

PREVALENCIA DE SINTOMAS DEPRESIVOS EN EL PACIENTE OBESO ADULTO ADSCRITOS AL PROGRAMA DE LA UNIDAD DE PREVENCION CLINICA COOMEVA EPS (UPREC).

Jennifer Johanna Buitrago Ordoñez, Psi.
Luz Maritza Quiroga Serrano, Enf.
Carmen Elisa Nova García, Md.

Resumen

Objetivo: Determinar la prevalencia de síntomas depresivos en el paciente adulto, perteneciente al programa de obesidad de la unidad de prevención clínica Coomeva uprec. **Método:** El estudio siguió un diseño de corte transversal en el que se incluyeron hombres y mujeres de 18 a 80 años de edad y se conformó la muestra con 138 pacientes, con un único criterio de exclusión el cual fue, el estar diagnosticado y en tratamiento por algún desorden psiquiátrico. Se aplicó para determinar los síntomas depresivos, la escala abreviada de Zung. **Resultados:** Se evaluaron a 138 pacientes con edades entre los 18 y los 80 años, con un promedio de de 51 años, DE 13; determinando que la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes obesos fue del 27,5%. La prevalencia de síntomas depresivos moderados fue mayor en pacientes obesos grado II con 9,8%, presentando mayor frecuencia de síntomas depresivos moderados las personas con estado civil separado (12,5%), así como también se encontró en cuanto a la comorbilidad un mayor porcentaje de hipotiroideos con tendencia a la depresión, y la frecuencia más alta de síntomas depresivos moderados fue encontrada en los diabéticos Mellitus tipo I. **Conclusión:** En este estudio la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes obesos fue mayor que la de la población general colombiana, aunque se confirmó la asociación que existe entre los síntomas depresivos y, el género femenino y la edad media. Se necesita continuar con más investigaciones en esta área, sugiriendo una mayor muestra.

Palabras claves: Síntomas depresivos, Obesidad, Prevalencia.

Introducción

La obesidad constituye uno de los mayores problemas a los que se enfrentan los diferentes sistemas sanitarios tanto de países desarrollados como en vía de desarrollo, no solo por el costo humano sino también por el gasto económico y presupuestario que conllevaⁱ. A nivel de salud pública, los costos económicos generados por el sobrepeso son los derivados de los tratamientos de las enfermedades asociadas y los conflictos relacionados con la adaptación social, laboral, escolar y psicológica de los pacientesⁱⁱ.

La obesidad es definida, Según la Organización Mundial de Salud (OMS), como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la saludⁱⁱⁱ. La obesidad se puede identificar utilizando el índice de masa corporal (IMC) -

el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros (Kg/m²) – si ese IMC es igual o mayor a 30 la persona es considerada obesa^{iv}; clasificándose según el consejo de la sociedad española para el estudio de la obesidad del año 2007, en grado de obesidad I (IMC. 30.00 – 34.99), en obesidad II (IMC. 35.00 – 39.99), en obesidad III (IMC 40.00 – 49.99) y en obesidad IV (IMC 50.00 - +)^v. La OMS en el 2005 se encontró en todo el mundo que aproximadamente 1600 millones de mayores de 15 años tienen sobrepeso y que, al menos, 400 millones de adultos son obesos^{vi}.

La obesidad aumenta el riesgo de desarrollar múltiples complicaciones médicas, entre las cuales están la hipertensión arterial, la diabetes tipo II, la enfermedad coronaria y ACV, cáncer (próstata, colon, endometrio, seno), dislipidemia, síndrome metabólico, apnea de sueño, colecistitis, infertilidad y múltiples complicaciones en el embarazo.

Los costos médicos directos de la obesidad se relacionan con la prevención, el diagnóstico y tratamientos de la misma. Los costos indirectos tienen que ver con la morbilidad y la mortalidad. Los costos por morbilidad se definen como los ingresos económicos perdidos debido al descenso en la productividad, el ausentismo laboral, la actividad restringida y los días de incapacidad. Los costos por mortalidad se relacionan con la pérdida de ingresos debido a la muerte prematura de la población obesa^{vii}.

