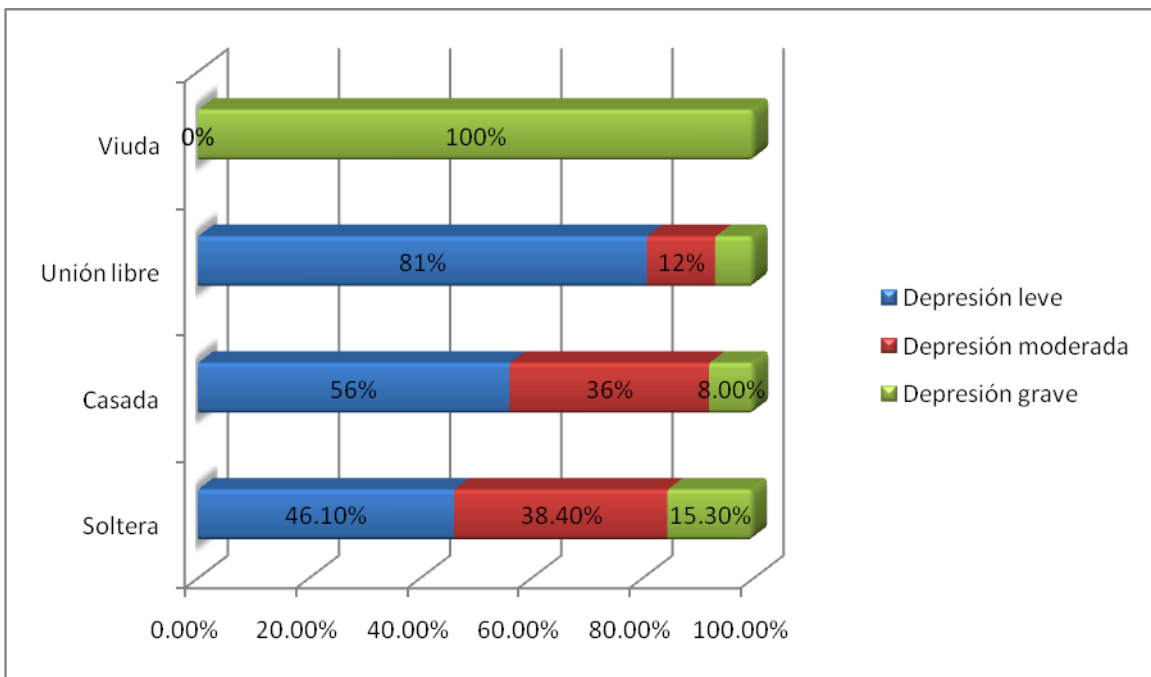
Tabla 7. Descripción de pacientes en relación al estado civil y el grado de depresión

	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave	Total en porcentaje %
Soltera	6	5	2	7.3
Casada	50	32	7	50.5
Unión libre	59	9	5	41.4
Viuda	0	0	1	0.5

FUENTE: Encuestas aplicadas a mujeres con obesidad de 20 a 40 años en al UMF No. 33 del IMSS

En cuanto a frecuencia de depresión por grados de acuerdo al estado civil se encontró mayor frecuencia de depresión leve en unión libre con 81%, depresión moderada con mayor frecuencia en solteras con 38.4% y depresión severa con mayor frecuencia en viudez con el 100% (sólo se encontró una paciente) (Gráfica 7)

Gráfica 7. Frecuencia de depresión en relación al estado civil



FUENTE: Encuestas aplicadas a mujeres con obesidad de 20 a 40 años en al UMF No. 33 del IMSS

En relación a la escolaridad se encontraron un total de 70 pacientes con instrucción primaria de las cuales 38 presentaron depresión leve, 24 depresión moderada y 8 depresión grave, instrucción secundaria un total de 79 de las cuales 57 presentaron depresión leve, 15 depresión moderada y 7 depresión grave, preparatoria fueron 21 de las cuales presentaron depresión leve 15, depresión moderada 6 y ninguna con depresión grave, con carrera técnica fueron 3 en total las cuales presentaron depresión leve. Con licenciatura se presentaron 3 pacientes en total de las cuales 2 con depresión leve y 1 con depresión moderada, en relación a la frecuencia de depresión sin tomar en cuenta el grado se encontró mayor incidencia en la instrucción secundaria con 44.8%, seguido de primaria con 39.7%, preparatoria 11.9% y carrera técnica y universidad ambas con 1.7% (Tabla 8).

