



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD
ÁREA ACADÉMICA DE MEDICINA

SECRETARÍA DE SALUD HIDALGO
HOSPITAL GENERAL PACHUCA.

TEMA
"FRECUENCIA Y SEVERIDAD DE DEPRESIÓN EN LOS PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2
QUE ACUDEN A CONTROL AL CENTRO DE SALUD JESÚS DEL ROSAL."

QUE PRESENTA LA C. SAHRIT HERNÁNDEZ PALMA
MEDICO CIRUJANO Y PARTERO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA INTEGRADA.:

DR. LEOPOLDO NORBERTO OLIVER VEGA
ESPECIALIDAD CIRUGIA GENERAL
PROFESOR TITULAR DEL PROGRAMA EN
MEDICINA INTEGRADA.

DR. JUAN DE DIOS URIBE RAMÍREZ.
ESPECIALIDAD MEDICINA INTERNA.
ASESOR DE TESIS.

PERÍODO DE LA ESPECIALIDAD
2008-2010

POR LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

C.D. JOSÉ LUIS ANTÓN DE LA CONCHA
DIRECTOR DEL INSTITUTO DE CIENCIAS
DE LA SALUD DE LA U.A.E.H.

DRA. GRACIELA NAVA CHAPA
JEFA DEL ÁREA ACADÉMICA DE
MEDICINA DEL I.C.Sa.

DRA. ANGELINA FRANCO SUÁREZ
RESPONSABLE DE POSGRADO.

DRA. LOURDES CRISTINA CARRILLO ALARCÓN
CATEDRÁTICO TITULAR EN METODOLOGÍA DE LA
INVESTIGACIÓN.

POR EL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA DE LA SECRETARÍA DE SALUD DE HIDALGO

DR. FRANCISCO JAVIER CHONG BARREIRO
DIRECTOR DEL HOSPITAL GENERAL DE PACHUCA
DE LA SECRETARÍA DE SALUD HIDALGO.

DRA MICAELA MARICELA SOTO RIOS
SUBDIRECTORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
DEL HOSPITAL GENERAL DE LA SECRETARÍA DE
SALUD DE HIDALGO.

DR. LEOPOLDO OLIVER VEGA.
ESPECIALIDAD CIRUGIA GENERAL
PROFESOR TITULAR DEL PROGRAMA
EN MEDICINA INTEGRADA.

DR. JUAN DE DIOS URIBE RAMÍREZ
ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA
ASESOR DE TESIS.

AGRADECIMIENTOS.

A DIOS: Señor gracias por su gracia y tu amor; por permitirme llegar hasta etapa de mi vida gracias por este sueño hecho realidad.

A MIS PADRES: Por su apoyo incondicional. Gracias por darme la vida y creer en mí, los amo.

A MIS HERMANOS: Por su compañía y por compartir juntos los sueños.

A MIS COMPAÑEROS RESIDENTES: Gracias por estos dos años en los cuales me permitieron trabajar, estudiar y desvelarnos juntos para poder llegar a este objetivo, pero sobre todo gracias por su amistad.

A MIS PROFESORES: Por su paciencia y su enseñanza.

AL DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL GENERAL: Por su apoyo en la realización de esta tesis.

AL CENTRO DE SALUD JESUS DEL ROSAL: Especialmente al Dr. Zarco Rivas y a la enfermera Lorena por su apoyo en la obtención de datos.

INDICE DE CONTENIDOS

1.- ANTECEDENTES.....	2
2.-PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
3.-OBJETIVOS.....	7
4.-DEFINICIÓN DE TERMINOS.....	8
5.-METODOLOGIA DESARROLLADA.....	9
6.- RESULTADOS.....	10
7.- DISCUSIÓN.....	16
8.- CONCLUSIONES.....	17
9.-BIBLIOGRAFIA.....	18

1.- ANTECEDENTES:

La diabetes mellitus tipo 2 (DM 2) es un problema de salud pública a nivel global que ocasiona no solo daño a la salud física, sino que afecta la salud mental de quien la padece se ha documentado una alta prevalencia de trastornos psico-afectivos sobre todo depresión en enfermos crónicos. Los pacientes con diabetes pueden desarrollar cualquier síndrome psiquiátrico, siendo los trastornos más comunes la ansiedad y la depresión. (1)

Numerosos estudios epidemiológicos en México, han establecido que la frecuencia de la depresión oscila entre 6 y 15% para la población general y en países industrializados ha sido reportada entre 6 y 12%. No obstante lo anterior, existen referencias de que la ocurrencia del evento a nivel mundial es menor (alrededor de 3 a 5%). Un estudio realizado en 1995 reporta una prevalencia de 7.9% para habitantes de la Ciudad de México, cuyas edades oscilan entre los 18 y 65 años de edad. (2)

La Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, llevada a cabo en 2002 entre población urbana de 18 a 65 años de edad, concluyó que los trastornos afectivos dentro de los que se incluyen los trastornos depresivos se ubican, en tercer lugar. Por otra parte, la mayoría de los estudios trasversales han establecido que existe una mayor prevalencia de depresión en mujeres (alrededor de 10%) en comparación con los hombres (alrededor de 6%). La ocurrencia de depresión ha sido reportada con una magnitud importante en el grupo de pacientes con alguna enfermedad crónica degenerativa como es la diabetes mellitus, en la que resultan afectados alrededor de 40 a 70% de los pacientes. Ha sido demostrado que algunas enfermedades pudieran tener una co-morbilidad mayor con la depresión (3)

Las personas con DM2 deprimidas, además de disminuir funcionalidad y calidad de vida, presentan problemas en el auto cuidado y la interacción para atender su salud por lo que sufrir depresión se asocia con pobre cumplimiento terapéutico, bajo control glucémico y riesgo incrementado para complicaciones micro y macro vasculares. (1) No es fácil identificar a los pacientes con depresión y DM porque síntomas como pérdida de peso ataque al estado general, insomnio y disminución de la libido se comparten en ambas entidades (5)

La presencia de diabetes en un paciente dobla la probabilidad de que aparezca depresión co-mórbida que se encuentra en aproximadamente 30%. Estudios han correlacionados depresión con una variedad de complicaciones diabéticas, como neuropatía diabética y enfermedad cardiovascular. La depresión puede preceder y /o seguir el inicio de complicaciones diabéticas dependiendo del individuo o el curso de la enfermedad. Depresión una vez establecida puede afectar el curso de la complicación, tiene impacto en algunas complicaciones (ejemplo; enfermedad vascular) pero pequeño impacto en el curso de otras complicaciones (ejemplo nefropatía). (6)