En investigaciones realizadas para identificar la asociación del índice de masa corporal y estatura con suicidio, ansiedad y depresión, en una cohorte prospectiva de 74.332 hombres y mujeres se encontró que el índice de masa corporal aumentado se asocia con riesgo incrementado de depresión pero con un riesgo reducido de suicidio en hombres y mujeres^{viii}. En el Cross sectional, realizado a un total de 9.125 estadounidenses, se proporcionaron datos completos sobre el desorden (trastorno) psiquiátrico, los participantes completaron una entrevista en persona, incluyendo la evaluación de una gama de desórdenes mentales y la altura y el peso (según el autoinforme), concluyendo que la obesidad está asociada con un aumento aproximadamente del 25 % de las probabilidades para presentar trastornos del estado de ánimo y de ansiedad^{ix}. Y para evaluar cual es la frecuencia de esta asociación en el estudio chileno *detection of depressive symptoms in patients with overweight and obesity*, se investigó la presencia de síntomas depresivos en pacientes con sobrepeso y obesidad, ya que dicha asociación podría potenciar el desarrollo de enfermedades cardiovasculares en estos pacientes, se analizaron 100 pacientes con sobrepeso y obesos; dando como resultado una prevalencia del 61.0%^x que sugiere que en los individuos analizados posiblemente presentan episodios depresivos.

Por tanto, se hace necesario realizar un estudio de prevalencia entre obesidad y

síntomas depresivos, en la población de adultos masculinos y femeninos entre los 18 y 80 años de edad con índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 30 adscritos al Programa Obesidad de Coomeva, sede UPREC, de la ciudad de Bucaramanga; para lo cual se aplicara la escala abreviada de Zung a dicha población y de esta manera poder intervenir adecuada y oportunamente a los pacientes con presencia de síntomas depresivos direccionándolos hacia el manejo terapéutico indicado en cada caso y a su vez orientar acciones preventivas en ese grupo con la finalidad de producir cambios en los malos hábitos y motivar la adopción de acciones de vida saludables, evitando de esta manera el efecto negativo que la excesiva ganancia de peso tiene sobre la salud integral (biopsicosocial) del individuo ya sea empeorando su patología actual o favoreciendo la aparición y/o exacerbación de comorbilidades asociadas, convirtiéndose en una cadena que no finalizaría si se tiene en cuenta lo que afirma Simon GE. Al plantear que *“Cuando la gente aumenta de peso, es más probable que se deprima y, si está deprimida, tiene más dificultades para perder peso”*^{xi}.

Materiales y métodos

La investigación se realizará como un estudio descriptivo de Corte Transversal en la población de 138 adultos entre los 18 y 80 años de edad con índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a 30 pertenecientes al Programa Obesidad de Coomeva, sede UPREC, de la ciudad de Bucaramanga; para determinar la prevalencia de síntomas depresivos en pacientes obesos.

Las variables que se tuvieron en cuenta fueron: edad, género, comorbilidad, estado civil, escolaridad y el único criterio de exclusión sería aquellos pacientes diagnosticados y tratados previamente por psiquiatría (Trastorno depresivo mayor, trastorno de ansiedad, esquizofrenia, etc.).

Se describirán las variables cualitativas con porcentajes e intervalos de confianza del

95%, las cuantitativas con promedios y desviación estándar. Se realizará un análisis de la prevalencia de síntomas depresivos de acuerdo con las variables generales de la población. Las comparaciones se realizarán con pruebas de χ^2 para tendencias en las cualitativas y de test de la t para las cuantitativas.

El instrumento que se utilizará para medir los síntomas depresivos, es la escala abreviada de Zung, que ya se encuentra validada en la ciudad de Bucaramanga^{xii}. Esta es una escala tipo likert de cuantificación de síntomas que da mayor peso al componente somático-conductual del trastorno depresivo. Es una escala autoaplicada formada por 10 frases relacionadas con la depresión. El cuantifica no la intensidad sino solamente la frecuencia de los síntomas. El punto de corte de la escala abreviada de Zung es 21 puntos. La interpretación de la escala abreviada de Zung se hace teniendo en cuenta su clasificación en: sin depresión (menos de 20 puntos), depresión leve (21 a 27 puntos), depresión moderada (28 a 35 puntos), y depresión severa (36 a 40 puntos).

Esta investigación considera las normas éticas enmarcadas en la Resolución No. 008430 de 1993, considerando este estudio con un riesgo mínimo para los participantes, teniendo en cuenta para esto:

- La proporción de la información necesaria para la participación voluntaria, la cual se acepta firmando la carta de consentimiento informado que estará incorporada en la aplicación de la escala abreviada de Zung.
- Respecto a la confidencialidad de los resultados obtenidos se garantiza que solo los investigadores tendrán acceso a ellos, aclarando que de ser necesario la psicóloga de planta de Coomeva tendrá acceso a ellos para el bienestar del paciente.
- El proyecto de la investigación se elabora previamente, sometiéndose a la revisión del Comité de Investigación y Ética Médica de la

universidad autónoma de Bucaramanga (UNAB).