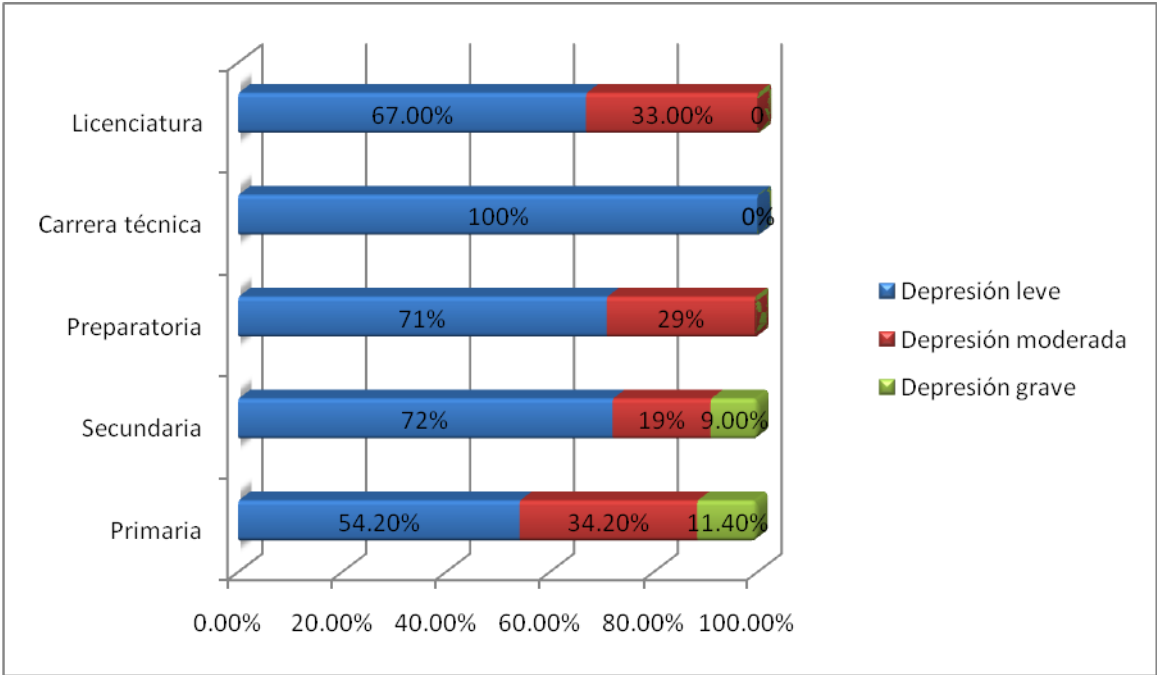
Tabla 8. Descripción de pacientes en relación al grado de escolaridad y el grado de depresión

	Depresión leve	Depresión moderada	Depresión grave	Total en porcentaje%
Primaria	38	24	8	39.7
Secundaria	57	15	7	44.8
Preparatoria	15	6	0	11.9
Carrera técnica	3	0	0	1.7
Licenciatura	2	1	0	1.7

FUENTE: Encuestas aplicadas a mujeres con obesidad de 20 a 40 años en al UMF No. 33 del IMSS

En cuanto a la depresión por escolaridad se encontró mayor frecuencia de depresión leve en pacientes con carrera técnica 100%, mayor frecuencia de depresión moderada 34.2% y grave 11.4% en pacientes con instrucción primaria (Gráfica 8).