El médico de atención primaria detecta poco los trastornos depresivos, permaneciendo infra-diagnosticados entre un tercio y la mitad de los casos. En los diferentes estudios revisados se manejan diversas razones para explicar esta evidencia: en primer lugar; la *pluri-patología* por la que consulta el paciente a su médico, en la que se engloban múltiples síntomas somáticos, que también se incluyen como criterios diagnósticos dentro de los trastornos depresivos. En

segundo lugar, las características de los pacientes depresivos que acuden a las consultas de atención primaria éstos son diferentes a los diagnosticados y tratados en el nivel de la especialidad, de manera que los que acuden atención primaria presentaran menor gravedad y mayor tiempo de evolución; mientras que los que lo hacen a la consulta del psiquiatra son casos , con una clínica más florida, por lo que han sido más precozmente derivados a salud mental y cumplen mejor los criterios diagnósticos psiquiátricos. Finalmente, según algunos estudios, la detección de depresión por el médico de atención primaria (AP), es tanto mayor cuanto mayor es la familiaridad y el conocimiento previo de la historia psiquiátrica del paciente, por lo que si existe poca continuidad en el seguimiento por parte del médico de AP la detección sería inferior. La detección de los trastornos depresivos por parte del médico de AP tiene una trascendencia fundamental en la prevención de suicidios asociados al trastorno, en la mejora de calidad de vida del paciente y en la reducción de costes sanitarios, puesto que este tipo de pacientes son más utilizadores de servicios médicos y presentan significativamente más disfunción que los pacientes con enfermedades médicas crónicas.

Los pacientes que son Infra-diagnosticados, y sobre los que habrá que prestar más atención, son las mujeres, los viudos, los jubilados, los que han experimentado acontecimientos vitales estresantes en los últimos meses y los que acuden a consulta más frecuentemente. Una vez detectado el trastorno conviene instaurar el tratamiento, para poder reducir el gasto económico y el riesgo de suicidio e incrementar la calidad de vida de las personas atendidas. (7)

La ocurrencia de depresión ha sido reportada con una magnitud importante en el grupo de pacientes con alguna enfermedad crónico-degenerativa como es la diabetes mellitus, en la que resultan afectados alrededor del 40 al 70% de los pacientes. También ha sido observada en pacientes seniles que son atendidos en centros hospitalarios de segundo y tercer nivel, independientemente de su estado de salud. Se ha demostrado que algunas enfermedades pudieran tener una co-morbilidad mayor con la depresión y así lo demuestra un estudio realizado en pacientes con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en el que se encontró un porcentaje considerable de depresión (37.2%). (8)

Esta enfermedad afecta a un 10% de los hombres y a un 20% de las mujeres en algún momento de la vida. En un periodo determinado, alrededor del 2.5% de los hombres y del 8% de las mujeres se encuentran deprimidos en forma activa (prevalencia de punto). Se observan síntomas depresivos significativos hasta en el 36% de todos los pacientes clínicamente enfermos. Aquellos que sufren demencia, diabetes, afección cardiaca e insuficiencia renal, presentan tasas especialmente altas de depresión co-mórbida. (8)

La prevalencia de depresión varió ampliamente entre las 32 entidades federativas del país. En el caso de los hombres, las cifras más elevadas corresponden a Jalisco, Veracruz y Tabasco, con 5, 4.6 y 4.5%, respectivamente; las entidades con porcentajes más bajos son Nayarit y Nuevo León, con cifras menores a 1. En las mujeres las prevalencias más altas corresponden a Hidalgo, con 9.9%, Jalisco, con 8.2% y el Estado de México, con 8.1%, mientras que las más bajas son las observadas en Sonora con 2.8% y Campeche, con 2.9%.(9)

De acuerdo al DSM-IV el trastorno depresivo mayor puede asociarse a enfermedades médicas crónicas. Hasta un 20-25% de los sujetos con determinadas enfermedades médicas (por ejemplo, diabetes, infarto de miocardio, carcinomas, accidentes vasculares cerebrales) presentarán un trastorno depresivo mayor a lo largo del curso de su enfermedad médica. Si hay un trastorno depresivo mayor, el tratamiento de la enfermedad médica es más complejo y el pronóstico, menos favorable. (8) La depresión está asociada con un aumento en la morbilidad de casi todas las enfermedades fisiológicas, incluyendo las enfermedades cardiovasculares y los problemas respiratorios, así como a un incremento en el índice de muerte repentina por una causa cardiovascular.(8)

La depresión se ha definido como un estado de tristeza y trastorno del ánimo, el cual se acompaña de una disminución de la actividad intelectual, física, social y ocupacional. De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su cuarta revisión, la depresión se caracteriza por la pérdida del interés y/o del placer en casi todas las actividades que venía realizando el individuo, y que estas manifestaciones estén presentes por al menos dos semanas para que se pueda establecer el diagnóstico. La afección ocurre entonces en las esferas psíquica, somática y conductual, y se refleja en lo social, donde se pierde el interés de interactuar con el grupo social al que pertenece la persona y donde se pueden presentar datos principalmente de abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo, la desesperanza y la pérdida de interés. También existe un pensamiento constante de muerte. En el área somática es frecuente que se presenten los siguientes datos clínicos: cambios en el apetito y del sueño, pérdida de peso, astenia, adinamia y en ocasiones dolores musculares y/o articulares, el paciente puede sentirse verdaderamente enfermo, presentando con esta sintomatología que pudiera hacer pensar en trastornos somáticos, así como de manera secundaria, rasgos obsesivo compulsivos. (2)

Gran cantidad de trastornos somáticos pueden ser la causa de los síntomas afectivos, incluyendo trastornos endocrinos, trastornos neurológicos. Las alteraciones del humor que se asemejan a las observadas en los estados depresivos son los síntomas predominantes y esenciales. Para hacer el diagnóstico, el médico debe encontrar una patología médica que anteceda al inicio de los síntomas afectivos. El trastorno varía en intensidad desde leve a grave o psicótico, y puede ser indistinguible de los síntomas observados en el trastorno depresivo mayor. El inicio de los síntomas puede ser abrupto o insidioso, y el curso varía, según la causa subyacente. La recuperación de la patología médica no se acompaña necesariamente de la recuperación de los síntomas afectivos. El trastorno del ánimo puede persistir durante semanas o meses tras el tratamiento satisfactorio de la patología médica. Como ocurre con otros trastornos del estado del ánimo, el suicidio es un riesgo que debe considerarse. (10) Para establecer el diagnóstico de depresión, se ha considerado que lo idóneo es la aplicación de entrevistas estructuradas, que permiten efectuar una evaluación integral del paciente. A pesar de las ventajas de estos instrumentos, éstos no son de fácil aplicación dentro de la consulta médica en atención primaria, donde el tiempo de atención es muy corto y el aplicarlos ocasionaría mayor prolongación del tiempo de consulta. Por lo tanto, es deseable tener una escala que permita de manera fácil y rápida construir el diagnóstico de depresión del paciente con diabetes mellitus tipo 2. (11)