- Las personas que no aceptan participar de la investigación seguirán siendo parte del programa de obesidad y seguirán siendo atendidas por los profesionales de la salud pertenecientes a Coomeva, UPREC.

Resultados

En el mes de octubre de 2008 se encontraban inscritos 141 pacientes en el programa de obesidad de Coomeva UPREC, que cumplieron los criterios de inclusión, siendo excluido 3 pacientes por tener patología psiquiátrica previamente diagnosticada y tratada, contando entonces con una población de 138 pacientes obesos; En los cuales se encontró que en su mayoría pertenecían al género femenino (73%), el rango de edad se encontraba entre los 18 y los 80 años de edad, promedio de edad de 51 años (DE 13). De acuerdo a las características socio-demográficas de la población se determinó que el 61% de los pacientes estaban casados, con referencia al nivel escolar se halló que el 26.1% de los pacientes habían cursado la secundaria completa, encontrando de igual forma una proporción importante de pacientes con estudios primarios completos, 23.2%. Ver tabla 1.

En la estratificación del grado de obesidad se tuvo en cuenta la clasificación de obesidad Grado I, II, III y IV, estableciéndose dentro de estos grupos que la mayoría de la población presentaba obesidad grado III (38.4%). La prevalencia de síntomas depresivos encontrada en esta población que sugieren la presencia de depresión moderada fue del 7,2% IC 95%(3.5-12.9) y de depresión leve fue del 20,3% IC 95% (13,9%-28,0%) Ver Tabla 1.

Tabla 1. Características generales de la población de estudio

Variable	N/mediana	%	IC 95%
Edad	51	DE 13	
Genero, mujeres	101	73%	
Escolaridad			
Analfabeta	3	2,2%	
Primaria completa	32	23,2%	
Primaria incompleta	19	13,8%	
Secundaria completa	36	26,1%	
Secundaria incompleta	26	18,8%	
Técnica completa	2	1,4%	
Universitario completo	17	12,3%	
Estado Civil			
Casado	84	61%	
Soltero	22	16%	
Separado	8	6%	
Unión libre	10	7%	
Viudo	14	10%	
Obesidad			
obesidad I	31	22,5%	
obesidad II	42	30,4%	
obesidad III	53	38,4%	
obesidad IV	12	8,7%	
Síntomas depresivos			
Depresión moderada	10	7,2%	3,5% -12,9%
Depresión leve	28	20,3%	13,9%-28,0%
Sin depresión	100	72,5%	64,2%-79,7%

En el grupo de pacientes obesos que forman parte de la población se observó que las comorbilidades que se presentaron con mayor frecuencia son la hipertensión arterial (HTA), la Diabetes Mellitus (DM) tanto tipo I, como tipo II; y el hipotiroidismo.

De acuerdo al análisis de comorbilidades y la presencia de síntomas depresivos se obtuvo en primer lugar la frecuencia de síntomas depresivos en el grupo de pacientes con HTA mostró diferencia estadísticamente significativa entre los 3 grupos de síntomas depresivos (p: 0.045).

Al realizar el análisis bivariado uniendo las dos categorías de síntomas depresivos y comparándolos con los pacientes sin depresión, se estimó un OR 0,39 (IC 95% 0.17-0.91), lo cual sugiere que la probabilidad de tener síntomas depresivos en los pacientes hipertensos es de un 61 % menos. No se encontraron diferencias en síntomas depresivos entre los pacientes Diabéticos aunque llama la atención que los síntomas

depresivos que sugieren depresión moderada la frecuencia es más alta en el diabético tipo I comparados con el tipo 2, aunque las comparaciones no fueron significativas entre ambos, OR 1.37 (IC 95% 0.26-7.98).

En cuanto al grupo de Hipotiroidismo no se encuentran diferencias estadísticamente significativas pero si un mayor porcentaje de hipotiroideos con tendencia a la depresión. Ver tabla 2.

Tabla 2. Análisis de comorbilidades en pacientes obesos

COMORBILIDAD	DEPRESIÓN MODERADA		DEPRESIÓN LEVE		SIN DEPRESIÓN		Valor de p for trends.
HTA	6	6 %	14	15 %	74	79	0.045
NO HTA	4	9 %	14	14 %	26	79%	
DM 1	3	8 %	9	25%	24	67%	0.40
DM 2	0	0 %	3	25%	9	75%	
Hipotiroidismo	3	10 %	8	28%	18	62%	0.18
No	7	6 %	20	18%	82	75%	

Se observa mayor prevalencia entre depresión moderada y el grupo por rango de edad entre 18-44 años y 45-64 años con un valor del 40%, en cuanto a depresión leve se identifica el mayor porcentaje 46.4% entre el grupo de 18-44 años de edad y sin depresión entre los 45-64 años de edad con un 61%. Ver tabla 3.