Gráfica 8. Frecuencia de depresión en relación al grado de escolaridad



FUENTE: Encuestas aplicadas a mujeres con obesidad de 20 a 40 años en al UMF No. 33 del IMSS

DISCUSION

De acuerdo a los resultados encontrados se observa que la frecuencia de depresión es de 69%. En comparación con nuestro resultado también concuerda con un estudio en la UMF de la ciudad de México se encontró que existe alta prevalencia de depresión en la mujer adulta de 20 a 59 años, esta fue del 47%.

En cuanto a la ocupación encontramos la frecuencia de depresión sin tomar en cuenta el grado fue mayor en hogar con 73.8%, en contraste con un estudio en UMF de la de México en el que se encontró que la frecuencia de depresión fue mayor en mujeres con trabajo no remunerado únicamente de 48.7% aunque no especifica si fue en mujeres dedicadas al hogar únicamente. En nuestro estudio la frecuencia de depresión en ocupación empleada 22%, comerciante 2.8% y profesional 1.1% comparado con el estudio anteriormente comentado donde se encontró una frecuencia de 43.7% en trabajo remunerado.

En nuestro estudio la frecuencia de depresión leve fue mayor en pacientes dedicadas al comercio con el 100% de las pacientes encuestadas en esta ocupación y en segundo lugar las mujeres dedicadas al hogar con una frecuencia de 66.1% también para depresión leve, la depresión moderada fue mayor en pacientes profesionistas en las cuales fue de 50% y la depresión grave fue mayor en las pacientes empleadas (aquí se incluyeron obreras).

En cuanto a la depresión por escolaridad encontramos que la frecuencia de depresión sin tomar en cuenta el grado se encontró mayor incidencia en la instrucción secundaria con 44.8%, seguido de primaria con 39.7%, preparatoria 11.9% y carrera técnica y universidad ambas con 1.7% concuerda con el estudio en UMF de la ciudad de México ya que encontraron que el número de pacientes con depresión fue mayor en las pacientes con \geq secundaria completa 65 (69%) en comparación con las de secundaria incompleta 28 (30.1%). Por grado

de depresión encontramos nuestro estudio mayor frecuencia de depresión leve en pacientes con carrera técnica 100%, mayor frecuencia de depresión moderada 34.2% y grave 11.4% en pacientes con instrucción primaria.

En relación al estado civil encontramos en nuestro estudio que la frecuencia de depresión sin tomar en cuenta el grado de severidad por estado civil es mayor para casadas con 50.5%, seguidas de unión libre con 41.4, solteras con 7.3% y viuda con 0.5%, sin embargo por grados la mayor frecuencia de depresión leve en unión libre con 81%, depresión moderada con mayor frecuencia en solteras con 38.4% y depresión severa con mayor frecuencia en viudez con el 100% (sólo se encontró una paciente).

La frecuencia de depresión leve fue mayor en las pacientes con obesidad grado I (IMC de 30-34.9) con 30.9%, y la frecuencia de depresión moderada y grave fue mayor en las pacientes con obesidad grado II (IMC 35-39.9), con porcentajes de 9.8 % y 6.2 % respectivamente lo cual concuerda con los resultados en un estudio en España ⁽¹⁵⁾ y aparece como significativa la relación entre obesidad y ansiedad/depresión. En las mujeres con IMC obesidad 1 ($30 \geq \text{IMC} < 35$) -0,0123 e IMC obesidad_2 ($\text{IMC} \geq 35$) 0,0501 con significancia estadística del 90% mayor para datos de ansiedad/depresión.

En relación a la frecuencia de depresión sin tomar en cuenta el grado fue mayor en el rango de edad de 20-29 años con 58.5% y en el rango de 30-40 años fue de 41.4%.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio se identificó la frecuencia alta de depresión en sus distintos grados en pacientes obesas en nuestra UMF y con frecuencia no se toman en cuenta. Los factores asociados fueron diferentes de acuerdo al grado de depresión, pero de acuerdo a la edad en general fue más frecuente en el grupo de edad de 20 a 29 años.