El tratamiento del trastorno implica en primer lugar la determinación y tratamiento de la patología subyacente. El tratamiento farmacológico puede estar indicado y seguiría la línea de los tratamientos para la depresión. (10)

Como ya sabemos la diabetes mellitus tipo 2, representa un problema de salud pública que no es exclusivo de países en desarrollo como México, (14) esta enfermedad por sus características de cronicidad, ocasiona no sólo daño a la salud física, sino que afecta la salud mental de quien la padece. Se ha documentado una alta prevalencia de trastornos psico-afectivos en enfermos crónicos, *Lustman* señala que la persona con diabetes puede desarrollar prácticamente cualquier síndrome psiquiátrico debido a factores relacionados con la enfermedad como el estrés de la cronicidad, la demanda de autocuidado y el tratamiento de complicaciones. El más común de los trastornos es la depresión, teniendo las personas con diabetes doble de riesgo de presentarla, además de estar asociada con descontrol metabólico, pobre adherencia al tratamiento y disminución de la calidad de vida. (15)

La tarea difícil del control metabólico condiciona aspectos que requieren la participación activa del paciente donde el estado afectivo-emocional, puede ser la limitante o el apoyo para mantenerse motivado. Algunos estudios sugieren la necesidad de contemplar aspectos psicosociales en la promoción de la salud y estrategias educativas, en grupos especialmente vulnerables como es el caso de los adultos con diabetes tipo 2. (16)

No obstante las implicaciones de los factores psicosociales en la diabetes, tradicionalmente se atiende a los pacientes desde el punto de vista biomédico en la atención primaria, de ahí que se explora poco la frecuencia con que se presentan factores psicosociales que por sus características, pueden dificultar el tratamiento y control de la enfermedad. (17)

2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la frecuencia y la severidad de depresión en los pacientes que tienen DM 2 que acuden a control en el centro de salud "Jesús del Rosal"?

3.-OBJETIVOS:

A.-OBJETIVO GENERAL.

Conocer la frecuencia y severidad de depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 (DM 2) a que acuden a control al centro de salud "Jesús del Rosal".

B.-OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Diagnosticar depresión a los pacientes con DM 2.
- Conocer la severidad de depresión de los pacientes diagnosticados.
- Describir las características socio demográficas de los pacientes con DM 2.
- Determinar las cifras de glucosa en ayunas de los pacientes deprimidos y no deprimidos.

4.- DEFINICION DE TERMINOS.

DEPRESIÓN: Es un estado de tristeza el cual se acompaña de una disminución de la actividad intelectual, física, social y ocupacional (2)

DIABETES MELLITUS TIPO 2: Es un trastorno metabólico que se caracteriza por hiperglucemia y tipo 2 se caracteriza por resistencia a la insulina y trastorno de secreción de la insulina. (18)

SEXO: Conjunto de seres pertenecientes a un mismo sexo. Masculino, femenino. (12)

EDAD: Tiempo que ha vivido una persona (12)

AÑOS DE DIAGNOSTICO: Número de años en que el médico definió un proceso patológico (13)

ESTADO CIVIL: Es el conjunto de cualidades, atributos y circunstancias de las personas, que la identifican jurídicamente y que se determinan su capacidad con cierto carácter de generalidad y permanencia.

ESCOLARIDAD: conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

OCUPACIÓN: Trabajo, empleo, oficio.

GLUCOSA EN AYUNAS: Valor de la glucemia en ayunas (13)

5.- METODOLOGIA DESARROLLADA.

Para iniciar este estudio se acudió al centro de salud "Jesús del Rosal" al área de la clínica de crónico degenerativa la cual se ubica en Av. Madero 405 Pachuca, Hidalgo. La muestra fue de 150 pacientes que padecen DM 2; estos pacientes fueron captados cuando acudieron a su consulta de control en el mes de enero y febrero 2010 se les programo una cita para realizar entrevista; de acuerdo a criterios de inclusión, exclusión y previa firma de consentimiento informado se elaboro ficha socio-demográfica y se realizo escala clinimétrica para evaluar detección y severidad de trastorno depresivo siendo el tesista el único que realizo las entrevistas las cuales se llevo a cabo en un aproximado de 10 minutos cada una. Al terminar de llenar formatos de encuestas se procedió a realizar determinación de glucosa capilar en ayunas capilar por medio de glucómetro marca ACCU-CHEK Sensor. Se procedió a la captura de datos en hojas de cálculo del formato de Excel. Para el análisis estadístico descriptivo se utilizó el software STATA versión 8.1. Se realizo análisis de la información, se graficaron los resultados.

6.-RESULTADOS:

La frecuencia de depresión en 150, pacientes con DM2 fue de 28% Tabla 1, el método que se utilizó fue descriptivo.

Tabla 1 DIAGNOSTICO DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS 2

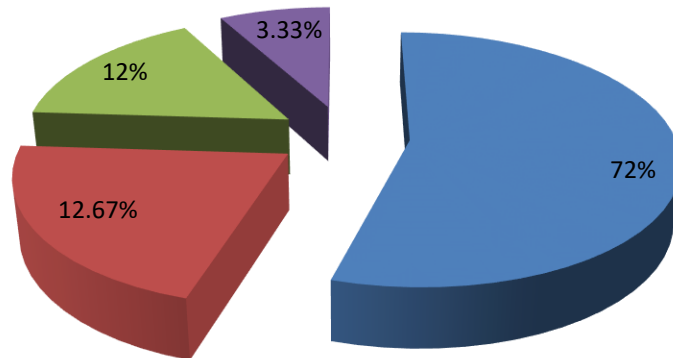
DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%
Sin depresión	108	72
Con depresión	42	28
Total	150	100

Los porcentajes de severidad de depresión que se encontraron en este estudio con pacientes con DM2 se muestran en la gráfica 1.

Grafica 1.