Tabla3. Grupos de edad y prevalencias de síntomas depresivos

SÍNTOMAS DEPRESIVOS	GRUPO EDAD			
	18-44	45-64	65-80	TOTAL
Depresión Moderada	4	4	2	10
fila %	40,0	40,0	20,0	100,0
Depresión Leve	13	10	5	28
fila%	46,4	35,7	17,9	100,0
Sin Depresión	23	61	16	100
fila%	23,0	61,0	16,0	100,0
TOTAL	40	75	23	138
fila%	29,0	54,3	16,7	100,0

Según la escolaridad de los pacientes obesos se encuentra la mayor frecuencia de síntomas depresivos en el grupo de analfabetas (33.3%) y sin depresión en los pacientes que han cursado técnica completa (100%). Ver tabla 4.

Tabla 4. Escolaridad y prevalencia de síntomas depresivos

Síntomas depresivos	Analfabeta	Primaria completa	Primaria incompleta	Secundaria completa	Secundaria incompleta	Técnica completa	Universitario completo	Postgrado completo
DEPRESIÓN MODERADA	33,3 %	6,3 %	5,3 %	2,8 %	7,7 %	0,0 %	17,6 %	0,0 %
DEPRESIÓN LEVE	33,3 %	25,0 %	21,1 %	13,9 %	15,4 %	0,0 %	23,5 %	50,0 %
SIN DEPRESIÓN	33,3 %	68,8 %	73,7 %	83,3 %	76,9 %	100,0 %	58,8 %	50,0 %

En cuanto al estado civil se encuentra mayor frecuencia de síntomas depresivos moderados entre el grupo de los separados con un porcentaje de 12.5%, así mismo, se encontró que los que menos presentan síntomas depresivos son los viudos con un 85.7%. Ver tabla 5.

Tabla 5. Estado civil y prevalencia de síntomas depresivos en pacientes obesos

Síntomas depresivos	Casado	Soltero	Separado	Unión Libre	Viudo
DEPRESIÓN MODERADA	6,0%	9,1%	12,5%	10,0 %	7,1 %
DEPRESIÓN LEVE	20,2%	18,2%	25,0%	40,0 %	7,1 %
SIN DEPRESIÓN	73,8%	72,7%	62,5%	50,0 %	85,7 %

De acuerdo a los grados de obesidad, la obesidad grado II es la que presenta mayor prevalencia de síntomas depresivos moderados con 9,8%. Mientras que la obesidad grado IV no se encontraron pacientes con síntomas depresivos moderados. Ver tabla 6.

Tabla 6. Prevalencia de síntomas depresivos de acuerdo con la clasificación de obesidad

SINTOMAS DEPRESIVOS				
DX 1	depresión			TOTAL
	moderada	leve	sin depresión	
obesidad I	2 6,5	6 19,4	23 74,2	31 100,0
obesidad II	4 9,8	4 9,8	34 80,5	42 100,0
obesidad III	4 7,5	12 22,6	37 69,8	53 100,0
obesidad IV	0 0,0	6 50,0	6 50,0	12 100,0
TOTAL	10 7,2	28 20,3	100 72,5	139 100,0

Discusión

Este es el primer estudio que se realiza en una población adscrita a un programa de pacientes obesos pertenecientes a una EPS, buscando evaluar la prevalencia de depresión en este grupo de pacientes, aportando a la valoración integral desde la perspectiva de la salud mental. Considerando la relación entre obesidad y los síntomas depresivos según los hallazgos encontrados en el presente estudio confirman asociaciones informadas en otras revisiones, como por ejemplo el mayor porcentaje de mujeres en edad media quienes presentan las dos patologías encontradas (73%) respecto a los hombres obesos, dicha distribución no está influenciada por la elección aleatoria de pacientes, ya que se incluyeron a todos los individuos que consultaron por exceso de peso en el periodo de tiempo señalado, exceptuando a los rechazados según los criterios de exclusión mencionados.