La frecuencia mayor de depresión sin tomar en cuenta el grado fue mayor en hogar, así como en mujeres comerciantes, sin embargo los tipos de depresión más graves como se presentó en mujeres que fungen un rol moderno en la familia como tener un trabajo remunerado y permanecer en unión libre en contraste encontramos que la depresión severa se presenta con mayor frecuencia en las pacientes con instrucción primaria, puede ser que el hecho de contar con otras actividades aparte del hogar sea un factor de protección para presentar un grado de depresión de menor grado.

De esta manera encontramos que efectivamente en nuestra Unidad de Medicina Familiar No 33 es importante la frecuencia de depresión en mujeres obesas de 20 a 40 años que son mujeres que se encuentran en etapa productiva tanto en lo familiar ya que se encuentran en etapas del ciclo vital familiar como dispersión o independencia, así como en otros aspectos de su vida como el laboral en el cual se encuentran sumamente activas aún, luego entonces es importante tomar en cuenta esta frecuencia para realizar planes de tratamiento integral, lo cual es tarea principal del médico de primer nivel como lo es el médico familiar.

Por lo anteriormente dicho se determinó que la frecuencia de depresión en mujeres obesas de 20 a 40 años en nuestra unidad es de tendencia alta (69%), es importante tomar en cuenta el diagnóstico cuando acudan a consulta externa para

un mejor tratamiento integral de las pacientes con esta comorbilidad y lograr impactar de manera importante en la mejora de la calidad de vida, haciendo la detección de los casos y discriminar los que pueden ser tratados en un primer nivel de atención y los que deben ser enviados a segundo nivel, para así ofrecer mejor calidad en la atención a las pacientes.

ANEXOS

ANEXO 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NOROESTE UMF 33
DEPARTAMENTO DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

FOLIO
[____]

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: _____
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado frecuencia de depresión en mujeres con obesidad de 20 a 40 años de la Unidad de Medicina Familiar 33 del IMSS. Registrado ante el Comité Local de Investigación en Salud.

El objetivo del estudio es: determinar la frecuencia de depresión en mujeres con obesidad de 20 a 40 años de la Unidad de Medicina Familiar 33 del IMSS.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en permitir que el investigador me realice un cuestionario autoaplicable dentro de las instalaciones de la unidad.

Declaro que se me ha informado ampliamente que no se tienen riesgos, ni inconvenientes, ni molestias y si beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes: ayudar a obtener una evaluación más comprensiva, integral y válida que nos encamine a conocer la frecuencia de depresión en mujeres obesas de 20 a 40 años de la Unidad de Medicina Familiar 33 del IMSS. El investigador principal se ha comprometido a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.

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 otorgo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y de que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados en forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, aunque esta pudiera cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y firma del médico

Nombre, firma y matrícula del investigador

ANEXO 2

Instrumento: Cuestionario de depresión de Zung.

No. De Registro: _____ peso _____ talla _____ IMC _____ Fecha: _____

Nombre del estudio: Frecuencia de depresión en pacientes obesas de la UMF No 33.

Por favor conteste con la verdad, sus respuestas serán confidenciales.

Responda las siguientes preguntas y marque en el paréntesis la opción que elija.

- a) Edad: _____ b) Sexo: Hombre () Mujer ()
- c) Estado. Civil: () 1.soltera () 2.Casada () 3.Unión libre () 4.Viuda
- e) Ocupación: () 1. Hogar () 2. Empleada () 3.Comerciante () 4.Profesional
- f) Escolaridad: () 1.Primaria () 3.Secundaria () 4. Preparatoria () Carrera Técnica
() 5. Licenciatura

INSTRUCCIONES:

A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 20 apartados. Delante de la frase, escriba la letra de la opción que mejor refleje su situación actual.

- A = Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente.**
B = Algún tiempo, algunas veces, de vez en cuando.
C = Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente.
D = Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo.