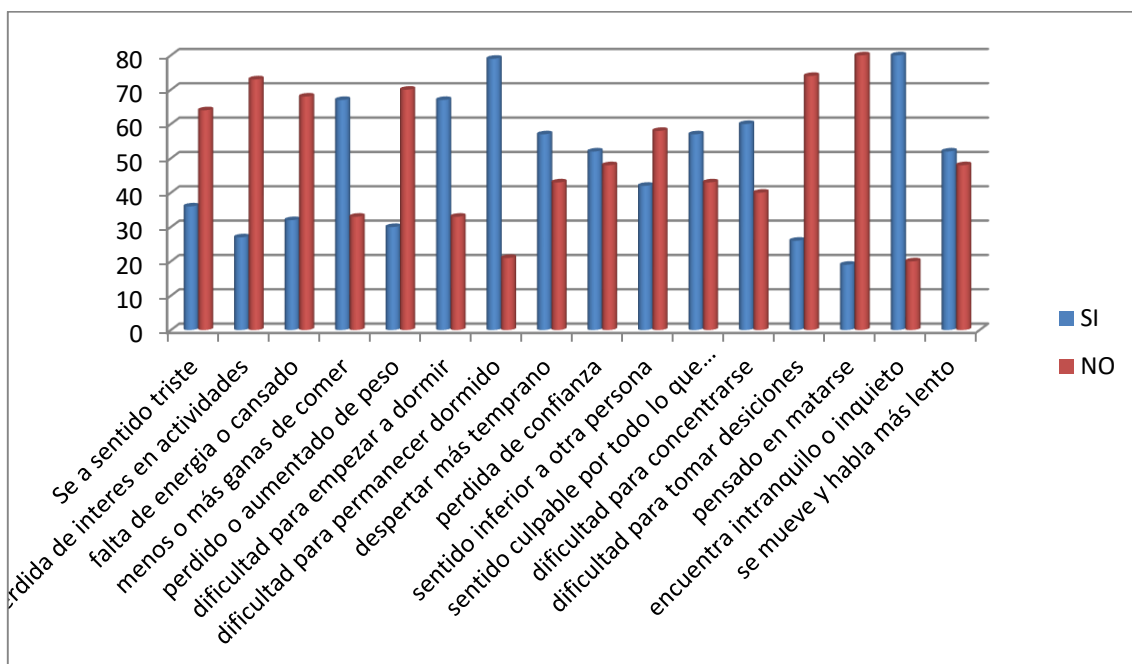
SEVERIDAD DE DEPRESIÓN

■ AUSENCIA ■ LEVE ■ MODERADA ■ GRAVE



Fuente: Encuesta clinimetrica de depresión.

La escala clinimetrica la podemos ver en la siguiente Grafica.



Fuente: Escala clinimetrica de depresión.

Con respecto a las características socio demográficas de la muestra se evaluó edad (tabla 2) sexo, (tabla 3), estado civil (grafica 2), escolaridad (grafica 3), ocupación (grafica 4), años de diagnostico de DM 2 (tabla 4). Así como si presentarían alguna otra enfermedad aparte de DM 2 (tabla 5, grafica 5), complicaciones asociadas a DM 2 (tabla 6, grafica 6). Tratamiento de DM2 (Grafica 7)