En nuestro estudio se encontró una prevalencia de síntomas depresivos del 27.5%, en pacientes obesos, siendo mayor que la población general, que según el Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia en 2003, fue reportada una prevalencia para la población general a lo

largo de la vida del 15% para los trastornos del ánimo, 12,1% para el trastorno depresivo mayor, 1,8% para el trastorno depresivo menor^{xiii}. En la investigación *detection of depressive symptoms in patients with overweight and obesity*^{xiv}, la prevalencia fue del 61%, teniendo en cuenta que en este estudio se utilizó la subescala de depresión del cuestionario de Goldberg y una población conformada por adulto joven comparado con este estudio que evaluó en su mayoría adulto mayor.

En relación a la comorbilidad, el grupo de pacientes hipertensos tienen menor probabilidad de presentar síntomas depresivos, este hallazgo es opuesto a lo encontrado en otros estudios^{xv}, siendo necesario realizar otras investigaciones para dilucidar este hallazgo, de acuerdo a los

datos encontrados respecto a las otras comorbilidades como la diabetes y el hipotiroidismo estas aumentan la probabilidad de desarrollar síntomas depresivos.

En conclusión en este estudio se encontró una prevalencia menor a la prevalencia encontrada en otros estudios, confirmándose asociación con el género femenino, la edad media y la comorbilidad ya descritos. Una limitación de este estudio es el número de participantes por grados de obesidad, por lo cual no se pudo observar mayor número de síntomas depresivos asociados con ese aspecto. Una recomendación es que estos pacientes deben ser evaluados por Psiquiatría para su confirmación del diagnóstico y manejo oportuno.

Agradecimientos

En esta investigación se contó con la colaboración del Dr. Jaider Alfonso Barros Bermúdez, médico cirujano, especialista en psiquiatría y profesor asociado de la facultad de medicina, de la UNAB, cuya función fue la

de proporcionarnos las directrices necesarias para el desarrollo y culminación de este proyecto. Al igual que a la Dra. María Eugenia Niño, Md. Epidemióloga, cuya función fue la de asesorarnos en cuanto al análisis de datos.

Referencias

- i (NHANES) National Health and Nutrition Examination Survey 1999–2000
- ii Wolf AM, Colditz GA. Current estimates of the economic cost of obesity in the United States. *Obesity Research*. 1998; 6(2):97–106.
- iii Ibid.
- iv Ibid.
- v Luna M I; Psicopatología y obesidad; en: Avances en psiquiatría. Asociación Colombiana de psiquiatría Biológica; Yépez R L, Téllez V J, Alarcón V R, Arango Dávila C (Nuevo milenio Editores); Bogotá; 2007; pp.58-81
- vi Obesidad y sobrepeso. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/>. Revisado el 11 de marzo de 2008.
- vii Ibid.
- viii Bjerkeset, O., Romundstad, P., Evans, J., Gunnell, D. (2008). Association of Adult Body Mass Index and Height with Anxiety, Depression, and Suicide in the General Population: The HUNT Study. *Am J Epidemiol* 167: 193-202
- ix Simon GE, Von Korff M, Saunders K, et al. Association between obesity and psychiatric disorders in the US adult population. *Arch Gen Psychiatry*. 2006; 63: 824-830.
- x TAPIA S, Alexis y MASSON S, Lilia. DETECCIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD. *Rev. chil. nutr.*, ago. 2006, vol.33, no.2, p.162-169. ISSN 0717-7518.
- xi La depresión y la obesidad coexisten en muchas mujeres de mediana edad. http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/news/fullstory_60000.html. revisado el 11 de marzo de 2008.
- xii Campo-Arias A, Díaz-Martínez LA, Rueda-Jaimes GE. VALIDEZ DE LA ESCALA ABREVIADA DE ZUNG PARA TAMIZAJE DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR EN LA POBLACIÓN GENERAL DE BUCARAMANGA, COLOMBIA. 2006.
- xiii Riveros M, Bohórquez A, Gómez- Restrepo C, Okuda M. CONOCIMIENTOS SOBRE LA DEPRESIÓN EN PACIENTES QUE ASISTEN A CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA EN BOGOTÁ, COLOMBIA. RESULTADOS COLOMBIANOS DEL PROYECTO INTERNACIONAL DE DEPRESIÓN. *Rev Colomb Psiquiat*. 2006;35(1):9-22.
- xiv TAPIA S, Alexis y MASSON S, Lilia. DETECCIÓN DE SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN PACIENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD. *Rev. chil. nutr.*, ago. 2006, vol.33, no.2, p.162-169. ISSN 0717-7518.
- xv Franco López, Jorge Augusto. ENFERMEDAD CEREBRO-VASCULAR Y DEPRESIÓN. *Revista colombiana de psiquiatría* [en línea] 2007, XXXVI