1. Me siento triste y deprimido
2. Por las mañanas me siento mejor que por las tardes
3. Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro
4. Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches
5. Ahora tengo tanto apetito como antes
6. Todavía me siento atraído por el sexo opuesto
7. Creo que estoy adelgazando
8. Estoy estreñado
9. Tengo palpitaciones
10. Me canso por cualquier cosa
11. Mi cabeza está tan despejada como antes
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes
13. Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto
14. Tengo esperanza y confío en el futuro
15. Me siento más irritable que habitualmente
16. Encuentro fácil tomar decisiones
17. Me creo útil y necesario para la gente
18. Encuentro agradable vivir, mi vida es plena
19. Creo que sería mejor para los demás si me muriera
20. Me gustan las mismas cosas que solían agradarme

EVALUACION DE RESULTADO	
Grado de depresión	Puntaje
Ausencia de depresión	Menor o igual de 28
Depresión leve	28 a 41
Depresión moderada	42 a 53
Depresión grave	Mayor o igual de 53

BIBLIOGRAFIA

1. Villaseñor BS, Ontiveros EC, Cárdenas CK. Salud mental y obesidad. *Investigación en salud* 2006; 8 (2): 86-90.
2. Larrañaga VA, García-Mayor R. Alta frecuencia de trastornos de la conducta alimentaria inespecíficos en personas obesas. *Nutr Hosp.* 2009; 24(6):661-666
3. [http.www.oms.org](http://www.oms.org)
4. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT). *Gaceta de comunicación interna de la secretaría de salud* Octubre 2006, (51)
5. Gómez DH, Vázquez MJ, Fernández CS. Obesidad en adultos derechohabientes del IMSS. *Encuesta Nacional de Salud. Rev Med IMSS* 2004; 42 (3): 239-245
6. Luckie DA, Cortés VF, Ibarra MS. Obesidad: trascendencia y repercusión médico-social. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas* 2009;14(4):191-201
7. Harrison's. *Principios de Medicina Interna.* 2002, Mc Graw-Hill
8. García GE, Violante OR. ¿Cómo se diagnostica la obesidad y quien debe hacerlo? *Revista de Endocrinología y Nutrición* 2004; 12 (4) Supl. 3: S91-S95
9. García GE. ¿En que consiste el tratamiento multidisciplinario de la obesidad? *Revista de Endocrinología y Nutrición* 2004; 12, (4) Supl. 3: S148-S151

10. Ríos MB, Rangel RG, Álvarez CR, Castillo GF, Ramírez WG, Pantoja MJ, et al. Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. Acta Médica Grupo Ángeles 2008; 6 (4): 147-153
11. Delgado CC, Morales GM, Maruri CI, Rodríguez TC, Benavente MJ, Núñez BS. Conductas alimentarias, actitudes hacia el cuerpo y psicopatología en obesidad mórbida. Actas Esp Psiquiatr 2002; 30(6): 376-381
12. Peralta-Pedrero ML, Mercado-Castelazo E, Cruz-Avelar A, Sánchez-Márquez O, Lemus-Rocha R, Martínez-García MC. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en mujeres atendidas en medicina familiar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2006; 44 (5): 409-414
13. Alvarado SA, Benavides RE, González RM. Obesidad: ¿baja autoestima? Intervención psicológica en pacientes con obesidad. Enseñanza e investigación en psicología 2005; 10 (2): 417-428
14. Tapia P, Ornstein C. Perfil psicológico de 33 mujeres obesas consultantes a un programa de tratamiento de la obesidad. Rev Psiq Clín 2006; 43(2): 18-26
15. Oliva J. Obesidad y calidad de vida relacionada con la salud. Universidad de Castilla la Mancha-Departamento de Análisis Económico, FEDEA y CIBER en Salud Pública y Epidemiología-CIBERESP 2009: 1-24
16. Duch CF, Ruíz de Porras RL, Gimeno RD, Allúe TB, Palou VIPsicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en Atención Primaria. Semergen 1999; 25(3):209–225