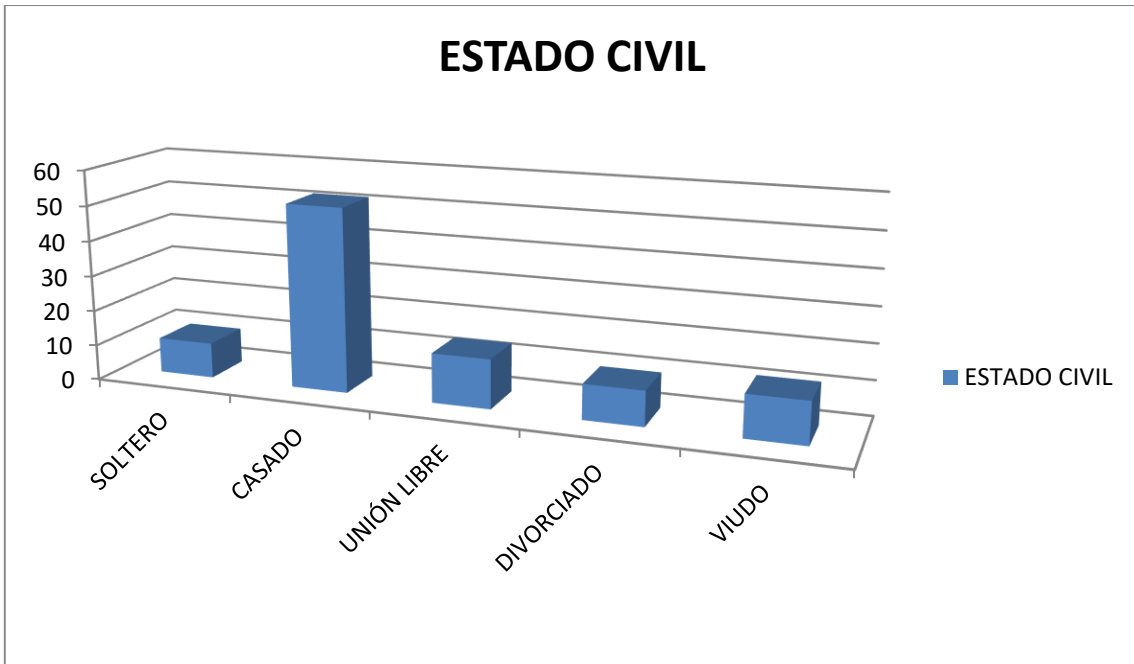
Tabla 2.- Edad

EDAD	MEDIA	MINIMA	MAXIMA
AÑOS	53	30	60

Tabla 3. Sexo

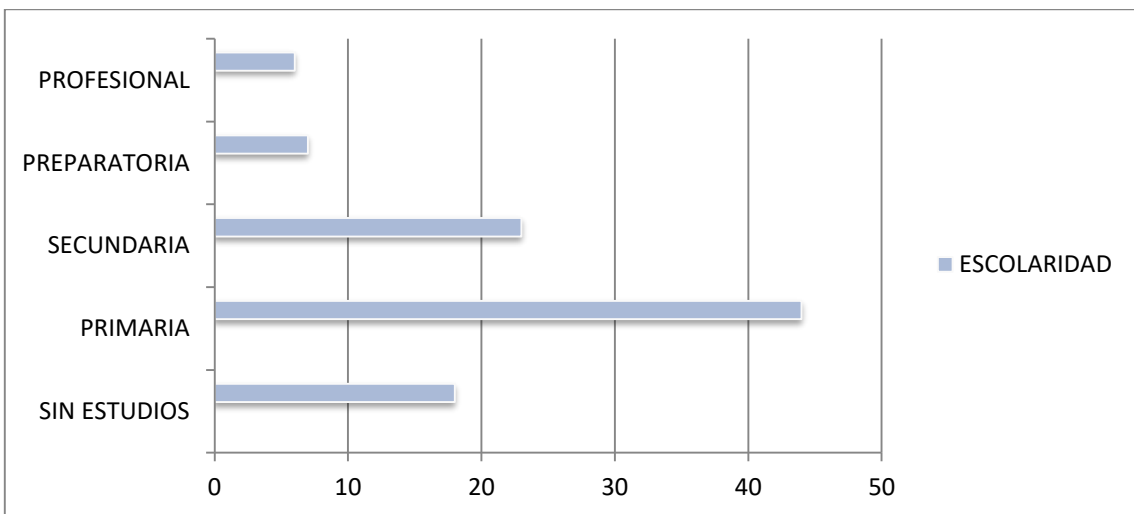
SEXO	NUMERO	%
FEMENINO	108	72
MASCULINO	42	28

Grafica 2. Estado civil



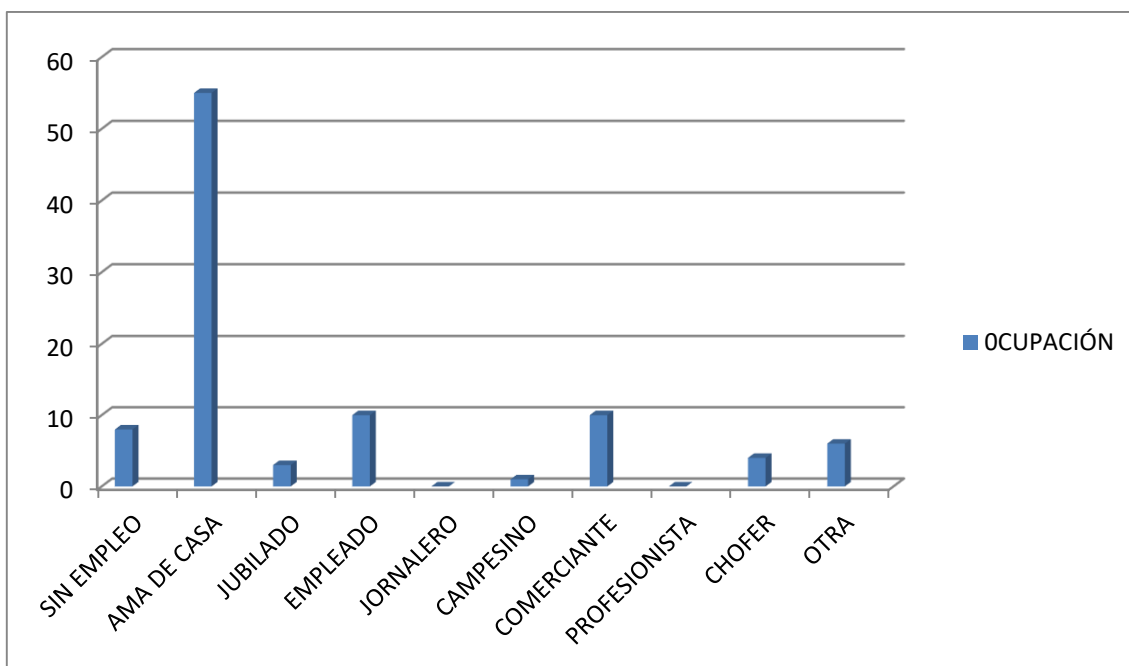
Fuente: Encuesta socio demográfica.

Grafica 3. Escolaridad



Fuente: Encuesta socio demográfica.

Grafica 4. Ocupación



Fuente: Encuesta socio demográfica.

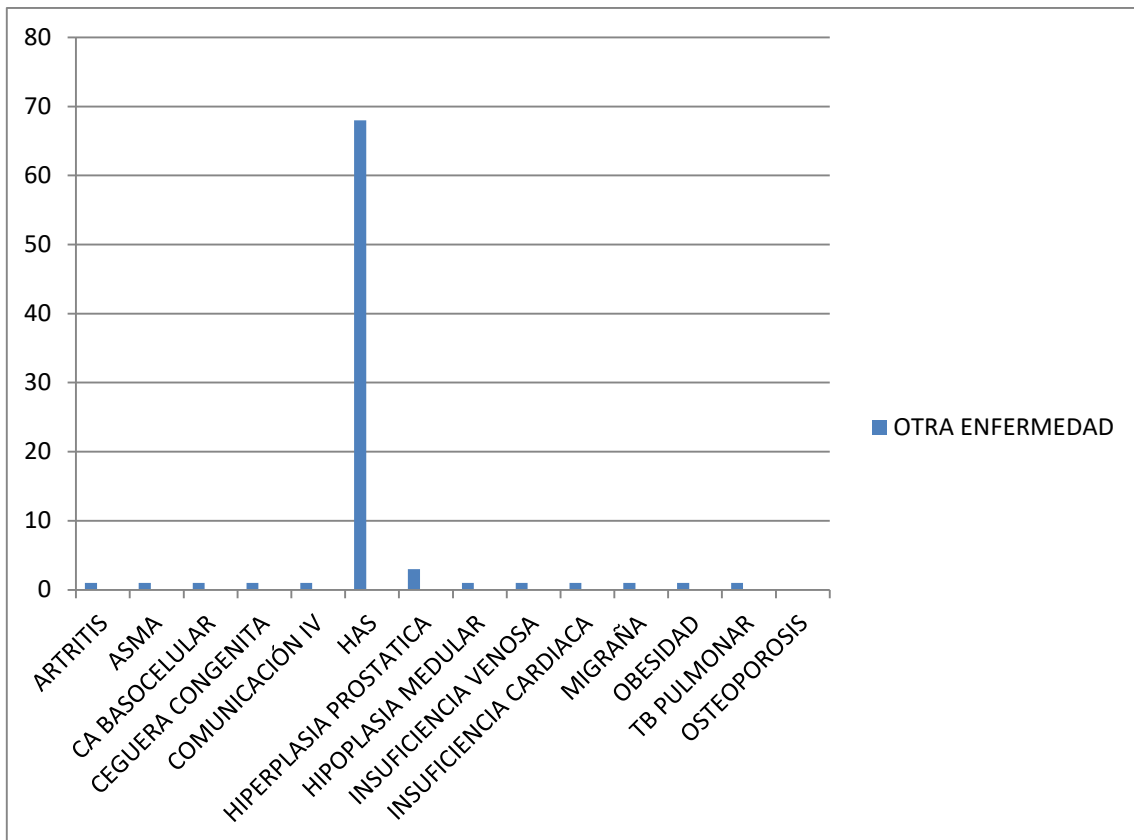
Tabla 4. Años de diagnostico .

AÑOS DE DIAGNOSTICO DM2	5 A 10	11 A 20
%	70	30

Tabla 5. Asociación de otra enfermedad aparte de DM2.

OTRA ENFERMEDAD APARTE DE DM2	SI	NO
%	44	56

Grafica 5. Enfermedad aparte de DM2.

