



# Medicina de Familia. SEMERGEN

<http://www.elsevier.es/semergen>



## 482/23 - PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES TIPO 2 EN ATENCIÓN PRIMARIA

F. Cuevas Fernández<sup>1</sup>, A. Pérez de Armas<sup>2</sup>, E. Cerdeña Rodríguez<sup>3</sup>, T. Rodríguez Armas<sup>2</sup>, P. González Medina<sup>4</sup>, M. Iglesias Girón<sup>5</sup> y M. García Marrero<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barranco Grande. Santa Cruz de Tenerife.

<sup>2</sup>Residente de 4º años de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barranco Grande. Santa Cruz de

Tenerife. <sup>3</sup>Enfermero. Centro de Salud Barranco Grande. Santa Cruz de Tenerife. <sup>4</sup>Estudiante de 6º año de Medicina. Universidad La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. <sup>5</sup>Enfermero. Gerencia de Atención Primaria. Santa Cruz de Tenerife.

### Resumen

**Objetivos:** Estudiar la prevalencia de depresión en pacientes con diabetes tipo 2 (DM2) en atención primaria (AP) y buscar posibles factores influyentes.

**Métodos:** Estudio descriptivo transversal. Selección aleatoria de 587 pacientes con DM2 de un centro de salud docente. Recogida mediante revisión de historias clínicas informatizadas del diagnóstico "depresión" como variable dependiente, y como variables predictoras: sociodemográficas (sexo, edad, medio, situación laboral, nivel de estudios), hábitos (tabaquismo, dieta, actividad física), clínicas (control DM2 [redGDPS 2018], síndrome metabólico, hipertensión arterial [HTA], dislipemia, índice de masa corporal [IMC], años de evolución de la DM2, comorbilidades [Charlson]), seguimiento de programa, realización en los últimos 2 años de electrocardiograma [ECG] y retinografía, visitas totales en último año al médico de familia [MF] o enfermera [DUE]), otros diagnósticos psiquiátricos (trastorno adaptativo, distimia, ansiedad), terapéuticas (tratamiento antidepresivo y ansiolítico, medicamentos para DM2, otros fármacos, incumplimiento e inercia terapéutica). Análisis estadístico realizado: descriptivo: medidas de tendencia central-dispersión o frecuencias relativas, según corresponda. Bivariante: chi-cuadrado de Pearson o U-Mann Whitney, según corresponda, a un nivel de significación  $p \leq 0,05$ , mediante programa estadístico SPSS 24.0.

**Resultados:** Análisis descriptivo [% o media (mínimo-máximo; DE)]. Depresión = 16,7%; mujeres = 46,5%, edad = 66,3 (29-91; DE = 11,2);  $\geq 75$  años = 73,8%; medio urbano = 77,5%; pensionistas = 66,6%; sin estudios/primarios = 85,5%; fumadores = 19,1%; dieta inadecuada = 23,1%; sedentario = 24,9%; mal control de DM2 = 23,7%; síndrome metabólico = 83,6%; HTA = 76,8; dislipemia = 73,6%; IMC = 31,1 (19,2-52,7; DE = 5,2); años evolución DM2 = 8,5 (1-31; DE = 5,3); Charlson = 4,1 (1-13; DE = 2,0); ECG = 61,2%; retinografía = 73,9%; visitas totales = 15,4 (1-88; DE = 11,4); MF = 8,9 (0-40; DE = 6,1); DUE = 4,7 (0-64; DE = 5,8); trastorno adaptativo = 9,2%; distimia = 1,7%; ansiedad = 21%; antidepresivos = 20,1%; ansiolíticos = 24,4%; medicamentos DM2 = 1,9 (0-6; DE = 1,2); otros fármacos = 6,5 (0-24; DE = 3,9); incumplimiento = 4,4%; inercia = 56,8%. Análisis bivariante. Mayor porcentaje de depresión: mujeres (23,8% vs. 10,5%;  $p > 0,05$ );  $\geq 75$  años (24% vs.

14,1%;  $p = 0,005$ ); sedentarios (19,2% vs. 8,5%;  $p = 0,011$ ); buen control DM2 (19% vs. 9,4%;  $p = 0,008$ ); sin ECG (20,2% vs. 14,5;  $p = 0,072$ ); sin retinografía (24,8% vs. 13,8%;  $p = 0,002$ ); > visitas totales (P-25 = 10; P-50 = 16, P75 = 22,5 vs. P-25 = 8, P-50 = 12, P-75 = 18;  $p$  visitas MF (P-25 = 6;  $p = 50 = 9,5$ , P75 = 13 vs. P-25 = 5, P-50 = 7, P-75 = 11;  $p$  otros fármacos (P-25 = 6; P-50 = 8, P75 = 11 vs. P-25 = 3, P-50 = 6, P-75 = 9;  $p < 0,001$ ); con ansiedad (24,4% vs. 14,7%;  $p = 0,009$ ).

**Conclusiones:** La mayor prevalencia de depresión en DM2, respecto a la población general, global y por sexos, confirma lo conocido. Que los pacientes con DM2 y depresión sean más frequentadores, pero tengan menor implementación de programa, debe hacernos incidir en su abordaje global. La mayor prevalencia de depresión en pacientes con buen control DM2 podría atribuirse a una elevada prevalencia de depresión en pacientes mayores, con mejor control DM2, por criterios menos exigentes; a un sesgo de clasificación en el diagnóstico de “trastorno adaptativo”; o a la idiosincrasia de esta población. Son necesarios otros estudios para verificar este resultado.

**Palabras clave:** Diabetes tipo 2. Depresión. Atención primaria.