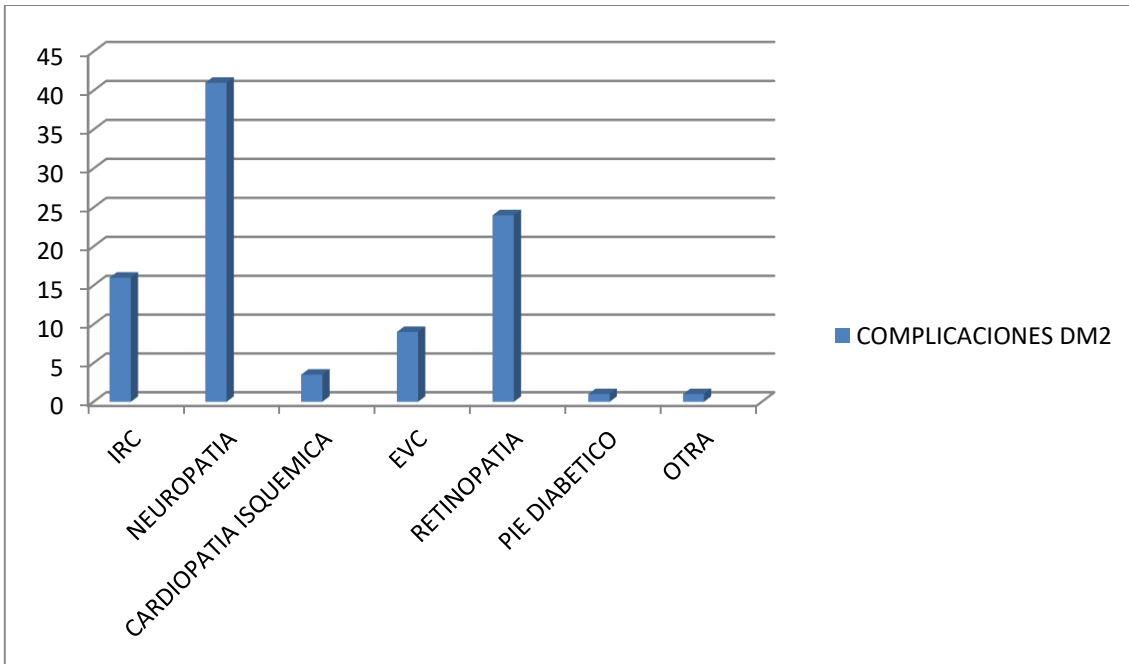


Fuente: Encuesta sócio demográfica.

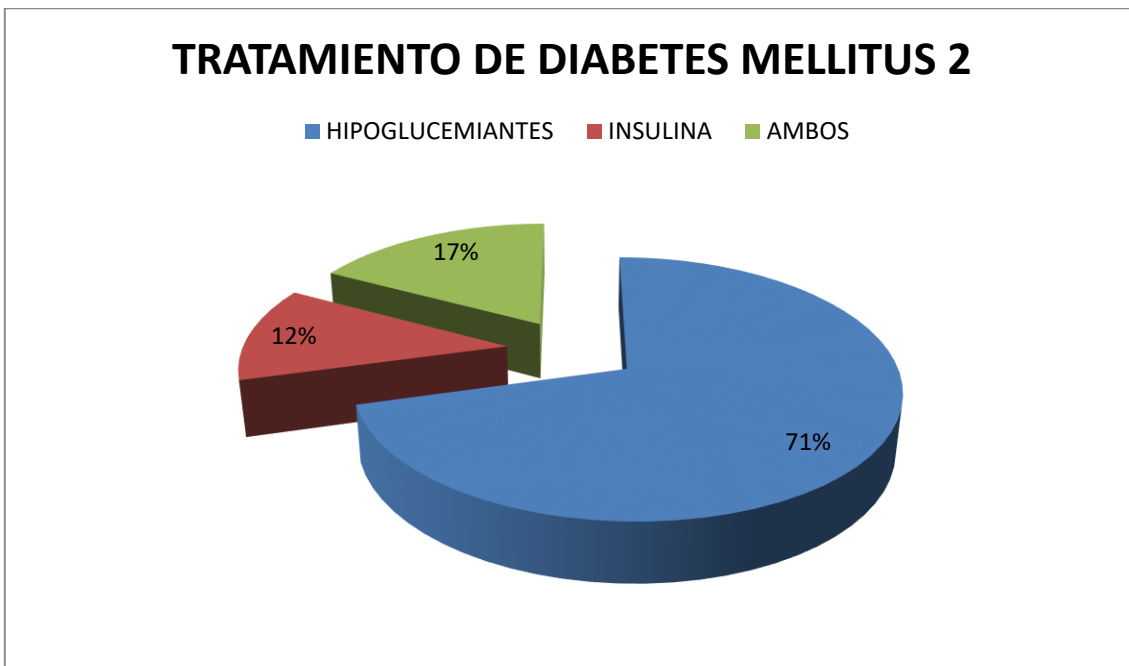
Tabla 6. Complicaciones de DM2

COMPLICACIONES DM2	SI	NO
%	35.33	64.67

Grafica 6. Tipo de complicación.



Fuente: Encuesta socio demográfica

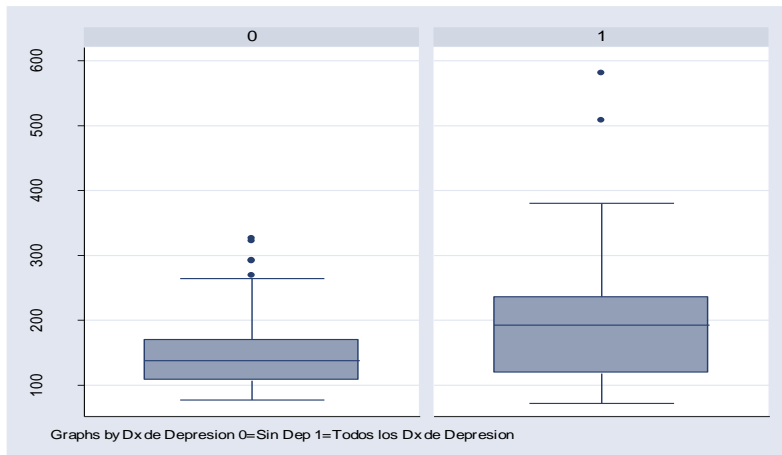


Fuente. Encuesta socio demográfica.

Se realizaron mediciones de glucosa en el momento de realizar entrevista obteniéndose la media en pacientes deprimidos y no deprimidos que se muestra en la tabla 7. Para obtener esta media se utilizó un análisis bivariado, prueba de student con una p significativa de $P=0.0006$

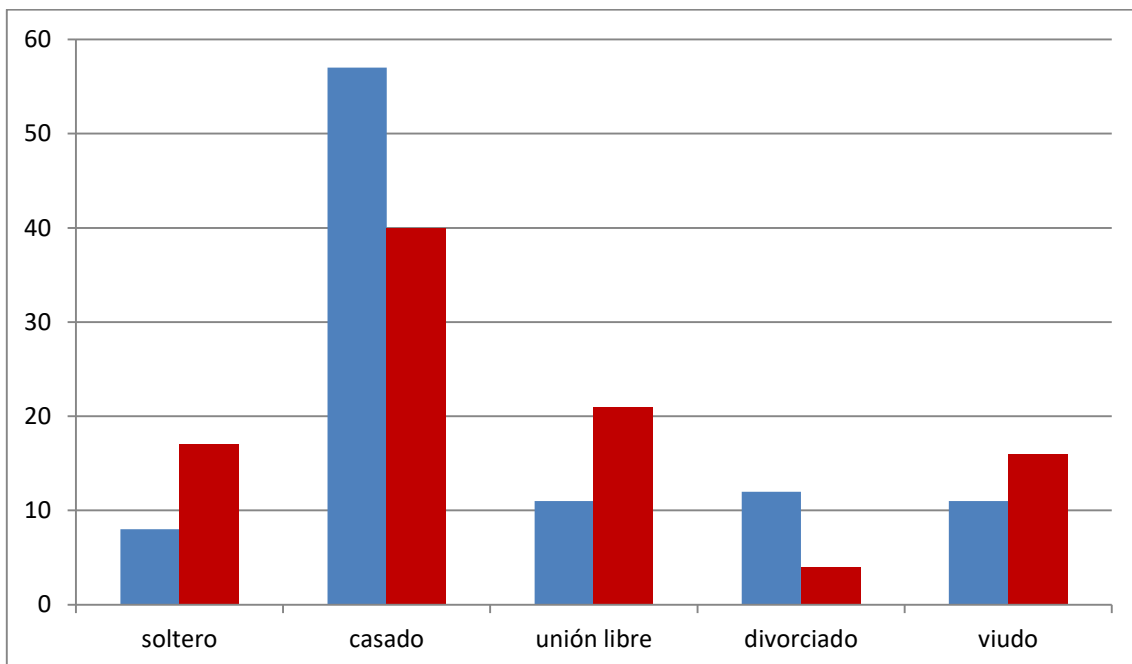
Tabla 7. Mediciones de Glucosa.

GLUCOSA CAPILAR EN AYUNAS	PACIENTES SIN DEPRESIÓN MEDIA	PACIENTES CON DEPRESIÓN MEDIA
---------------------------	-------------------------------	-------------------------------



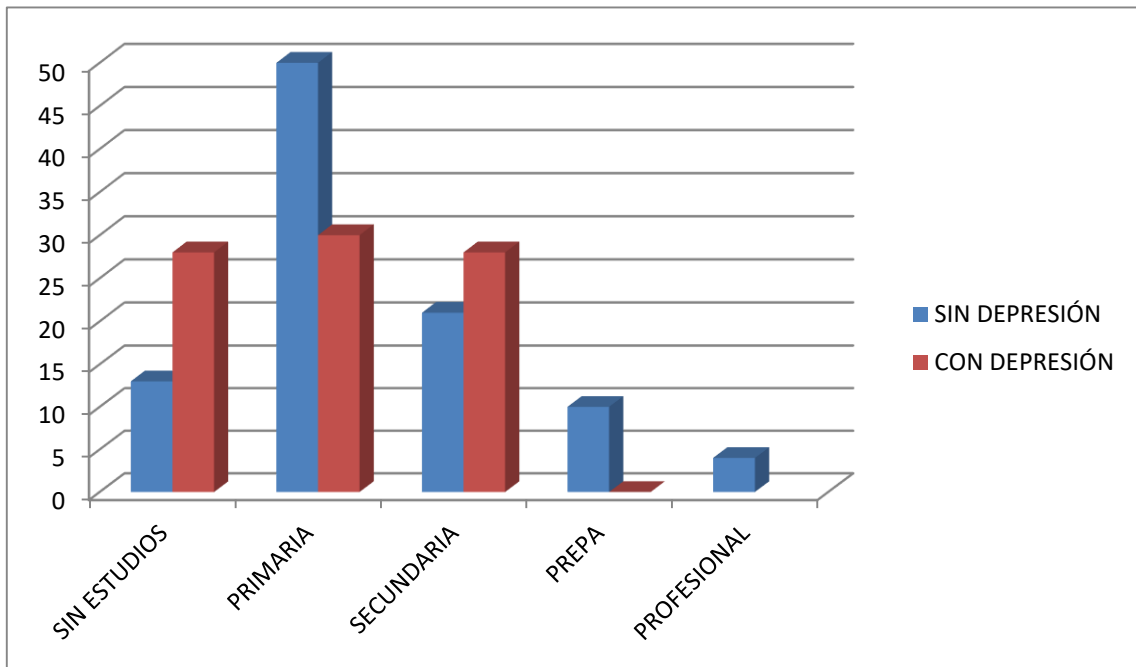
Al realizar el cruce de depresión y escolaridad se usó la prueba exacta de Fisher por tener una celda en 0, si se encuentran diferencias significativas (valor de $p < 0.05$) entre los grupos de deprimidos y las categorías de estado civil ($p = 0.083$) y escolaridad ($p = 0.006$).

Tabla 8. Asociación de Estado civil y Depresión.



Fuente: Encuesta soci demográfica y escala clinimétrica de depresión

Tabla 9. Asociación entre escolaridad y depresión.



Fuente: Encuesta sociodemografica y escala clinimetrica de depresión.

7.-DISCUSIÓN:

La prevalencia que se obtuvo en este estudio para pacientes con DM 2 fue de 28%, que en este caso es menor que lo reportado en la literatura en México, Colunga reporta 63% de frecuencia de depresión en pacientes diabéticos en un estudio realizado en Guadalajara en el 2005 (1), Díaz Rodríguez nos muestra una frecuencia de 49.3% de depresión con DM2 en unidades de atención primaria del IMSS en la ciudad de México en el 2006.(11) Garduño Espinosa nos presenta una frecuencia de 46% en población de la ciudad de México en 1998.(5)

La severidad de depresión en el presente estudio fue de depresión leve de 12.67%; depresión moderada 12%; depresión grave 3.33%. Como podemos observar no existe una diferencia significativa entre la frecuencia entre la severidad leve y la moderada. En la literatura Colunga y cols reportan una frecuencia de 47% para depresión baja, 26 % para moderada y 27% depresión alta en población mexicana en Tonalá Jalisco en el 2008 (16)

Con respecto a las características socio demográficas de la muestra tenemos que se entrevistaron más mujeres (72%), que Hombres (28%), la edad promedio de los pacientes fue de 53 años. Con respecto al estado civil la mayoría fue casado (52%); escolaridad mayoría cursaron únicamente primaria (44.67%). Ocupación mayoría ama de casa (55.03%). Años de diagnóstico, para esta tesis se utilizó de 5 a 10 años de diagnóstico de DM2 (70%) y 11 a 20 años de diagnóstico de DM2 (30%) estando la mayoría ubicada en el primer grupo.

Con respecto a la asociación a otra enfermedad se encontró que hubo una asociación con Hipertensión arterial sistémica del 68.18%. En complicaciones derivadas de ser portador a DM 2 obtuvo en mayor porcentaje la neuropatía en un 41.51% y retinopatía en un 24.53%. En cuanto al tratamiento la mayoría utiliza hipoglucemiantes orales 70.67%.

Durante este estudio se toma la variable bioquímica de glucosa capilar en ayunas en donde se encontró una media de 149mg/dl en los pacientes con DM2 sin depresión y una media de 196mg/dl para pacientes con DM 2 y depresión. Con un análisis bivariado significativo con una $p=0.0006$. la literatura tiene observaciones parecidas(5,16). Lo cual nos muestra un mal control en el tratamiento de la Diabetes mellitus tipo 2.

Se observó que los pacientes deprimidos en su mayoría tienen un grado de escolaridad baja, sin estudios 28.57% y primaria 30.95%, con respecto a la variable de estado civil se observó que el porcentaje en pacientes deprimidos fue más alto en los casados 40.48% y en unión libre 21.43%. Con respecto a las demás variables como son ocupación, complicaciones, sexo, edad y si padecen otra enfermedad sus resultados no fueron significativos.

Similar a otras poblaciones, la muestra se caracterizó por tener alto porcentaje de mujeres; ocupación, el hogar; estado civil, casado; edad, quinta década de la vida; y baja escolaridad.

8.-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

La frecuencia de depresión en los pacientes con DM tipo 2 que acuden a control en el centro de salud "Jesús del Rosal" en el área de clínica de crónico degenerativas es de 28%. Es menor a la reportada en la literatura, por lo cual se tendría que buscar otras variables que nos pudieran explicar esta diferencia. Además que las comparaciones que se realizaron fueron en población con características socioeconómicas muy diferentes a las del estado de Hidalgo. Pues no se encontró ningún estudio publicado de DM 2 y depresión en Hidalgo. Por lo cual es importante seguir investigando sobre este tema.

La severidad de depresión leve a moderada en pacientes con DM 2 no fue muy significativa, por lo cual debemos estar atentos a nuestros pacientes para poderlos diagnosticar lo más pronto posible, para que tengan atención adecuada.

Se encontró un mal control en la media de las cifras de glucosa capilar en ayunas en general, pero más aun en los pacientes con depresión. Por lo cual la depresión es un factor más que influye en un mal control glucémico en este tipo de pacientes.

Se observo también que hay una co-morbilidad importante con hipertensión arterial sistémica, se tendría que realizar un estudio para observar si la depresión en estos pacientes esta asociada al uso de antihipertensivos, ya que algunos de estos dentro de sus efectos adversos es la depresión. (10)

Es importante recalcar que a todos los pacientes que se detectaron en este estudio con depresión se enviaron al modulo de salud mental que se encuentra ubicado dentro de las instalaciones del centro de salud "Jesús del Rosal" para iniciar tratamiento especializado .Por lo tanto al atender al paciente con DM 2 no solo se debe revisar físicamente y metabólicamente, también evaluar su salud mental, por medio de instrumentos; como es el caso de la escala clínicométrica de depresión que se utilizó en este estudio. Para poder derivar oportunamente con el profesional especializado que requiera (psicólogo clínico, psiquiatra) para mejorar su estado psicoafectivo. Y así de esta manera estaremos atendiendo integralmente al paciente con DM 2 para que pueda tener no solo un buen control glucémico, sino también una adecuada salud mental.

9.-BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Colunga-Rodríguez, García de alba diabetes tipo 2 y depresión en Guadalajara, 2005. Revista de salud Publica, V10, n 1 Bogotá Jan.
- 2.-Sistema Nacional De Vigilancia Epidemiológica N39 Volumen 18 Semana 39 23-29 Septiembre 2001 disponible <http://www.dpepi.salud.gob.mx/boletín/2001/sem39>.
- 3.- Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. Salud Mental 2003;26(4):1-16.
- 4.-. Caraveo-Anduaga J, Colmenares E, Saldívar G. Estudio clínico-epidemiológico de los trastornos depresivos. Salud Mental 1999;22:7-17.
- 5.-Garduño Espinosa J, Tellez Zenteno JF, Hernandez- Ronquillo Frecuencia de Depresión en pacientes con DM 2 Revista investigación Clínica 1998 :50: 287-291.
- 6.- Ontiveros Esqueda, Las complicaciones diabéticas y la depresión. Investigación en salud, Vol. VI número 002 agosto 2004.
- 7.- Gabarrón Hortal E, Vidal Royo JM, Haro Abad JM, Boix Soriano I, Jover Blanca A y Arenas Prat M. Prevalencia y detección de los trastornos depresivos en atención primaria Aten Primaria 2002. 15 de abril. 29 (6): 329-337.
- 8.- Secretaria de Salud Programa de Acción Salud mental. Programa específico de depresión. México DF SSA 2001 Disponible en http://www.ssa.gob.mx/unidades/conacid/depre_index.htm.
- 9.-Belló M y col. Depresión en población adulta en México salud pública de México / vol.47, suplemento 1 : 2005.
- 10.-Harol I. Kaplan. Sinopsis de Psiquiatria 8ª Edición; Editorial Panamericana España 2000 pag 551-555.
- 11.- Díaz- Rodríguez G. et al Validación de escala para diagnóstico de depresión en pacientes con DM 2. Revista de investigación Clínica 2006;58 (5):432-440.
- 12.- Diccionario real academia Larousee Ediciones Larousse primera edición México 2000 Pag 103,305.
- 13.- Aguilar CA, Velásquez O, Gómez F, González A, Lara A, Molina V. Characteristics of patients with type 2 diabetes in Mexico. Diabetes Care. 2003;(26):2021-6.
- 14.- Lustman PJ. Depression and poor glycemic control: a meta-analytic review of the literature. Diabetes Care. 2000;23:934-42.

15.- Arauz AG. Intervención educativa comunitaria sobre la diabetes en el ámbito de la atención primaria. Rev Panam Salud Pública/Pan Am J Public Health. 2001;9(3):145-53.

16.- Colunga Rodríguez García de Alba et cols Caracterización psicosocial de pacientes con diabetes tipo 2 en atención primaria Revista Cubana de Salud Pública Vol.34 N.4 La Habana 2008 pag 1-7.

17.- Kasper, Braunwal Harrison Principios de Medicina Interna 16ª edición editorial Mc Hill México 2005 pagina 2367.

18.-Almanza JJ. Concordancia diagnostica en depresión: médicos psiquiatras versus médicos no psiquiatras Rev Sanid mil 2001; 55(4): 135-40.

19.Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria para quedar como Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes.