



**DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN SUJETOS CON DIABETES
MELLITUS TIPO II MAYORES DE 45 AÑOS RESIDENTES DE LA CIUDAD
DE BARRANQUILLA - ATLÁNTICO, 2020 - 2021**

**ARIANA PAOLA DE LA HOZ FLOREZ
JUAN PABLO GÓMEZ MOROS
GUIDO PUGLIESE DIAZ
JUAN JOSE RICAURTE AITA
ROXANA RIOS RODADOS
CELINE FHUINSIU VELASQUEZ FOUNG**

**UNIVERSIDAD DEL NORTE
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD
PREGRADO - MEDICINA
IX SEMESTRE
BARRANQUILLA, 2021**



**DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN SUJETOS CON DIABETES
MELLITUS TIPO II MAYORES DE 45 AÑOS RESIDENTES DE LA CIUDAD
DE BARRANQUILLA - ATLÁNTICO, 2020 - 2021**

INFORME FINAL

Autores:

**ARIANA PAOLA DE LA HOZ FLOREZ
JUAN PABLO GÓMEZ MOROS
GUIDO PUGLIESE DIAZ
JUAN JOSE RICAURTE AITA
ROXANA RIOS RODADO
CELINE FHUINSIU VELASQUEZ FOUNG**

Asesor metodológico:

JAFIZA JOHANNA ALVIS

Asesor de contenido:

**LAURA PAEZ BROCHERO
Médico Psiquiatra**

Proyecto de investigación para optar al título de médico

**UNIVERSIDAD DEL NORTE
DIVISIÓN DE CIENCIAS DE LA SALUD
PREGRADO - MEDICINA
IX SEMESTRE
BARRANQUILLA, 2021**



ACEPTACIÓN

Nota de aceptación

Jurado

Asesor metodológico

Asesor de contenido



AGRADECIMIENTOS

Deseamos resaltar el apoyo recibido por parte de nuestros asesores metodológicos, la Dra Jafiza Johanna Alvis y el Dr Edgar Navarro Lechuga, por su atención y disposición en todo momento para la orientación del desarrollo de la investigación y resolver nuestras dudas; al igual que la Dra Laura Paez, asesora de contenido.

Un profundo agradecimiento a la Dra Sylena Chiquillo, perteneciente a la IPS Mi Red, por disponernos de una amplia base de datos, la cual fue de gran utilidad para la obtención de información y resultados en el estudio.

Gracias a todos los sujetos de investigación por aceptar su participación en el estudio, por brindar parte de su tiempo para responder nuestras llamadas, contestar las encuestas y confiar en los investigadores para mantener su información personal en confidencialidad.



DEDICATORIA

Deseamos dedicar esta ardua investigación a nuestros padres, asesores y futuros colegas, los cuales nos han brindado su apoyo, motivación, dedicación y asesoría, de manera constante, a lo largo de este año y medio de trabajo investigativo. Y especialmente a toda la población a la que dicho proyecto va dirigido.

RESUMEN	13
ABSTRACT	14
INTRODUCCIÓN	15
CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO	17
1.1 Depresión	17
1.1.1 Factores de Riesgo	17
1.1.2 Clasificación	18
1.1.3 Diagnóstico	18
1.2 Ansiedad	19
1.2.1 Signos y Síntomas	19
1.2.2 Factores de Riesgo	20
1.2.3 Métodos Diagnósticos	20
1.2.4 Métodos de Tamizaje	20
1.3 Trastorno de estrés agudo	21
1.3.1 Signos y síntomas	21
1.3.2 Factores de riesgo	22
1.3.3 Características diagnósticas	23
1.4 DASS-21	23
1.5 Diabetes	25
1.5.1 Factores de riesgo	25
1.5.2 Manifestaciones	25
1.5.3 Métodos Diagnósticos	26
1.5.4 Tratamiento	26
CAPÍTULO II. METODOLOGÍA	30
2.1 TIPO DE ESTUDIO	30
2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	30
2.3 VARIABLES	31
2.4 PLAN DE RECOPIACIÓN DE DATOS	32
2.4.1 Fase de sensibilización	32

2.4.2 Fase de recolección	32
2.5 Aspectos Éticos	33
2.6 PROCESAMIENTO	33
2.7 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS	33
CAPÍTULO III. RESULTADOS	35
3.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE SUJETOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II	35
3.3. FACTORES ANTROPOMÉTRICOS DE LOS SUJETOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II	38
3.4. FACTOR DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO DE LOS SUJETOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II	39
3.5. DETERMINACIÓN DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS DE LOS SUJETOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II	40
3.6. DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS DE SUJETOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II Y SU RELACIÓN CON FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	41
3.7. DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS DE SUJETOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II Y SU RELACIÓN CON FACTORES CONDUCTUALES	53
3.8. DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS DE SUJETOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II Y SU RELACIÓN CON FACTORES ANTROPOMÉTRICOS	57
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN	64
CAPÍTULO V. CONCLUSIÓN	68
BIBLIOGRAFÍA	71
ANEXOS	1
	7



LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Factores sociodemográficos de los sujetos de investigación con Diabetes Mellitus tipo II. IPS de primer nivel de atención. Barranquilla - Atlántico, 2020-2021. Página 37

Tabla 2. Factores conductuales de los sujetos de investigación con Diabetes Mellitus tipo II. IPS de primer nivel de atención. Barranquilla - Atlántico, 2020-2021. Página 39

Tabla 3. Factores antropométricos de los sujetos de investigación con Diabetes Mellitus tipo II. IPS de primer nivel de atención. Barranquilla - Atlántico, 2020-2021. Página 40

Tabla 4. Factor de tratamiento de los sujetos de investigación con Diabetes Mellitus tipo II. IPS de primer nivel de atención. Barranquilla - Atlántico, 2020-2021. Página 41

Tabla 5. Depresión, ansiedad y estrés en los sujetos de investigación con Diabetes Mellitus tipo II. IPS de primer nivel de atención. Barranquilla - Atlántico, 2020-2021. Página 42

Tabla 6. Factores sociodemográficos relacionados con depresión, ansiedad y estrés en sujetos con Diabetes Mellitus tipo II. IPS de primer nivel de atención. Barranquilla - Atlántico, 2020-2021. Página 43

Tabla 7. Factores conductuales relacionados con depresión, ansiedad y estrés en sujetos con Diabetes Mellitus tipo II. IPS de primer nivel de atención. Barranquilla - Atlántico, 2020-2021. Página 52

Tabla 8. Factores antropométricos relacionados con depresión, ansiedad y estrés en sujetos con Diabetes Mellitus tipo II. IPS de primer nivel de atención. Barranquilla - Atlántico, 2020-2021

Tabla 9. Factores de tratamiento relacionados con depresión, ansiedad y estrés en sujetos con Diabetes Mellitus tipo II. IPS de primer nivel de atención. Barranquilla - Atlántico, 2020-2021



LISTA DE ESQUEMAS

Esquema 1. Puntuación escala DASS-21. Página 24

Esquema 2. Variables presentes en el estudio. Página 32



LISTA DE ANEXOS

- Anexo 1. Operacionalización de variables. Página 77
- Anexo 2. Encuesta estructurada. Página 82
- Anexo 3. Aprobación por parte del comité de ética. Página 85
- Anexo 4. Aprobación por parte del comité científico de Mi Red. Página 91
- Anexo 5. Consentimiento informado. Página 92
- Anexo 6. Histograma de la distribución de edad de los sujetos de investigación con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. Página 93
- Anexo 7. Gráfico de barras de sexo de los sujetos de investigación con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. Página 95
- Anexo 8. Gráfico de barras de antecedentes de los sujetos de investigación con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. Página 95
- Anexo 9. Gráfico de barras de apoyo social de los sujetos de investigación con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. Página 98
- Anexo 10. Gráfico de barras de adherencia al tratamiento de los sujetos de investigación con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. Página 98
- Anexo 11. Gráfico de barras de nivel de ansiedad de los sujetos de investigación con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. Página 99
- Anexo 12. Gráfico de barras de nivel de depresión de los sujetos de investigación con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. Página 100
- Anexo 13. Gráfico de barras de nivel de estrés de los sujetos de investigación con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. Página 101



GLOSARIO DE TÉRMINOS

Ansiedad: respuesta anticipatoria a una amenaza futura.

Antropometría: Mediciones comparativas del cuerpo humano, sus diferentes partes y proporciones.

DASS-21: Escala de autoreporte de depresión ansiedad y estrés, la cual incluye 3 subescalas que evalúan la presencia de efectos negativos de depresión, ansiedad y estrés.

Depresión: síndrome afectivo, caracterizado por la presencia de estados de tristeza, alteraciones cognitivas y síntomas somáticos.

Diabetes mellitus tipo II: metabolismo anormal en el cual se produce la pérdida progresiva de secreción de insulina por parte de las células beta, junto con una resistencia a esta misma, resultando en un déficit de insulina.

Estrés: patrón de respuestas específicas y no específicas que una persona experimenta ante los estímulos que perturban su equilibrio y que retan o excedan su capacidad de hacerles frente.

IMC: Índice de masa corporal, es la relación entre peso entre talla al cuadrado.

Bajo peso: IMC menor a 18,49 kg/m²

Peso normal: IMC entre 18,5 y 24,9 kg/m²

Sobrepeso: IMC entre 25 y 29,9 kg/m²

Obesidad grado I: IMC entre 30 y 35,49 kg/m²

Obesidad grado II: IMC entre 35,5 y 39,9 kg/m²

Obesidad mórbida: IMC mayor a 40 kg/m²

Test de Morisky-Green-Levine: Escala que valora el cumplimiento de la medicación en sujetos con enfermedades crónicas.

Test de MOS: Escala que permite medir el grado de apoyo social que se recibe.

Trastorno de ansiedad: trastorno que comparte características de miedo y ansiedad excesiva, al igual que alteraciones conductuales asociadas.



Trastorno del estrés: forma patológica del estrés, teniendo como característica esencial la duración de los síntomas representativos del estrés, por al menos 3 días y máximo 1 mes.

Variables sociodemográficas: Conjunto de datos de naturaleza social, las cuales explican las características de la población, a partir del análisis que se realice según su comportamiento.

RESUMEN

Introducción: La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que se ha convertido en una pandemia constituyendo un problema de salud pública en el mundo. Se ha logrado estimar que la frecuencia de los trastornos psiquiátricos en sujetos con diabetes mellitus tipo II aun cuando es variable son un factor de riesgo para desarrollar complicaciones asociadas.

Objetivo: Determinar la depresión, ansiedad y estrés en sujetos con Diabetes Mellitus tipo II mayores de 45 años y su relación con factores de riesgo en la ciudad de Barranquilla, Atlántico.

Materiales y Métodos: Estudio observacional descriptivo transversal, para recolectar los datos se utilizó una encuesta estructurada y los datos se obtuvieron de fuente primaria, a partir de sujetos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II asistentes a una IPS de primer nivel en la ciudad de Barranquilla

Resultados: De los 251 sujetos de investigación con diagnósticos de diabetes mellitus tipo II encuestados, se observó que el 29,6% (n. 74), el 24,4% (n. 61) y el 27,6% (n. 68) padecían de depresión, ansiedad y estrés respectivamente. Adicionalmente, al momento de relacionar estas enfermedades con factores sociodemográficos, de tratamiento, antropométricos y conductuales se observó de manera especial que, con respecto a sus factores sociodemográficos, más específicamente, un porcentaje de la población cercano al 45% no contaba con un apoyo social máximo, presentando el 19% (n. 47) depresión ($p < 0,01$), 15% (n. 39) ansiedad ($p < 0,01$) y el 17% (n. 43) estrés igualmente con un valor de $p < 0,01$. De igual manera, los sujetos con no adherencia al tratamiento y el consumo no diario de frutas y verduras presentaban estas enfermedades con valor de $p < 0,05$ en ambas situaciones.

Conclusiones: Se concluye que la depresión, ansiedad y estrés, aunque no se presentan en gran proporción en la población encuestada con diabetes mellitus tipo II es posible relacionarla con factores sociales y de tratamiento.

Palabras clave: Depresión, ansiedad, estrés psicológico, diabetes mellitus



ABSTRACT

Introduction: Diabetes mellitus is a chronic disease that has become a pandemic, constituting a public health problem around the world. It has been estimated that the frequency of psychiatric disorders in patients with type II diabetes is a risk factor for developing its associated complications

Objective: Determine depression, anxiety and stress in patients over 45 years of age with type II diabetes and their relationship with risk factors in the city of Barranquilla, Atlántico

Methods: We conducted a cross-sectional, descriptive and observational study among patients above 45 years of age with type II diabetes. A structured survey created by the researchers was used to assess depression, anxiety and stress among other risk factors.

Results: Of the 251 surveyed subjects with diagnosis of type II diabetes, it was observed that 70,5% (n. 177), 75,7% (n. 190) and 73% (n. 183) did not suffer from depression, anxiety and stress respectively. Additionally, when these conditions were related to risk factors like sociodemographic, treatment, behavioral and anthropometric factors, it was observed particularly in the sociodemographic factors, more specifically, in the social support a percentage close to 45% of the subjects didn't have maximum social support presenting 19% (n. 47) depression ($p < 0,01$), 15% (n. 39) anxiety ($p < 0,01$) and 17% (n. 43) stress with a p value $< 0,01$. Similarly, subjects with no adherence to their treatment and non daily consumption of fruits and vegetables suffered from these conditions with a p value $< 0,05$ in both situations.

Conclusion: Our study highlighted that although depression, anxiety and stress do not occur in a large proportion in the population with type II diabetes when it is possible

Key words: Depression, anxiety, stress, type II diabetes mellitus



INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus se ha convertido en una pandemia que constituye un problema de salud pública en el mundo; se considera además una enfermedad con una incidencia creciente, que alcanza todos los estratos de la población, influyendo en el deterioro de la calidad de vida de las personas que la padecen, generando pérdida en años de vida productiva y potencial, debido a la incapacidad y la muerte, manteniéndose como una de las principales causas de muerte. Adicionalmente esta misma aumenta la demanda de servicios asistenciales, generando altos costos de tratamiento y de esa manera acrecentando los costos de los sistemas de salud (1).

La diabetes mellitus afecta principalmente a poblaciones en países de bajos a medianos recursos, estimando que para el año 2030 se tendrá un aumento de 10.2% y 10.9% para 2045, de la población afectada (2). Según la Federación Internacional de Diabetes-FID, el número de personas que padecían diabetes era de 415 millones a nivel mundial en 2015, de las cuales el 18% vivían en América y el Caribe, por lo cual se estima que para el año 2040 dicha cifra ascendería a 642 millones, de los cuales alrededor de 109,3 millones de afectados corresponderá a América y el Caribe (3).

Por su parte, es evidente que las enfermedades psiquiátricas se han convertido en un problema de salud pública adicional por la carga de enfermedad y discapacidad que producen, llegando a intervenir en la vida diaria y funcionalidad del paciente (4). Se estima que la depresión afecta a 300 millones de personas alrededor del mundo (5), en donde el 30% de estos casos se vuelve crónica, mientras que la ansiedad solamente a nivel de Colombia se reporta en un 53% de la población (6). Varios estudios muestran la asociación entre enfermedad mental y enfermedades crónicas no transmisibles, e incluso se ha encontrado que la depresión es dos veces más frecuente en pacientes con diabetes (7); se



ha logrado estimar que la frecuencia de los trastornos psiquiátricos en pacientes con diabetes mellitus tipo II es variable, concluyendo en una prevalencia del 30-65% para depresión (8) y de un 14-80% para la ansiedad (9). Asimismo, durante las últimas dos décadas, múltiples estudios revelan que los síntomas depresivos no solo son un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo II, sino que también se ha demostrado que contribuyen a la hiperglucemia, las complicaciones diabéticas, discapacidad funcional y la mortalidad por todas las causas entre los pacientes diabéticos (10).

Con base a lo anterior, surge el cuestionamiento de cuál podría ser la relación o influencia de trastornos psiquiátricos, como la depresión, ansiedad y estrés, en un paciente con diabetes mellitus tipo II. Es evidente la importancia de esta relación, ya que se logrará generar beneficios favorables relacionados con el tratamiento oportuno de las condiciones de salud mental, las cuales indudablemente potencian las complicaciones en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II o agravan la mejoría y/o adherencia de la enfermedad. También contribuiría al fortalecimiento de las acciones de salud pública dirigidas a la dimensión de convivencia social y salud mental establecida en el Plan Decenal de Salud Pública. Razón por la cual se planteó como objetivo principal de la investigación el determinar depresión, ansiedad y estrés en pacientes con diabetes mellitus tipo II mayores de 45 años y su relación con factores de riesgo en la ciudad de Barranquilla - Atlántico, 2020-2021.

A raíz de ello, se consideraron como objetivos específicos determinar la depresión, ansiedad y estrés en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II en relación a factores sociodemográficos (edad, sexo, estado civil, estrato socioeconómico, apoyo social), factores conductuales (actividad física, consumo de tabaco, consumo de alcohol, consumo de frutas y verduras), factores antropométricos (IMC y comorbilidades) y factores de tratamiento (adherencia).



CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud-OMS define a la salud mental como un estado de bienestar en el que la persona es consciente de sus habilidades, puede afrontar con el estrés normal de la vida y puede trabajar de manera productiva y fructífera, es un estado donde la persona logra contribuir a su comunidad (11). De esta manera se logra entender que la salud mental puede verse alterada por factores externos e internos del individuo causantes de situaciones de estrés, y al mismo tiempo contribuye en el desarrollo de trastornos como ansiedad y depresión.

1.1 Depresión

A grandes rasgos la depresión, o también denominada depresión mayor, es un síndrome afectivo que se caracteriza por la presencia de estados de tristeza, alteraciones cognitivas y síntomas somáticos (12).

1.1.1 Factores de Riesgo

La Asociación Americana de Psiquiatría sintetiza de manera adecuada los factores más comunes y conocidos que pueden contribuir a desarrollar en algún momento de la vida la depresión, entre ellos se puede encontrar:

- Bioquímica, con esto se refiere a alteraciones a nivel de la neurotransmisión
- Genética, con respecto a la genética se ha encontrado que hay mayor propensión a padecer depresión si algún familiar también lo ha padecido. Se puede tomar como ejemplo a los gemelos donde si uno tiene el trastorno depresivo hay un 70% de posibilidad que el otro sufra del trastorno en algún momento de su vida
- Personalidad, factores como la baja autoestima sumada al pesimismo y a la incapacidad de poder afrontar situaciones de estrés que potencian la aparición de depresión

- Factores externos o ambientales

(13)

1.1.2 Clasificación

Existen dos sistemas de clasificación, estos son el Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos Mentales - DSM-IV y la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE-10, esta última haciendo distinción entre los trastornos bipolares y depresivos a diferencia del DSM-V por lo cual se torna más práctico y objetivo (14). Teniendo esto en cuenta, según la Clasificación Internacional de Enfermedades – CIE-10, la depresión se puede clasificar como:

- Episodio depresivo leve
- Episodio depresivo moderado
- Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos
- Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos
- Otros episodios depresivos
- Episodio depresivo sin especificación

(15)

1.1.3 Diagnóstico

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM-V, para el diagnóstico adecuado de una depresión mayor se necesita de por lo menos 2 semanas con sintomatología, y de estos síntomas característicos se necesitaría padecer al menos estado de ánimo deprimido o pérdida de interés. Entre los síntomas característicos de la depresión se encuentran los siguientes:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día
- Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades
- Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso. O, aumento o disminución del apetito
- Insomnio o Hipersomnia casi todos los días
- Agitación o retraso psicomotor

- Fatiga o pérdida de energía casi todos los días
- Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva inapropiada
- Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones
- Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes, intentos de suicidio o plan específico para llevarlo a cabo Al mismo tiempo estos síntomas deben de afectar al individuo en su funcionalidad diaria y no se deben deber todos estos síntomas a otras razones fisiológicas

(12)

1.2 Ansiedad

La ansiedad es definida, según la DSM-IV, como aquella respuesta anticipatoria a una amenaza futura. Mientras que el trastorno de ansiedad es definido como aquel trastorno que comparte características de miedo y ansiedad excesiva, así como alteraciones conductuales asociadas (12).

1.2.1 Signos y Síntomas

La presentación de los signos y síntomas serán en aquellos pacientes que cursen con el trastorno de la ansiedad, sea generalizada o de forma específica como la sociable, dichas manifestaciones serán: (12)

- Dificil controlar las preocupaciones
- Preocupación diaria de circunstancias rutinarias de la vida
- Malestar subjetivo (relacionado a las preocupaciones constantes) - Inquietud o sensación de excitación o nerviosismo
- Facilidad para fatigarse
- Dificultad para concentrarse
- Irritabilidad
- Tensión muscular
- Trastornos del sueño
- Síntomas somáticos como taquicardia, disnea, mareos, etc.

1.2.2 Factores de Riesgo

- **Temperamentales:** Inhibición de la conducta, afectividad negativa y evitación del daño
- **Ambientales**
- **Genéticos y Fisiológicos:** 1/3 de los pacientes con trastornos de ansiedad generalizada son dados por factores genéticos
- **Contexto Social y Cultural**
- **Género:** Es más común en mujeres, alrededor del 55-60 % de quienes presentan el trastorno son mujeres

(12)

1.2.3 Métodos Diagnósticos

Para hacer diagnóstico de un trastorno de ansiedad, existen unos Criterios Diagnósticos dados por la CIE-10, donde el paciente afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días al menos por varias semanas seguidas; dentro de estos síntomas se deben de encontrar:

- **Aprensión:** Aquí el paciente sentirá preocupaciones acerca de calamidades venideras, dificultades de concentración, etc.
- **Tensión muscular:** El paciente cursará con agitación e inquietud psicomotora, cefalea tensional, temblor, incapacidad para relajarse, etc.
- **Hiperactividad vegetativa:** ya sean mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.

(16)

1.2.4 Métodos de Tamizaje

Se tienen disponibles escalas y/o cuestionarios los cuales permiten ser usados en el tamizaje de ansiedad ante un paciente. Las escalas y/o cuestionarios son:

- **Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg:** Útil para la evaluación de la severidad y la evolución del trastorno. Esta permite la detección de dos trastornos psicopatológicos, ansiedad y depresión, muy comunes en la atención

primaria. Este instrumento tiene una sensibilidad del 83,1%, especificidad del 81,8% y un valor predictivo positivo del 95,3%.

- Escala de Hamilton para la Ansiedad: En esta escala se hará una valoración de los signos y síntomas ansiosos, dando como resultado la frecuencia y la intensidad de la ansiedad del paciente.
- Escala HAD-Hospital, Ansiedad y Depresión: Consta de una escala de 14 ítems los cuales permiten la evaluación de la ansiedad y la depresión en pacientes que acudan al servicio hospitalario de consulta externa no psiquiátrica.
- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (cuestionario autoadministrado)
- Inventario de Ansiedad de Beck: estudia los síntomas de la ansiedad, evalúa las conductas anormales o patológicas de la ansiedad.
- Escalas Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Estas escalas fueron creadas con el fin de evaluar la presencia de afectos negativos de depresión, ansiedad y estrés, y lograr una discriminación máxima entre estas condiciones. Ésta fue la escala utilizada en la investigación.

(17, 18)

1.3 Trastorno de estrés agudo

El trastorno de estrés agudo es la forma patológica del estrés en el paciente, siendo este estrés propiamente dicho definido según el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), como *“El patrón de respuestas específicas y no específicas que una persona experimenta ante los estímulos que perturban su equilibrio y que retan o excedan su capacidad de hacerles frente.”*, la característica esencial del trastorno de estrés agudo es la duración de los síntomas característicos del estrés, los cuales deben ser presentados al menos por 3 días o máximo por un mes (16).

1.3.1 Signos y síntomas

- Síntomas de intrusión

- Recuerdos angustiosos recurrentes
- Sueños angustiosos recurrentes
- Reacciones disociativas en las que el individuo siente o actúa como si se repitiera el suceso traumático
- Malestar psicológico o reacciones fisiológicas importantes
- Estado de ánimo negativo
- Síntomas disociativos
 - Sentido alterado de la realidad del entorno o del individuo
 - Incapacidad de recordar un aspecto importante del suceso traumático
- Síntomas de evitación
 - Esfuerzos para evitar recuerdos o pensamientos del evento traumático
- Síntomas de alerta
 - Alteraciones del sueño
 - Comportamiento irritable
 - Hipervigilancia
 - Problemas de concentración
 - Respuesta de sobresalto exagerada

(12)

1.3.2 Factores de riesgo

Hay una amplia variedad de factores de riesgo, entre ellos destacan:

- Ambientales: Exposición a eventos traumáticos, ambiente desencadenante de estrés
- Temperamentales: Trastornos mentales previos, altos niveles de afecto negativo (neuroticismo), estilos de afrontamiento evitativos
- Genéticos: Antecedentes familiares de trastornos relacionados al estrés
- Fisiológicos: Patologías propias de la persona que puedan desencadenar estrés (12)

1.3.3 Características diagnósticas

El manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) nos indica 5 criterios diagnósticos, los cuales son:

1. Exposición a la muerte, lesión grave o violencia sexual, ya sea real o amenaza
2. Presencia de al menos nueve de los síntomas ya mencionados
3. La persistencia de los síntomas por no menos de 3 días ni menos de 1 mes
4. Deterioro social o laboral del individuo que no sea causado por cualquier patología distinta

(12)

1.4 DASS-21

En 1995, Lovibond & Lovibond crearon este cuestionario, llamada escala de depresión ansiedad y estrés (DASS-21), la cual incluye varias escalas que tienen como objetivos la evaluación de la presencia de afectos negativos de depresión, ansiedad y estrés, cumplir las exigencias psicométricas de la escala de autoreporte y lograr una discriminación máxima entre estas condiciones. DASS-21 es un instrumento de autorreporte, sencillo y fácil de responder (19, 20).

El DASS-21 consta de 3 subescalas, destinadas a la evaluación de depresión, ansiedad y estrés, del tipo Likert, de 4 puntos y de autorespuesta. Cada subescala está compuesta por 7 ítems o preguntas, para un total de 21 preguntas. El paciente indicará cuántas veces cada enunciado fue aplicado a sí mismo durante la última semana; se le será dado 4 posibilidades de respuesta de gravedad o frecuencia organizadas en una escala de 0-3 puntos:

- 0: no aplica
- 1: me aplico un poco o parte del tiempo
- 2: me aplico bastante o buena parte del tiempo
- 3: me aplico mucho o la mayor parte del tiempo

Teniendo en cuenta lo anterior, es importante mencionar que el resultado obtenido será una sumatoria de las respuestas seleccionadas en cada pregunta de cada una de las subescalas (21, 22).

Sus claves de puntuación con el punto de corte son las siguientes:

Esquema No. 1. Puntuación escala DASS-2-1.

Subescalas	Valor de referencia	Interpretación
Depresión	0-9	Sin depresión
	10-13	Depresión leve
	14-20	Depresión moderada
	21-27	Depresión grave
	≥28	Extremadamente grave
Ansiedad	0-7	Sin ansiedad
	8-9	Leve
	10-14	Moderada
	15-19	Grave
	≥20	Extremadamente grave
Estrés	0-14	Sin estrés
	15-18	Leve
	19-25	Moderada
	26-33	Grave
	≥34	Extremadamente grave

Fuente: Elaborado por los investigadores, teniendo en cuenta las referencias bibliográficas No. 21.

La subescala de depresión evalúa síntomas, como inercia, falta de placer por la vida, perturbación provocada por ansiedad, falta de interés/envolvimiento, falta de aprecio por sí mismo, desvalorización de la vida y desánimo. Mientras que la

subescala de ansiedad evalúa la excitación del sistema nervioso autónomo, efectos musculoesqueléticos, ansiedad situacional, experiencias subjetivas de ansiedad. Finalmente, la subescala de estrés evalúa dificultad para relajarse, excitación nerviosa, fácil perturbación/agitación, irritabilidad/reacción exagerada e impaciencia (21).

1.5 Diabetes

El término diabetes mellitus abarca las enfermedades que son causadas por un metabolismo anormal de los carbohidratos lo que desencadena una hiperglucemia en el paciente por encima de 180 mg/dl. Específicamente la diabetes mellitus tipo II se caracteriza por ser causada por la pérdida progresiva de secreción de insulina por parte de las células beta junto con una resistencia a esta misma, resultando en un déficit de insulina (23).

1.5.1 Factores de riesgo

- Edad mayor de 45 años
- Índice de masa corporal mayor a 25 kg/m²
- Antecedentes familiares de primer grado
- Sedentarismo
- Grupo étnico de alto riesgo como afroamericanos, hispanos y nativos americanos
- Historia de diabetes mellitus gestacional
- Hipertensión arterial
- Dislipidemia
- Hemoglobina glicosilada A1C $\geq 5,7$ por ciento
- Síndrome de ovario poliquístico

(23)

1.5.2 Manifestaciones

Los síntomas clásicos de la hiperglucemia incluyen la poliuria, la polidipsia,

nicturia visión borrosa y pérdida de peso. Es muy común que la aparición de los síntomas se de manera progresiva causando la no percatación del paciente y únicamente la evidencia sólo en retrospectiva después de saber su nivel de glucosa en sangre (23).

1.5.3 Métodos Diagnósticos

- Glucosa plasmática en ayunas (FPG) ≥ 126 mg/dL (7.0 mmol/L).
- Glucosa plasmática de ≥ 200 mg/dL (11.1 mmol/L) durante la prueba de tolerancia oral a la glucosa (OGTT).
- Hemoglobina glicosilada A1C $\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol). La prueba debe realizarse en un laboratorio utilizando un método que esté certificado por NGSP y estandarizado para el ensayo DCCT.
- Glucosa plasmática aleatoria ≥ 200 mg/dl (11.1 mmol/L).

(23) (24)

1.5.4 Tratamiento

El tratamiento de la diabetes en los pacientes no es únicamente farmacológico, sino que va íntimamente relacionado con la educación del paciente enfocándose a tomar estilos de vida más saludables que lo ayuden no sólo a disminuir su glucemia sino de mejorar todos los aspectos de vida en general (23).

El medicamento de primera línea en el tratamiento farmacológico es la metformina, si mantener los objetivos de la hemoglobina glicosilada por debajo de los niveles deseados se recurre a una gama de fármacos antidiabéticos en conjunto con fármacos antidiuréticos (23).

Hay un factor que es muy importante y es la educación de los pacientes acerca de su estilo de vida, sin importar la gravedad del paciente o los niveles de glucosa y hemoglobina glicosilada en sangre se establece que todos los pacientes deben recibir educación acerca de los estilos de vida saludable, el



cual incluye un estricto control nutricional, recomendaciones de actividad física para los pacientes Incluso intervenciones psicológicas o psiquiátricas debido a la íntima relación de la diabetes con problemas mentales como la depresión, la ansiedad o el estrés (23).

En el presente trabajo se medirá la adherencia al tratamiento, para esto es importante mencionar que existen varios tipos de instrumentos para medir la adherencia, pero nosotros utilizaremos la escala de Morisky-Green Levine.

La adherencia al tratamiento o cumplimiento terapéutico se ha definido como el comportamiento de la persona coincide con las recomendaciones relacionadas con la salud e incluyen la capacidad del paciente para asistir a citas programadas, tomar los medicamentos tal y como se indican, realizar los cambios en el estilo de vida recomendados y, por último, completar los estudios de laboratorio o pruebas solicitadas (25).

La Organización Mundial de la Salud-OMS considera la falta de adherencia a los tratamientos crónicos y sus consecuencias negativas clínicas y económicas, un tema prioritario de salud pública. Los pacientes toman decisiones sobre su medicación, considerando factores personales relativos a sus creencias, sobre la percepción de la causa de su enfermedad o la manera cómo cree que debe hacerle frente. Por lo tanto, no se les puede considerar como cumplidores de las prescripciones médicas, sino personas que toman decisiones autónomas, por lo cual el médico debe establecer una alianza con ellos, para mejorar la efectividad de los tratamientos farmacológicos; aquí es donde tiene un papel relevante la adherencia terapéutica y los pasos a seguir para alcanzarla (26).

El término adherencia da un aspecto activo de compromiso por parte del paciente y responsabiliza al médico para crear un contexto en el que el paciente entienda mejor su problema de salud, las consecuencias de seguir un tratamiento, facilite la toma de decisiones compartidas y como resultado mejore la efectividad de los

tratamientos farmacológicos. El término cumplimiento culpa directamente al paciente ya sea de forma intencionada, no intencionada, por ignorancia o por olvido. La mayoría de los estudios realizados hasta el momento sobre adherencia al tratamiento son de enfermedades crónicas que tienen un costo elevado para el paciente, para el sector salud y, como tal, para los gobiernos. Se ha estudiado en pacientes hipertensos, con dislipidemia, tuberculosis, diabetes mellitus y VIH (26).

Generalmente, la adherencia al tratamiento se estima como una variable binaria: cumplidor/no cumplidor, adherencia/no adherencia, y los factores que la determinan se clasifican en 4 áreas: (27)

- Relación médico-paciente: incluye la motivación que existe en el enfermo derivada de la relación con su médico tratante, la buena comunicación y, finalmente, la confianza en la obtención de un beneficio hace a los pacientes iniciar y mantener un tratamiento (28).
- El paciente y su entorno: destacan las creencias de cada paciente, su entorno emocional, afectivo, su rol en la sociedad, el aislamiento, las creencias sociales o mitos de salud (ejemplo: tomar medicinas sólo cuando no se siente bien y suspenderlas cuando se siente mejor, pensar que, “si la dosis prescrita es buena, una dosis mayor es mejor”, etc.) (26).
- La enfermedad: Es importante; se ha observado que a medida que aumenta la cronicidad el cumplimiento del tratamiento disminuye; la percepción subjetiva de la gravedad también influye, es decir, si el paciente cree que esa enfermedad es grave y pone en riesgo su vida cumple con mayor precisión el tratamiento y viceversa (26).
- La terapéutica: Se ha mostrado que cuando un tratamiento es corto y sencillo de seguir, el paciente tiene buena adherencia; ésta disminuye cuando el tratamiento es prolongado como en las enfermedades crónicas, cuando se utilizan varios fármacos en forma simultánea o el esquema de dosis es complicado; también cuando la vía de administración requiere personal entrenado o el medicamento tiene efectos adversos

considerables; por ejemplo: virilización o impotencia (26, 29).

Por otro lado, se conocen distintos métodos para estimar la no adherencia al tratamiento: directos, indirectos y subjetivos. En el presente estudio se tuvo en cuenta este último (30). Los métodos subjetivos indirectos emplean cuestionarios, técnicas de entrevista, el juicio del médico y la impresión clínica. Dentro de las técnicas de entrevista

Entre los métodos subjetivos de estimación de no adherencia se encuentra el Test de Morisky - Green - Levine, desarrollado originalmente por Morisky, Green y Levine, para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial (HTA). Desde que la prueba fue introducida se ha usado en la valoración del cumplimiento terapéutico en diferentes enfermedades. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuesta dicotómica SÍ/NO, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretende valorar si el enfermo adopta actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad; se asume que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor. Presenta la ventaja de que proporciona información sobre las causas del incumplimiento (31).

Las preguntas, que se deben realizar entremezcladas con la conversación y de forma cordial, son las siguientes: (31)

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿Deja usted de tomarla?

El paciente es considerado como cumplidor si se responde de forma correcta a las 4 preguntas, es decir que responde a todas las preguntas No. (31)



CAPÍTULO II. METODOLOGÍA

2.1 TIPO DE ESTUDIO

Se llevó a cabo un estudio observacional de tipo descriptivo transversal.

2.2 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Denominados sujetos con diagnóstico de diabetes tipo II acorde a lo establecido en la guía de atención clínica para Diabetes Mellitus tipo II del Ministerio de Salud y Protección Social.

2.2.1. Población Diana: Sujetos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II en la ciudad de Barranquilla

2.2.2. Población Accesible: Sujetos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II asistentes al programa de control de diabéticos en la institución prestadora de servicios de I nivel de atención Mi Red Barranquilla IPS S.A.S durante el período de 2020-2021.

2.2.3. Población Elegible: Sujetos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II asistentes al programa de control de diabéticos en la IPS Mi Red Barranquilla que cumplen:

- Criterios de Inclusión
 - Sujeto de investigación mayor de 45 años
 - Sujeto de investigación con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II
 - Sujeto de investigación con tratamiento farmacológico para diabetes mellitus tipo II
- Criterios de Exclusión
 - Sujeto de investigación que no firme el consentimiento informado
 - Sujetos con tratamiento farmacológico que pueda generar como efecto adverso depresión, ansiedad o estrés (Anticonvulsivantes, corticosteroides o medicamentos para tratar el Parkinson)

- Sujetos que reporten consumo de sustancias psicoactivas

Teniendo en cuenta que al momento de formulación del proyecto se desconocía el total de la población y prevalencia de la variable dependiente (depresión, ansiedad y estrés) se utilizaron supuestos correspondientes a: como población 500 sujetos, como prevalencia 50%, nivel de confianza del 95% y un error de 5%. Se utilizó para el cálculo de la muestra el software *Epidat Versión 3.1*, obteniéndose una muestra de 218 sujetos, a esta se le aumentó 15% para el tema de no respuesta o abandono del estudio para un total de 251 sujetos.

2.3 VARIABLES

Esquema No. 2. Variables presentes en el estudio.

MACROVARIABLES	MICROVARIABLES
Variables Sociodemográficas	Sexo
	Edad
	Nivel Educativo
	Grupo étnico
	Estado Civil
	Estrato Socioeconómico
	Antecedentes Familiares
Variables Conductuales	Apoyo Social
	Consumo de frutas y verduras
	Actividad Física
	Consumo de tabaco
	Consumo de Alcohol

Variables Antropométricas	Peso
	Estatura
	IMC
	Comorbilidades
Variable de tratamiento	Adherencia al tratamiento
VARIABLE DEPENDIENTE	Depresión, ansiedad y estrés.

Fuente: Elaborado por los investigadores.

Ver anexo 1.

2.4 PLAN DE RECOPIACIÓN DE DATOS

2.4.1 Fase de sensibilización

Se presentó el proyecto de investigación al Comité de Ética de la Universidad del Norte, y al Comité de Investigación de la IPS Mi Red de Barranquilla, en los cuales el proyecto fue revisado y avalado para su ejecución. (Ver anexo 3 y 4)

2.4.2 Fase de recolección

Para el proceso de recolección de datos se utilizaron fuentes mixtas, en este sentido algunas variables (factores sociodemográficos, conductuales, de tratamiento y nivel de depresión, ansiedad y estrés) se obtuvieron a partir de las respuestas de los sujetos de investigación a través de una encuesta estructurada, mientras que otras como los factores antropométricos se tomaron de la base de datos del programa de Diabetes Mellitus de la IPS Mi red SAS. Los sujetos se seleccionaron por conveniencia, es decir aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión hasta completar la totalidad de la muestra. Adicionalmente la encuesta se realizó a través de llamada telefónica y todas las respuestas se consignaron inicialmente en *Microsoft Word 365* y posteriormente se elaboró una base de datos en *Microsoft Excel 365*.



2.5 Aspectos Éticos

Según el artículo 11 de la resolución 8430 de 1993, se determinó que la investigación era de riesgo mínimo; asimismo se aseguró la confidencialidad o codificación de los datos a través de un consentimiento informado, el cual mostraba el objetivo, propósito, beneficios, la no remuneración financiera por participación y la libertad de abandono o retiro del estudio cuando así el sujeto lo haya considerado, sin generar ningún daño o perjuicio (31).

Adicionalmente, los sujetos que aceptaron participar en el estudio se le explicó de manera detallada y completa la justificación de la investigación, así como el consentimiento informado. Los resultados obtenidos fueron manipulados únicamente por el equipo investigador con responsabilidad y confidencialidad, para eso, no se expuso en ningún momento los sujetos con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo II.

El comité de ética de la Universidad del Norte de Barranquilla aprobó el estudio el día 29 de julio de 2021. Por su parte el Comité de Investigación de la IPS Mi Red aprobó el estudio el día 6 de septiembre de 2021.

2.6 PROCESAMIENTO

Con los datos recolectados se elaboró una base de datos en *Microsoft Excel 365*, todos los datos se revisaron y codificaron con el fin de controlar los sesgos de información. Para el análisis de la base se utilizó el software *SPSS versión 25*, en el mismo se realizó análisis univariado, bivariado, transformación y ordenamiento de las variables según los objetivos del estudio.

2.7 PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS

La presentación y análisis de los datos se realizó de acuerdo con la naturaleza y escala de medición de las variables, en este sentido para las variables



cualitativas se utilizaron medidas de frecuencia absoluta, relativa e intervalos de confianza, mientras que, para las cuantitativas, además de las mencionadas se utilizaron medidas de tendencia central y dispersión. Para la relación de variables independientes (Factores sociodemográficos, conductuales, de tratamiento y antropométricos) con la variable dependiente (depresión, ansiedad y estrés) se utilizó la prueba de Chi-cuadrado, considerándose significativamente estadístico cuando el valor de p fue $\leq 0,05$. Adicionalmente, la presentación y análisis de datos se organizó de acuerdo con los objetivos de la investigación.



CAPÍTULO III. RESULTADOS

Se aplicó una encuesta estructurada elaborada por los investigadores que contenía 3 test para aplicar en los sujetos de investigación; el test de morisky-green-levine para evaluar adherencia al tratamiento, el test de MOSS (apoyo social) y la escala DASS 21 para estimar la variable dependiente correspondiente a Depresión, Ansiedad y Estrés. La encuesta fue aplicada a 251 personas con un porcentaje de respuesta del 100%.

3.1. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DE SUJETOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II

El análisis se realizó en sujetos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, la edad promedio de los sujetos fue de 59,9 años \pm 8,8. El 25% tiene menos de 52 años y el 75% tiene 64 o menos años, además el grupo etario con mayor proporción fue del 56 a 65 años y 45 a 55 años representados por el 40,6% (n=102) y 39,8% (n=100), mientras que el de menor frecuencia fue el de 76 o más años con solo 4,4% (n=11) evidenciando todo esto que la mayoría de los sujetos de investigación se clasificaron como adultos medios y adultos mayores. (Tabla 1)

En referencia al sexo predominaron las mujeres con 64,5% (n=162). En cuanto al nivel educativo se observó que el 46,2% (n=116) sólo cursaron hasta primaria, en relación con el estrato socioeconómico se identificó que en su gran mayoría eran de estrato bajo y no pertenecían a ningún grupo étnico representados por el 94% (n=236) y 96,4% (n=242) proporcionalmente. Además, el 71,3% (n=179) se encontraban en pareja ya sea casado o en unión libre. (Tabla 1)

Por otra parte, el 60,5% tenía antecedente familiar de diabetes e hipertensión arterial. Adicionalmente, se logró estimar con el test de MOSS que en la población de estudio hubo un mayor porcentaje de personas con apoyo social máximo representado por el 63,7% (n=160). (Ver tabla 1)

Tabla No. 1. Factores sociodemográficos de los sujetos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II de una IPS de primer nivel de atención. Barranquilla-Atlántico. 2021-2022 (n. 251).

		n	%	Intervalo de Confianza al 95%
Sexo	Mujer	162	64,5	58,3 - 70,4
	Hombre	89	35,5	29,5 - 41,7
Edad				
Media, 59,9				
Percentil ₂₅ , 52	45 - 55 años	100	39,8	33,7 - 46,2
Percentil ₇₅ , 64	56 - 65 años	102	40,6	34,5 - 47
Mediana, 58	66 - 75 años	38	15,1	11 - 20,2
Desv. Típica, 8,8	76 o más años	11	4,4	2,2 - 7,7
Asimetría, 77,66				
Nivel educativo	Sin estudios	15	6	3,4 - 9,7
	Primaria	116	46,2	40 - 52,6
	Secundaria	77	30,7	25 - 37
	Técnico	33	13,1	9,2 - 18
	Tecnológico	6	2,4	0,9 - 5,1
	Pregrado	4	1,6	0,4 - 4
Grupo étnico	Indígena	2	0,8	0,1 - 3
	Room o gitano	0	0	-
	Afrocolombiano	7	2,8	1,1 - 5,7
	Otro	242	96,4	93,3 - 98,3
Estado civil	Soltero	59	23,5	18,4 - 29,2
	Casado	94	37,4	31,4 - 43,7
	Viudo	13	5,2	2,8 - 8,7
	Unión libre	85	33,9	28 - 40,1
Estrato socioeconómico	Bajo	236	94,0	53,8 - 66,2
	Medio	15	6,0	28 - 40,1

Antecedentes familiares	HTA	132	52,5	46,2 - 59
	DM	157	60,5	56,2 - 68,5
	Dislipidemias	22	8,8	5,6 - 13
	Enfermedad coronaria	51	23,3	15,5 - 25,8
	Nefropatías	19	7,6	4,6 - 11,7
Apoyo social	Máximo	160	63,7	57,4 - 70
	Medio	64	25,5	20,2 - 31,4
	Mínimo	27	10,8	7,2 - 15,2

Fuente: Elaborado por los investigadores

3.2. FACTORES CONDUCTUALES DE SUJETOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II

En cuanto a los factores conductuales se observó que el 53,8% (IC al 95%: 47,4% - 60%) no consumen diario frutas y verduras, el 96% (IC al 95%: 92,8% - 98%) no son fumadores, el 67% (IC al 95%: 60,7% - 72,7%) no consume alcohol y el 65% (IC al 95%: 60% - 71,2%) no realiza actividad física de manera rutinaria. (Tabla 2.)

Tabla No. 2. Factores conductuales de los sujetos de investigación con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II de una IPS de primer nivel de atención. barranquilla-atlántico. 2021-2022 (n. 251).

		N	%	Intervalo de Confianza al 95%
Consumo de frutas y verduras	Diario	116	46,2	40 - 52,6
	No diario	135	53,8	47,4 - 60
Tabaquismo	Si	10	4	2 - 7,2
	No	241	96	92,8 - 98

Consumo de alcohol	Nunca	168	67	60,7 - 72,7
	1 o menos veces al mes	66	26,3	21 - 32,2
	2-3 veces por semana	10	4%	2 - 7,2
	4 o más veces por semana	7	2,8	1,1 - 5,7
Actividad física	Si	87	35%	28,7 - 41
	No	164	65%	60 - 71,2

Fuente: Elaborado por los investigadores

3.3. FACTORES ANTROPOMÉTRICOS DE LOS SUJETOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II

Dentro de los factores antropométricos de los sujetos de investigación el 41,8% (IC al 95%: 35,6% - 48,2%) se encuentra en sobrepeso y dentro de las comorbilidades, el 54,5% (IC al 95%: 48,2% - 60%) presentan hipertensión arterial. (Ver tabla 3.)

Tabla No. 3. Factores antropométricos de los sujetos de investigación con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II de una IPS de primer nivel de atención. barranquilla-atlántico. 2021-2022 (n. 251).

		n	%	Intervalo de Confianza al 95%	
IMC	Bajo peso	8	3,2	1,4	6,1
	Peso	73	29,1	23,5	35,1

adecuado					
	Sobrepeso	105	41,8	35,6	48,2
	Obesidad grado I	47	17,7	14,1	24,1
	Obesidad grado II	15	6	3,4	9,7
	Obesidad mórbida	3	1,2	0,2	3,4
Comorbilidades	HTA	137	54,5	48,2	60
	Nefropatías	7	2,8	1,1	5,6
	Dislipidemias	3	1,2	0,2	3,4
	Retinopatías	6	2,4	0,9	5,1
	Neuropatías	1	0,4	0,01	2,2

Fuente: Elaborado por los investigadores

3.4. FACTOR DE ADHERENCIA A TRATAMIENTO DE LOS SUJETOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II

Dentro de la adherencia al tratamiento por medio del test de morisky-green-levine se demostró que el 54,2% (IC al 95%: 47,8% - 60,5%) no es adherente al tratamiento. (ver tabla 4.)

Tabla No. 4. Factor de tratamiento de los sujetos de investigación con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II de una IPS de primer nivel de atención. Barranquilla - Atlántico. 2020-2021 (n. 251).

n	%	Intervalo de Confianza al 95%
---	---	-------------------------------

Adherencia al tratamiento	Adherente	115	45,8	39,5	52,2
	No adherente	136	54,2	47,8	60,5

Fuente: Elaborado por los investigadores

3.5. DETERMINACIÓN DE DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS DE LOS SUJETOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II

Con respecto a la determinación de Depresión, Ansiedad y Estrés, se observó que los sujetos de investigación con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, se logró identificar que aproximadamente el 30% de los sujetos estudiados presentan algún grado de depresión, ansiedad y estrés; ya sea leve, moderada, severa o extremadamente severa. Representadas respectivamente por 7,2% (18), 12,4% (31), 4,4% (11) y 5,6% (14) para depresión; por 4,8% (12), 5,6% (14), 8,4% (21) y 5,6% (14) para ansiedad; y por 5,6% (14), 8% (20), 7% (17) y 7% (17) para estrés.

Por otro lado, su gran mayoría no presentaron depresión, ansiedad ni estrés representados por el 70,5% (n=177), 75,5% (n=190) y 73% (n=83). (Tabla 5)

Tabla No. 5. Depresión, ansiedad y estrés en los sujetos de investigación con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II de una IPS de primer nivel de atención. Barranquilla-Atlántico. 2021-2022 (n. 251).

		n	%	Intervalo de confianza al 95%	
Depresión	Sin depresión	177	70,5	64,4	76,1
	Leve	18	7,2	4,3	11,1
	Moderada	31	12,4	8,5	17,1
	Severa	11	4,4	2,2	7,7
	Extremadamente severa	14	5,6	3,1	9,2

Ansiedad	Sin ansiedad	190	75,7	70	80
	Leve	12	4,8	2,5	8,2
	Moderada	14	5,6	3,1	9,2
	Severa	21	8,4	5,2	12,5
	Extremadamente severa	14	5,6	3,1	9,2
Estrés	Sin estrés	183	73	67	78,3
	Leve	14	5,6	3,1	9,2
	Moderado	20	8	5	12
	Severo	17	7	4	10,6
	Extremadamente severo	17	7	4	10,6

Fuente: Elaborado por los investigadores

3.6. DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS DE SUJETOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II Y SU RELACIÓN CON FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

Con relación a la variable depresión y su relación con las variables sociodemográficas se observó que no presentaron depresión y que además la mayoría de sujetos eran hombres con un 75,3% (n. 67); dentro del grupo de 55 a 65 años con un 72,5% (n. 74), sujetos que no pertenecen a un grupo étnico con un 71,1% (n. 172) y sujetos de estrato socioeconómico medio con un 80% (n.12), además se observó una relación entre antecedente familiar de hipertensión con un 64,4% (n. 85) y antecedente familiar de nefropatías con un 57,9% (n. 11), sin embargo no se observa una asociación estadística ($p>0,05$) entre estas variables y la depresión. (ver tabla 6)

Con relación a la variable depresión y su relación con el estado civil, nivel educativo, apoyo social, antecedente familiar de diabetes mellitus, enfermedad coronaria y dislipidemias, se observó que el mayor porcentaje de sujetos que no tienen depresión estaban en unión libre 75,3% (n. 64), no tienen ningún tipo de formación académica 80% (n. 12), tienen antecedente familiar de diabetes

mellitus 72,3% (n. 68), enfermedad coronaria 45,5% (n. 10) y dislipidemias 52,9% (n. 27). Además se logró observar una relación entre la variable depresión y la variable apoyo social ya que el 83,1% (n. 133) de personas que no tienen depresión tiene apoyo social máximo. Sumado a esto se logró observar que todas estas variables tienen alguna relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$). (ver tabla 6)

Con respecto a la variable ansiedad y su relación con el sexo, edad, estrato socioeconómico, estado civil, antecedente familiar de hipertensión, diabetes, dislipidemias y nefropatías; se encontró que dentro de los hombres la mayoría 80,9% (n. 72), en los mayores de 76 años el 81,8% (n. 9), en el estrato socioeconómico bajo el 75,8% (n. 179), en el estado civil la mayoría de sujetos solteros 78% (n. 46), y dentro de los antecedentes familiares de hipertensión 72% (n. 95), diabetes 75,2% (n. 118), dislipidemias 54,5% (n. 12) y nefropatías 78,9% (n. 15) no presentaban ansiedad, sin embargo no existe una relación estadísticamente significativa entre estas variables ($p > 0,05$). Por otro lado se logró observar que existe una relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$), entre la variable ansiedad y su relación con el grupo étnico, el nivel educativo, el apoyo social y el antecedente familiar de enfermedad coronaria; se logró evidenciar que de los sujetos que no pertenecían a ningún grupo étnico el 75,7% (n. 190), el 100% (n. 4) de los que cursaron pregrado, el 86,3% (n. 138) con apoyo social máximo y el 100% (n. 1) de los sujetos con antecedente de enfermedad coronaria, ninguno presentó ansiedad. (ver tabla 6)

Hablando de la variable estrés y su relación con el sexo, edad, estado civil, estrato socioeconómico, antecedente familiar de hipertensión diabetes y nefropatías, se observó que, la mayoría de hombres 77,5% (n. 69), la mayoría del grupo de edad de 66 - 75 años 84,2% (n. 32), el 73,3% (n. 11) del estrato socioeconómico medio, el 74,6% (n. 44) de los solteros, el 55,9% (n. 87) del grupo de sujetos con antecedente familiar de hipertensión, 70,1% (n. 110) con antecedente de diabetes y 73,7% (n. 14) con antecedente de nefropatía, ninguno presenta estrés, sin embargo se pudo observar que no existe asociación estadísticamente significativa entre las variables ($p > 0,05$). En cuanto a la relación de la variable estrés con el grupo étnico, el nivel educativo, el antecedente familiar de enfermedad coronaria y el apoyo social, se observó que, el 74% (n. 179) de los que no pertenecen a ningún grupo étnico, el 80% (n. 12) de los sujetos que no tienen formación académica, el 54,9% (n. 28) de los que tienen antecedente de enfermedad coronaria y el 84,4% (n. 135) del grupo que tiene apoyo social máximo, no presentaban estrés, además se pudo evidenciar



que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables ($p < 0,05$). (ver tabla 6)

Tabla 6. Factores sociodemográficos relacionados con depresión, ansiedad y estrés en sujetos con Diabetes Mellitus tipo II. IPS de primer nivel de atención. Barranquilla - Atlántico, 2020-2021 (n. 251).

Variable		Depresión					Valor de p
		Sin depresión	Leve	Moderada	Severa	Extremadamente severa	
Sexo	Masculino	75,3% (n. 67)	9% (n. 8)	9% (n. 8)	3,4% (n. 3)	3,4% (n. 3)	0,42
	Femenino	67,9% (n. 110)	6,2% (n. 10)	14,2% (n. 23)	4,9% (n. 8)	4,4% (n. 11)	
Edad	45 a 55 años	69% (n. 69)	4% (n. 4)	14% (n. 14)	5% (n. 5)	8% (n. 8)	0,57
	56 a 65 años	72,5% (n. 74)	6,9% (n. 7)	12,7% (n. 13)	2,9% (n. 3)	4,9% (n. 5)	
	66 a 75 años	68,4% (n. 26)	13,2% (n. 5)	10,5% (n. 4)	5,3% (n. 2)	2,6% (n. 1)	
	76 o más	72,7% (n. 8)	18,2% (n. 2)	0% (n. 0)	9,1% (n. 1)	0% (n. 0)	
Grupo étnico	Indígena	50% (n. 1)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	50% (n. 1)	0,22
	Afrocolombiano	57,1% (n. 4)	14,3% (n. 1)	28,6% (n. 2)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	

	Otro	71,1% (n. 172)	7% (n. 17)	12% (n. 29)	4,5% (n. 11)	5,4% (n. 13)	
Estrato socioeconómico	Bajo (1-2)	69,9% (n. 165)	7,6% (n. 18)	11,9% (n. 28)	4,7% (n. 11)	5,9% (n. 14)	0,44
	Medio (3-4)	80% (n. 12)	0% (n. 0)	20% (n. 3)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	
Estado civil	Soltero	62,7% (n. 37)	15,3% (n. 9)	6,8% (n. 4)	1,7% (n. 1)	13,6% (n. 8)	0,00
	Casado	71,3% (n. 67)	4,3% (n. 4)	18,1% (n. 17)	2,1% (n. 2)	4,3% (n. 4)	
	Viudo	69,2% (n. 9)	7,7% (n. 1)	7,7% (n. 1)	7,7% (n. 1)	7,7% (n. 1)	
	Unión libre	75,3% (n. 64)	4,7% (n. 4)	10,6% (n. 9)	8,2% (n. 7)	1,2% (n. 1)	
Nivel educativo	Sin formación	80% (n. 12)	20% (n. 3)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0.02
	Primaria	72,4% (n. 84)	6,9% (n. 8)	12,9% (n. 15)	2,5% (n. 3)	5,2% (n. 6)	
	Secundaria	71,4% (n. 55)	7,8% (n. 6)	9,1% (n. 7)	9,1% (n. 7)	2,6% (n. 2)	
	Tecnológico	60,6% (n. 20)	3% (n. 1)	15,2% (n. 5)	3% (n. 1)	18,2% (n. 6)	
	Tecnico	50% (n. 3)	0% (n. 0)	50% (n. 3)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	

	Pregrado	75% (n. 3)	0% (n. 0)	25% (n. 1)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	
Antecedentes	HTA	64,4% (n. 85)	7,6% (n. 10)	13,6% (n. 18)	4,5% (n. 6)	9,8% (n. 13)	0,18
	DM	72,3% (n. 68)	6,4% (n. 6)	13,8% (n. 13)	7,4% (n. 7)	0% (n. 0)	0,01
	Dislipidemias	45,5% (n. 10)	22,7% (n. 5)	31,8% (n. 7)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0,00
	Enfermedad coronaria	52,9% (n. 27)	13,7% (n. 7)	3,9% (n. 2)	3,9% (n. 2)	25,5% (n. 13)	0,00
	Nefropatías	57,9% (n. 11)	21,1% (n. 4)	21,1% (n. 4)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0,28
Apoyo social	Mínimo	18,5% (n. 5)	7,4% (n. 2)	25,9% (n. 7)	7,4% (n. 2)	40,7% (n. 11)	0,00
	Medio	60,9% (n. 39)	9,4% (n. 6)	21,9% (n. 14)	4,7% (n. 3)	3,1% (n. 2)	
	Máximo	83,1% (n. 133)	6,3% (n. 10)	6,3% (n. 10)	3,8% (n. 6)	0,6% (n. 1)	

Variable		Ansiedad					Valor de P
		Sin ansiedad	Leve	Moderada	Severa	Extremadamente severa	
Sexo	Masculino	80,9% (n. 72)	3,4% (n. 3)	3,4% (n. 3)	5,6 (n. 5)	6,7% (n=6)	0,42
	Femenino	72,8% (n. 118)	5,6% (n. 9)	6,8% (n. 11)	9,9% (n. 16)	4,8% (n. 8)	
Edad	45 a 55 años	70% (n. 70)	45 (n. 4)	65 (n. 6)	14% (n. 14)	6% (n. 6)	0,61
	56 a 65 años	75,4% (n. 81)	4,9% (n. 5)	5,9% (n. 6)	4,9% (n. 5)	4,9% (n. 5)	
	66 a 75 años	78,9% (n. 30)	7,9% (n. 3)	2,6% (n. 1)	5,3% (n. 2)	5,3% (n. 2)	
	76 años o más	81,8% (n. 9)	0% (n. 0)	9,1% (n. 1)	0% (n. 0)	9,1% (n.1)	
Grupo étnico	Indígena	0% (n. 0)	50% (n. 1)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	50% (n. 1)	0,01
	Afrocolombiano	71,4% (n. 5)	14,3% (n. 1)	0% (n. 0)	14,3% (n. 1)	0% (n. 0)	
	Otro	75,7% (n. 190)	4,8% (n. 12)	5,6% (n. 14)	8,4% (n. 21)	5,6% (n. 14)	



Estrato socioeconómico	Bajo (1-2)	75,8% (n. 179)	4,7% (n. 11)	5,9% (n. 14)	7,6% (n. 18)	5,9% (n. 14)	0,34
	Medio (3-4)	73,3% (n. 11)	6,7% (n. 1)	0% (n.0)	20% (n. 3)	0% (n. 0)	
Estado civil	Soltero	78% (n. 46)	6,8% (n. 4)	0% (n. 0)	8,5% (n. 5)	6,8% (n.4)	0,72
	Casado	76,6% (n. 72)	3,2% (n. 3)	5% (n. 5)	11% (n. 10)	4,3% (n. 4)	
	Viudo	69,2% (n. 9)	7,7% (n. 1)	7,7% (n. 1)	7,7% (n. 1)	7,7% (n. 1)	
	Unión libre	74,1% (n. 63)	4,7% (n. 4)	9,4% (n. 8)	5,9% (n. 5)	5,9% (n. 5)	
Nivel educativo	Sin formación	80% (n. 12)	13,3% (n. 2)	6,7% (n. 1)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0,00
	Primaria	81% (n. 94)	4,3% (n. 5)	2,6% (n. 3)	9,5% (n. 11)	2,6 % (n. 3)	
	Secundaria	74% (n. 57)	5,2% (n. 4)	10,4% (n. 8)	6,5% (n. 5)	3,9% (n. 3)	
	Tecnológico	60,6% (n. 20)	3% (n. 1)	6,1% (n. 2)	6,1% (n. 3)	24,2% (n. 8)	
	Tecnico	50% (n. 3)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	50% (n. 3)	0% (n. 0)	
	Pregrado	100% (n. 4)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	

Antecedentes	HTA	72% (n. 95)	3,8% (n. 5)	6,8% (n. 9)	9,1% (n. 12)	8,3% (n. 11)	0,64
	DM	75,2% (n. 118)	5,7% (n. 9)	4,5% (n. 7)	7% (n. 11)	7,6% (n. 12)	0,20
	Dislipidemias	54,5% (n. 12)	9,1% (n. 2)	18,2% (n. 4)	18,2% (n. 4)	0% (n. 0)	0,09
	Enfermedad coronaria	100% (n. 1)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0,00
	Nefropatías	78,9% (n. 15)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	21,1% (n. 4)	0% (n. 0)	0,47
Apoyo social	Mínimo	33,3% (n. 9)	0% (n. 0)	11,1% (n. 3)	25,9% (n. 7)	29,6% (n. 8)	0,00
	Medio	67,2% (n. 43)	10,9% (n. 7)	4,7% (n. 3)	9,4% (n. 6)	7,8% (n. 5)	
	Máximo	86,3% (n. 138)	3,1% (n. 5)	5% (n. 8)	5% (n. 8)	0,6% (n. 1)	
		Estrés					

Variable		Sin estrés	Leve	Moderado	Severo	Extremadamente severo	Valor de P
Sexo	Masculino	77,5% (n. 69)	5,6% (n. 5)	7,9% (n. 7)	5,6% (n. 5)	3,4% (n. 3)	0,55
	Femenino	70,4% (n. 114)	5,6% (n. 9)	8% (n. 13)	7,4% (n. 12)	8,6% (n. 14)	
Edad	45 - 55 años	65% (n. 65)	8% (n. 8)	7% (n. 7)	12% (n. 12)	8% (n. 8)	0,12
	56 - 65 años	76,5% (n. 78)	5,9% (n. 6)	10,8% (n. 11)	1% (n. 1)	5,9% (n. 6)	
	66 - 75 años	84,2% (n. 32)	0% (n. 0)	2,6% (n. 1)	7,9% (n. 3)	5,3% (n. 2)	
	76 años o más	72,7% (n. 8)	0% (n. 0)	9,1% (n. 1)	9,1% (n. 1)	9,1% (n. 1)	
Grupo étnico	Indígena	50% (n. 1)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	50% (n. 1)	0,01
	Afrocolombiano	42,9% (n. 3)	28,6% (n. 2)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	28,6% (n. 2)	
	Otro	74% (n. 179)	5% (n. 12)	8,3% (n. 20)	7% (n. 17)	5,8% (n. 14)	
Estrato	Bajo (1-2)	72,9% (n. 172)	5,9% (n. 14)	8,1% (n. 19)	6,4% (n. 15)	6,8% (n. 16)	0,74

socioeconómico	Medio (3-4)	73,3% (n. 11)	0% (n. 0)	6,7% (n. 1)	13,3% (n. 2)	6,7% (n. 1)	
Estado civil	Soltero	74,6% (n. 44)	74,5% (n. 4)	5,1% (n. 3)	6,8% (n. 4)	6,8% (n. 4)	0,88
	Casado	74,5% (n. 70)	4,3% (n. 4)	9,6% (n. 9)	5,3% (n. 5)	6,4% (n. 6)	
	Viudo	76,9% (n. 10)	7,7% (n. 1)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	15,4% (n. 2)	
	Unión libre	69,4% (n. 59)	5,9% (n. 5)	9,4% (n. 8)	9,4% (n. 8)	5,9% (n. 5)	
Nivel educativo	Sin formación	80% (n. 12)	6,7% (n. 1)	0% (n. 0)	13,3% (n. 2)	0% (n. 0)	0,00
	Primaria	78,4% (n. 91)	4,3% (n. 5)	8,6% (n. 10)	5,2% (n. 4)	5,2% (n. 6)	
	Secundaria	74% (n. 57)	7,8% (n. 6)	6,5% (n. 5)	6,5% (n. 5)	5,2% (n. 4)	
	Tecnológico	51,5% (n. 17)	3% (n. 1)	6,5% (n. 5)	9,1% (n. 3)	21,2% (n. 7)	
	Tecnico	50% (n. 3)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	50% (n. 3)	0% (n. 0)	
	Pregrado	75% (n. 3)	25% (n. 1)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	
Antecedentes	HTA	55,9% (n. 87)	6,1% (n. 8)	11,4% (n. 15)	6,8% (n. 9)	9,8% (n. 13)	0,25

	DM	70,1% (n. 110)	5,7% (n. 9)	7% (n. 11)	8,3% (n. 13)	8,9% (n. 14)	0,26
	Dislipidemias	54,5% (n. 12)	4,5% (n. 1)	13,6% (n. 3)	27,3% (n. 6)	0% (n. 0)	0,01
	Enfermedad coronaria	54,9% (n. 28)	0% (n. 0)	11,8% (n. 6)	11,8% (n. 6)	21,6% (n. 11)	0,00
	Nefropatías	73,7% (n. 14)	10,5% (n. 2)	0% (n. 0)	15,8% (n. 3)	0% (n. 0)	0,56
Apoyo social	Mínimo	33,3% (n. 9)	3,7% (n. 1)	3,7% (n. 1)	22,2% (n. 6)	37% (n. 10)	0,00
	Medio	60,9% (n. 39)	9,4% (n. 6)	9,4% (n. 6)	12,5% (n. 8)	7,8% (n. 5)	
	Máximo	84,4% (n. 135)	4,4% (n. 7)	8,1% (n. 13)	1,9% (n. 3)	1,3% (n. 2)	

3.7. DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS DE SUJETOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II Y SU RELACIÓN CON FACTORES CONDUCTUALES

En cuanto a la relación entre los factores conductuales se observó que el 74,1% (n. 86) de los sujetos que consumen frutas y verduras a diario no tenían depresión; además se observó que fue la única relación estadísticamente significativa ($p < 0,05$) en relación a los factores conductuales y la depresión, ansiedad y estrés. (ver tabla 7)

Tabla 7. Factores conductuales relacionados con depresión, ansiedad y estrés en sujetos con Diabetes Mellitus tipo II. IPS de primer nivel de atención. Barranquilla - Atlántico, 2020-2021 (n. 251).

Variable		Depresión					Valor de p
		Sin depresión	Leve	Moderada	Severa	Extremadamente severa	
Consumo de frutas y verduras	Diario	74,1% (n. 86)	5,2% (n. 6)	13,8% (n. 16)	5,2% (n. 6)	1,7% (n. 2)	0,01
	No diario	67,7% (n. 90)	9% (n. 12)	11,3% (n. 15)	3% (n. 4)	9% (n. 12)	
Actividad física	Si	77% (n. 67)	4,6% (n. 4)	10,3% (n. 9)	3,4% (n. 3)	4,6% (n. 4)	0,56
	No	67,1% (n. 110)	8,5% (n. 14)	13,4% (n. 22)	4,9% (n. 8)	6,1% (n. 10)	

Consumo de alcohol	Nunca	71,4% (n. 120)	6% (n. 10)	12,5% (n. 21)	3,6% (n. 6)	6,5% (n. 11)	0,05
	1 o menos veces al mes	66,7% (n. 44)	7,6% (n. 5)	13,6% (n. 9)	7,6% (n. 5)	4,5 (n. 3)	
	2-4 veces al mes	100% (n. 10)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	
	2-3 veces por semana	42,9% (n. 3)	42,9% (n. 3)	14,3% (n. 1)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	
Tabaquismo	Si	70% (n. 7)	20% (n. 2)	10% (n. 1)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0,48
	No	70,5% (n. 170)	6,6% (n. 16)	12,4% (n. 30)	4,6% (n. 11)	5,8% (n. 14)	
Variable		Ansiedad					Valor de p
		Sin ansiedad	Leve	Moderada	Severa	Extremadamente severa	
Consumo de frutas y verduras	Diario	75,9% (n. 88)	4, 3% (n. 5)	5, 2% (n. 6)	11, 2% (n. 13)	3, 4% (n. 4)	0,16
	No diario	75,9% (n. 101)	5, 3% (n. 7)	5,3% (n. 7)	6% (n. 8)	7, 5% (n. 10)	
Actividad física	Si	77% (n. 67)	5, 7% (n. 5)	4, 6% (n. 4)	5, 7% (n. 5)	6, 9% (n. 6)	0,73

	No	75% (n. 123)	4, 3% (n. 7)	6, 1% (n. 10)	9, 8% (n. 16)	4, 9% (n. 8)	
Consumo de alcohol	Nunca	76, 8% (n. 129)	5, 4% (n. 9)	5, 4% (n. 9)	7, 7% (n. 13)	4,8% (n. 8)	0,57
	1 o menos veces al mes	69, 7% (n. 46)	4, 5% (n. 3)	7, 6% (n. 5)	9, 1% (n. 6)	9, 1% (n. 6)	
	2-4 veces al mes	100% (n. 10)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	
	2-3 veces por semana	71, 4% (n. 5)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	28, 6% (n. 2)	0% (n. 0)	
Tabaquismo	Si	80% (n. 8)	10% (n. 1)	0% (n. 0)	10% (n. 1)	0% (n. 0)	0,77
	No	75, 5% (n. 182)	4, 6% (n. 11)	5, 8% (n. 14)	8, 3% (n. 20)	5, 8% (n. 14)	
Variable		Estrés					Valor de p
		Sin estrés	Leve	Moderado	Severo	Extremadamente severo	
Consumo de frutas y verduras	Diario	76,7% (n. 89)	5,2% (n. 6)	9,5 (n. 11)	5,3% (n. 7)	2,6% (n. 3)	0,06
	No diario	(70%) (n. 94)	6% (n. 8)	6,8% (n. 9)	7,5% (n. 10)	10,5% (n. 14)	

Actividad física	Si	77% (n. 67)	3,4% (n. 3)	5,7% (n. 5)	8% (n. 7)	5,7% (n. 5)	0,6
	No	70,7% (n. 116)	6,7% (n. 11)	9,1% (n. 15)	6,1% (n. 10)	7,3% (n. 12)	
Consumo de alcohol	Nunca	75% (n. 126)	5,4% (n. 9)	6,5% (n. 11)	6% (n. 10)	7,1% (n. 12)	0,13
	1 o menos veces al mes	58,2% (n. 45)	7,6% (n. 5)	10,6% (n. 7)	7,6% (n. 5)	6,1% (n. 4)	
	2-4 veces al mes	100% (n. 10)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	
	2-3 veces por semana	28,6% (n. 2)	0% (n. 0)	28,6% (n. 2)	28,6% (n. 2)	14,3 (n. 1)	
Tabaquismo	Si	70% (n. 7)	0% (n. 0)	10% (n. 1)	20% (n. 2)	0% (n. 0)	0,4
	No	73% (n. 176)	5,8% (n. 14)	7,9% (n. 19)	6,2% (n. 15)	7,1% (n. 17)	

3.8. DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS DE SUJETOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II Y SU RELACIÓN CON FACTORES ANTROPOMÉTRICOS

Con relación a las variables depresión, ansiedad y estrés y su relación con los factores antropométricos no se encontró gran relación entre el comportamiento de las variables independientes y su asociación con las variables, sin embargo se pudo observar que existe algún tipo de relación entre presentar alguna comorbilidad y algún grado de estrés; además se observó una asociación estadísticamente significativa entre las variables ($p < 0,05$). (ver tabla 8)

Tabla 8. Factores antropométricos relacionados con depresión, ansiedad y estrés en sujetos con Diabetes Mellitus tipo II. IPS de primer nivel de atención. Barranquilla - Atlántico, 2020-2021 (n. 251).

Variable		Depresión					Valor de p
		Sin depresión	Leve	Moderada	Severa	Extremadamente severa	
IMC	Bajo peso (<18.4)	100% (n. 8)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0,91
	Peso normal (18.5 - 24.9)	64,4% (n. 47)	11% (n. 8)	11% (n. 8)	5,5% (n. 4)	8,2% (n. 6)	
	Sobrepeso (25 - 29.9)	71,4% (n. 75)	5,7% (n. 6)	18,1% (n. 19)	1% (n. 1)	3,8% (n. 4)	

	Obesidad grado I (30 - 34,9)	72,3% (n. 34)	4,3% (n. 2)	6,4% (n. 3)	8,5% (n. 4)	8,5% (n. 4)	
	Obesidad grado II (35 - 39,9)	66,7% (n. 10)	13,3% (n. 2)	6,7% (n. 1)	13,3% (n. 2)	0% (n. 0)	
	Obesidad mórbida (>40)	100% (n. 3)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	
Comorbilidades	HTA	74,5% (n. 102)	7,3% (n. 10)	8,8% (n. 12)	4,4% (n. 6)	5,1% (n. 7)	0,74
	Nefropatías	71,4% (n. 5)	14,3% (n. 1)	0% (n. 0)	14,3% (n. 1)	0% (n. 0)	
	Retinopatías	50% (n. 3)	0% (n. 0)	33,3% (n. 2)	16,7% (n. 1)	0% (n. 0)	
	Dislipidemias	100% (n. 3)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	
	Neuropatías	100% (n. 1)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	
	Sin comorbilidad	64,9% (n. 63)	7,2% (n. 7)	17,5% (n. 17)	3,1% (n. 3)	7,2% (n. 7)	
Ansiedad							

Variable		Sin ansiedad	Leve	Moderada	Severa	Extremadamente severa	Valor de p
IMC	Bajo peso (<18.4)	100% (n. 8)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0,73
	Peso normal (18.5 - 24.9)	71, 2% (n. 52)	8, 2% (n. 6)	1,4% (n. 1)	11% (n. 8)	8, 2% (n. 6)	
	Sobrepeso (25 - 29.9)	73, 3% (n. 77)	4,8% (n. 5)	7, 6% (n. 8)	9, 5% (n. 10)	4,8% (n. 5)	
	Obesidad grado I (30 - 34,9)	80, 9% (n. 38)	2, 1% (n. 1)	6, 4% (n. 3)	4, 3% (n. 2)	6, 4% (n. 3)	
	Obesidad grado II (35 - 39,9)	80% (n. 12)	0% (n. 0)	13,3 % (n. 2)	6, 7% (n. 1)	0% (n. 0)	
	Obesidad mórbida (>40)	100% (n. 3)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	
Comorbilidades	HTA	79, 6% (n. 109)	4, 4% (n. 6)	4, 4% (n. 6)	6, 6% (n. 9)	5, 1% (n. 7)	0,97
	Nefropatías	85, 7% (n. 6)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	14, 3% (n. 1)	
	Retinopatías	66, 7% (n. 4)	0% (n. 0)	16, 7% (n. 1)	16, 7% (n. 1)	0% (n. 0)	

	Dislipidemias	100% (n. 3)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	
	Neuropatías	100% (n. 1)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	
	Sin comorbilidad	69, 1% (n. 67)	6, 2% (n. 6)	7, 2% (n. 7)	11, 3% (n. 11)	6, 2% (n. 6)	
Variable		Estrés					Valor de p
		Sin estrés	Leve	Moderada	Severa	Extremadamente severa	
IMC	Bajo peso (<18.4)	100% (n. 8)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0,64
	Peso normal (18.5 - 24.9)	71,2% (n. 52)	6,8% (n. 5)	6,8% (n. 5)	4,1% (n. 3)	11% (n. 8)	
	Sobrepeso (25 - 29.9)	71,4% (n. 75)	5,7% (n. 6)	10,5% (n. 11)	6,7% (n. 7)	5,7% (n. 6)	
	Obesidad grado I (30 - 34,9)	74,5% (n. 35)	4,3% (n. 2)	4,3% (n. 2)	10,6% (n. 5)	6,4% (n. 3)	
	Obesidad grado II (35 - 39,9)	73,3% (n. 11)	0% (n. 0)	13,3% (n. 2)	13,3% (n. 2)	0% (n. 0)	

	Obesidad mórbida (>40)	66,7% (n. 2)	33,3% (n. 1)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	
Comorbilidades	HTA	78,8% (n. 108)	4,4% (n. 6)	2,9% (n. 4)	8% (n. 11)	5,8% (n. 8)	0,00
	Nefropatías	57,1% (n. 4)	0% (n. 0)	28,6% (n. 2)	14,3% (n. 1)	0% (n. 0)	
	Retinopatías	66,7% (n. 4)	0% (n. 0)	33,3% (n. 2)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	
	Dislipidemias	100% (n. 3)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	
	Neuropatías	0% (n. 0)	0% (n. 0)	0% (n. 0)	100% (n. 1)	0% (n. 0)	
	Sin comorbilidad	66% (n. 64)	8,2% (n. 8)	12,4% (n. 12)	4,1% (n. 4)	9,3% (n. 9)	

3.9. DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS DE SUJETOS CON DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS TIPO II Y SU RELACIÓN CON LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Con respecto a la relación de adherencia al tratamiento y las variables dependientes se observó relación estadísticamente significativa y además presencia en baja proporción de algún grado de depresión, ansiedad y estrés ($p < 0,01$). (Tabla 9)

Tabla 9. Factores de tratamiento relacionados con depresión, ansiedad y estrés en sujetos con Diabetes Mellitus tipo II. IPS de primer nivel de atención. Barranquilla - Atlántico, 2020-2021 (n. 251).

Variable	Depresión					Valor de p
	Sin depresión	Leve	Moderada	Severa	Extremadamente severa	
Adherente	86,1% (n. 99)	3,5% (n. 4)	5,2% (n. 6)	1,7% (n. 2)	3,5% (n. 4)	0,00
No adherente	57,4% (n. 78)	10,3% (n. 14)	18,4% (n. 25)	6,6% (n. 9)	7,4% (n. 10)	
Variable	Ansiedad					Valor de p
	Sin ansiedad	Leve	Moderada	Severa	Extremadamente severa	
Adherente	87% (n. 100)	5, 2% (n. 6)	2,6 % (n. 3)	0, 9% (n. 1)	4, 3% (n. 5)	0,00
No adherente	66, 2% (n. 90)	4, 4% (n. 6)	8, 1% (n. 11)	14,7 % (n. 20)	6, 6% (n. 9)	
Variable	Estrés					Valor de p
	Sin estrés	Leve	Moderada	Severa	Extremadamente severa	



Adherente	87% (n. 100)	3,5% (n. 4)	3,5% (n. 4)	0,9% (n. 1)	5,2% (n. 6)	0,00
No adherente	61% (n. 83)	7,4% (n. 10)	11,8% (n. 16)	11,8% (n. 16)	9,1% (n. 11)	



CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN

En cuanto a la determinación de depresión, ansiedad y estrés en pacientes con diabetes mellitus tipo II mayores de 45 años en la ciudad de Barranquilla - Atlántico; en la muestra aproximadamente el 30% de los sujetos estudiados presentan algún grado de depresión, ansiedad y estrés, ya sea leve, moderada, severa o extremadamente severa. Además, se logró identificar asociación estadística entre algunos factores y depresión, ansiedad y estrés.

Con respecto a las variables sociodemográficas, no se logró hallar asociación estadística entre la depresión, ansiedad y estrés en el paciente diabetico y la variable edad (que en nuestro estudio, contamos con límite inferior de 45 años y sin límite superior, donde la mayor prevalencia de depresión se presentó en los sujetos de 66-75 años), contrario a lo reportado por Muñoz y Arteaga quienes sí hallaron dicha asociación y Mukeshimana y Chironda quienes de una muestra de 385 sujetos mayores de 21 años encontraron que el rango de edad que tenía mayor prevalencia de depresión era entre los 41-50 años (46)(45).

Muñoz y Arteaga también encontraron asociación estadísticamente significativa entre la variable dependiente y el tener una pareja estable, resultado que esperábamos encontrar ya que como estos mismos mencionan “Es ampliamente reconocida la necesidad humana de integración, lo que motiva a establecer vínculos duraderos y significativos. Se ha estimado que el tener una relación de pareja influye positivamente en la estabilidad emocional, económica y social”. Sin embargo, en nuestro estudio encontramos que el estado civil del sujeto no se asoció estadísticamente con la variable dependiente, compatible con lo estudiado por Mukeshimana y Chironda (46)(45).



La variable sociodemográfica sexo no mostro asociación estadísticamente significativa para el desarrollo de la depresión, ansiedad o estrés en nuestro estudio, dato compatible con lo presentado en el estudio de Vélez Alvarado (48).

Por su parte, en el estudio de Antunez y Bettiol resaltan que el 58,54% (n=48) de los pacientes con depresión pertenecía al estrato socioeconómico IV (según la escala de Graffar utilizada en el estudio de los autores para la estratificación de la variable, donde a mayor clasificación, peor es su estatus económico). Este estrato (IV) anteriormente mencionado, no demostró ninguna asociación estadísticamente significativa. Por el contrario, se reportó en el mismo estudio una asociación estadísticamente significativa entre la prevalencia de depresión y pertenecer al estrato socioeconómico III. En nuestro estudio no se necesito de la estratificación debido a que utilizamos la ya suministrada por el propio Gobierno Colombiano. En comparación con el estudio de Antunez y Bettiol, en nuestro estudio no encontramos asociación estadística entre los estratos. Este resultado puede estar asociado al lugar de toma de la muestra, debido a qué IPS Mi Red SAS, es una entidad qué pertenece al gobierno, manejando únicamente sujetos del régimen subsidiado, asociado a estratos socioeconómicos bajo y medio (49).

Con respecto a la variable adherencia al tratamiento, Patilla con un total de muestra de 55 sujetos entre los 47-87 años confirma que existe asociación estadísticamente significativa entre adherencia al tratamiento y ansiedad en sujetos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, dato similar al encontrado en nuestro estudio (50).

En los estudios realizados por Ducat y Philipson, y Constantino y Bocanegra se evidencia correlación entre la presencia de ansiedad, depresión y estrés como enfermedades psiquiátricas en sujetos diabéticos, adicional en los estudios de estos autores, se logró identificar relación estadística entre las variables dependientes y factores antropométricos específicamente el índice de masa



corporal, observándose que a mayor IMC mayor riesgo y grado de depresión, ansiedad y estrés, resultados que difieren de nuestro estudio, ya que no se observó relación estadística entre estas variables (33)(44).

En los estudios realizado por Martínez y Tovillo y Mukeshimana y Chironda, se trabajó con una muestra de 702 sujetos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II entre los 18 a 80 años, y 339 sujetos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II entre los 21 y mayor de 60 años, respectivamente, datos que difieren a nuestro estudio, tanto en tamaño de muestra como en grupos etario ya que en el presente se trabajó con una muestra de 251 sujetos con edad mayor de 45 años, evidenciando que solo abordamos adultos medios y adultos mayores (34)(45).

Adicionalmente en los estudios de Martínez y Tovillo y Power y Geelhoed se encontró alta prevalencia de depresión y ansiedad, y una mayor gravedad en sujetos obesos, sin embargo, tanto en obesos como en sujetos con peso normal se determinó un porcentaje significativo de depresión y ansiedad. Al comparar estos datos con nuestro estudio se encontraron algunas similitudes ya que al igual que en el estudio de estos autores, en el nuestro se logró identificar algún grado de depresión sin embargo en menor proporción (34)(47).

En nuestro estudio se observó que los sujetos de peso normal presentaban ansiedad con una frecuencia del 28,8% mientras que para el estudio de Martínez y Tovillo fue de 49,5% evidenciando mayor prevalencia en este último. De igual forma, en lo referente a sujetos con obesidad se evidenció datos similares en cuanto a la frecuencia de depresión y ansiedad, siendo de 27,7% y 19,2 en nuestro estudio, mientras que para la investigación de Martínez y Tovillo fue de 49,7% y 48,4% respectivamente, estos resultados de la investigación de Martínez probablemente pueden ser porque se trabajó con mayor muestra y con sujetos a partir de los 18 años (34).



En cuanto a las limitaciones que se tuvieron, inicialmente el medio de aplicación de la encuesta correspondiente a vía telefónica, esto debido a que la misma estaba compuesta por más de cincuenta preguntas y por ende demandaba mayor tiempo en la llamada, adicional también se presentaron dificultades para el diligenciamiento del consentimiento informado, además al momento de contactar a los sujetos, algunos no tenían disponibilidad o total entendimiento para contestar a las preguntas.

En relación con el control de sesgos, con el fin de controlar los posibles sesgos de selección, se escogieron los sujetos que cumplieron con todos los criterios de elegibilidad que se encontraban en la base de datos del programa de control de diabetes de la IPS Mi Red SAS. Adicionalmente, aunque se realizó la socialización de la encuesta, se observó que en algunas preguntas los sujetos contestaban la misma respuesta del ítem inmediatamente anterior, esto probablemente por cansancio auditivo generado por el largo tiempo de la llamada, situación que posiblemente haya generado sesgos de información.

Existe poca información con respecto a la relación entre la diabetes mellitus tipo II y la presencia de afecciones psiquiátricas como depresión, ansiedad y estrés. De tener más estudios que soporten esta asociación, a futuro, se podrían implementar herramientas que faciliten la detección temprana de estas enfermedades y sus factores de riesgo en los sujetos, para así brindar detección, diagnóstico y tratamiento oportuno e integral, con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Este estudio también puede aportar al ámbito investigativo en otras áreas como lo son la psicología y la salud pública fomentando programas de promoción de salud y prevención de la enfermedad, potencializando la detección temprana de los sujetos con estos diagnósticos y a la vez disminuir la probabilidad de complicación y por ende la disminución en los gastos del sistema.



CAPÍTULO V. CONCLUSIÓN

La ejecución del presente estudio permitió dar respuesta a los objetivos planteados, observándose las siguientes conclusiones:

- Los sujetos de investigación se caracterizan por estar conformados en su mayoría por mujeres (64.5%), con una edad promedio de 59.9 años. La mayor parte (94%) reside en estrato socioeconómico bajo y alcanzaron como nivel máximo de escolaridad la primaria; de igual manera la mayoría contaba con antecedentes familiares de diabetes (60.5%) y la mitad de la muestra tenía hipertensión arterial (54.5%) como comorbilidad.
- La mayoría de los sujetos estudiados no presentaron depresión, ansiedad y estrés (70.5%, 75,7% y 73% respectivamente). Presentaron a un nivel leve el 7.2%, 4.8% y 5.6% respectivamente, a un nivel moderado un 12.4%, 5.6% y 5.6% respectivamente, a nivel Severo un 4.4%, 8.4% y 7% respectivamente. Y a nivel extremadamente Severo un 5.6%, 5.6% y 7% respectivamente.
- Se observó asociación estadísticamente significativa entre depresión, ansiedad y estrés con los factores sociodemográficos (Sexo, Edad, Grupo Etnico, Estrato Socioeconomico, Nivel Educativo, Antecedentes Familiares y Apoyo Social), conductuales (consumo de frutas y consumo de alcohol) y antropométricos (Comorbilidad de Hipertensión Arterial, Nefropatías, Retinopatías, Dislipidemias y Neuropatías), en cuanto a los sociodemográficos llamó la atención que en relación a la variable red de apoyo se observó que aquellos que tienen máximo apoyo de su red y que además tienen alguna pareja (casado-unión libre) no presentan depresión, ansiedad y estrés.
- En cuanto a la adherencia al tratamiento se evidencia que la presencia de depresión, ansiedad o estrés si afecta a la adherencia al tratamiento, al estar presentes en la mayoría de encuestados no adherentes a su



tratamiento. Adicionalmente, existe una relación estadísticamente significativa entre las variables ($p < 0,05$). (ver tabla 9)

- A raíz de todo lo ya discutido, se logra concluir que existen en la población diabética numerosos factores de riesgo asociados al desarrollo de enfermedades de carácter psiquiátrico y emocional como son la depresión, ansiedad y estrés; siendo los más relevantes de estos factores de riesgo el apoyo social que recibe cada uno de los sujetos que padecen la enfermedad, generando una clara necesidad de apoyo para posiblemente no solamente los sujetos que padecen diabetes mellitus tipo II, sino todo aquel que sufra una enfermedad crónica.



RECOMENDACIONES

Se invita a la comunidad científica a indagar acerca del tema abarcando un volumen poblacional mayor y más variado en cuanto a características sociodemográficas. Esto no se pudo realizar en el presente estudio debido a la fuente de los encuestados, la cual es una entidad estatal que opera con población primordialmente del régimen subsidiado.

Por lo tanto, se recomienda que esta línea de investigación continúe, obteniendo así mejores resultados que tengan en cuenta a la población de todos los estratos socioeconómicos y todos los niveles educativos de la ciudad. Abriendo un abanico de oportunidades para extender el estudio a nivel departamental y nacional facilitando un seguimiento más minucioso, lo que beneficiaría a la población del país.



BIBLIOGRAFÍA

1. Dominguez Perez MY, Viamonte Perez Y. Ansiedad, depresión y vulnerabilidad al estrés ante el diagnóstico reciente de diabetes mellitus tipo 2. Gac Medica Espirituana [Internet]. 2014 [cited 2020 Oct 1];16(3):1–9. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v16n3/gme09314.pdf>
2. Saeedi P, Petersohn I, Salpea P, Malanda B, Karuranga S, Unwin N, et al. Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045: Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. Diabetes Res Clin Pract [Internet]. 2019 Nov 1 [cited 2020 Sep 21];157. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843>
3. Rodríguez M. Factores de riesgo de diabetes mellitus tipo 2 en población adulta. Rev Colomb Endocrinol Diabetes y Metab [Internet]. 2019;6(2):86–91. Available from: <http://revistaendocrino.org/>
4. Boletín de salud mental Depresión Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. 2017.
5. OMS. Depresión [Internet]. 2020. [cited 2020 Sep 22]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
6. Cifuentes-Avellaneda Á, Rivera-Montero D, Vera-Gil C, Murad-Rivera R, Sánchez SM, Castaño LM, et al. Informe 3. Ansiedad, depresión y miedo: impulsores de la mala salud mental durante el distanciamiento físico en Colombia
7. Guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la diabetes mellitus tipo 2 en la población mayor de 18 años. 2016 11.MinSalud. Salud Mental Encuesta Nacional de 2015.
8. Rosas-Matías J, Villanueva-Bejarano A, Pantani-Romero F, Lozano Vargas A, Ticse-Aguirre R. Frecuencia de depresión y ansiedad no diagnosticadas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la consulta externa de un hospital general de Lima, Perú. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2019 [cited 2020 Sep 18];82(3):166–74. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v82n3/a02v82n3.pdf>

9. Rivas-Acuña V, Gracias-Barjau H, Cruz Leon-A, et al. Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*. 2011; 17(1):30-35.
10. Rustad JK, Musselman DL, Nemeroff CB. The relationship of depression and diabetes: Pathophysiological and treatment implications. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2011;36(9):1276–86. Available from:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306453011000941>
11. Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. *World Psychiatry*. 2015;14(2):231–3. 28. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5a Ed. 2014
12. Asociación Americana de Psiquiatría, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5a Ed. 2014.
13. What Is Depression? [Internet]. American Psychiatric Association. 2020. Recuperado a partir de: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
14. Fera M, Palacios L. Guía clínica para los trastornos afectivos (depresión y distimia) en niños y adolescentes [Internet]. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. 2010. 1–32 p. Available from:
http://inprfcd.gob.mx/guiasclinicas/trastornos_afectivos.pdf
15. Terroso A, Serrano G, Martínez M, Planes P. Guía de Práctica Clínica de los Trastornos Depresivos. [Internet]. 2010;90. Available from:
<https://consaludmental.org/publicaciones/GPCtrastornosdepresivos.pdf>
16. Toro Greiffenstein R, Yepes Roldan L, Palacio Acosta C. Fundamentos de medicina: Psiquiatría. Edición 5. Corporación para Investigaciones Biológicas; 2010
17. Rojas Márquez R, Pozo Romero H, Montemuiño Chulian A. EFICACIA DE LAS ESCALAS PARA VALORAR EL TRASTORNO DE ANSIEDAD [Internet]. [cited 2020 Oct 13]. Available from:
<http://congreso.enfermeria.com-mayo2018.psiquiatria.com>
18. Román F, Santibáñez P, Vinet E V. Uso de las Escalas de Depresión

- Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *Acta Investig Psicológica* [Internet]. 2016;6(1):2325–36. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2007-4719\(16\)30053-9](http://dx.doi.org/10.1016/S2007-4719(16)30053-9)
19. Mella FR, Vinet E V, Alarcón AM. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades psicométricas en estudiantes secundarios de Temuco. *Rev Argentina Clínica Psicológica*. 2014;XXIII(2):179–90
 20. Luís J, Apóstolo A, Mendes AC, Azeredo ZA. ADAPTACIÓN PARA LA LENGUA PORTUGUESA DE LA DEPRESSION, ANXIETY AND STRESS SCALE (DASS) [Internet]. 2006 [cited 2020 Oct 13]. Available from: www.eerp.usp.br/rlaeArtigoOriginal
 21. Arrieta Vergara K, Díaz Cárdenas S, González Martínez F. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de odontología: prevalencia y factores relacionados. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2013 [cited 2020 Oct 13];42(2):173–81. Available from: www.elsevier.es/rcp
 22. Lovibond SH, Lovibond PF. *Manual for the depression anxiety stress scales*. Sydney: Psychology Foundation of Australia;1995.
 23. J-Wexler D. Diabetes Center Initial management of blood glucose in adults with type 2 diabetes mellitus [Internet]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/initial-management-of-blood-glucose-in-adults-with-type-2-diabetes-mellitus>
 24. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2020. *Diabetes Care* [Internet]. 2020 Jan 1;43(Supplement 1):S14 LP-S31. Available from: http://care.diabetesjournals.org/content/43/Supplement_1/S14.abstract
 25. Germán E, Silva E, Galeano J. Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Med Colomb*. 2005;30:268–73.
 26. Peralta ML, Carbajal Pruneda P. Adherencia a tratamiento [Internet]. Vol. 17, *Rev Cent Dermatol Pascua* •. 2008 [cited 2020 Oct 13]. Available from: www.medigraphic.com
 27. Ibarra O, Ramón B, Verdugo M. Lo que debes saber sobre la

- ADHERENCIA al tratamiento [Internet]. 2017. Available from: www.euromedice.net
28. Illera GCV. Capacidad para tomar decisiones frente al Consentimiento Informado de personas que potencialmente participarían en estudios clínicos experimentales para la industria farmacéutica. Barranquilla (Colombia). Mayo - noviembre de 2009. *Salud Uninorte*. 2010;26(1):1–11.
29. Londoño Pérez C, Alejo Castañeda IE. Instrumentos usados en Colombia para evaluar la dimensión psicológica del proceso salud-enfermedad. 2018.
30. Pagès-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. Métodos para medir la adherencia terapéutica. *Ars Pharm*. 2018;59(3):163–72.
31. Chamorro, R. M. Á. (2008, 1 agosto). Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica | Atención Primaria. ELSEVIER. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-tests-medicion-del-cumplimiento-13125407>
32. Ministerio de Salud de la República de Colombia. RESOLUCIÓN No 008430 DE 1993. 1993;00226020(3):1–8.
33. Ducat L, Philipson L. The Mental Health Comorbidities of Diabetes [Internet]. PMC. 2015 [cited 1 November 2021]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4439400/>
34. Martínez Hernández F, Tovillo Zarate C. Prevalencia y gravedad de la depresión y la ansiedad en pacientes con obesidad y diabetes de tipo 2: estudio en población de Tabasco, México [Internet]. *Anmm.org.mx*. 2014 [cited 1 November 2021]. Available from: https://www.anmm.org.mx/GMM/2014/s1/GMM_150_2014_S1_101-106.pdf
35. REAL ACADEMIA ESPAÑOLA [Internet]. Available from: <https://dle.rae.es>
36. ARREDONDO NHL, ROGERS HL, TANG JFC, GÓMEZ SLP, ARIZAL
37. NLUZO, PÉREZ MÁJ, et al. Validación en Colombia del cuestionario MOS de apoyo social. *Int J Psychol Res* [Internet]. 2012;5:142–50. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=299023539016>
38. DANE. Grupos étnicos | Información técnica [Internet]. 2018. Available



- from: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-portema/demografia-y-poblacion/grupos-eticos/informacion-tecnica>
- 39.57. Universidad de Quindío. Estado civil de los estudiantes admitidos al periodo 2019-1 [Internet]. 2019. Available from: <https://www.datos.gov.co/widgets/3m7p-zc5x>
- 40.58. Ministerio de Educación de la República de Colombia. Niveles de educación básica y media [Internet]. Available from: https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article233834.html?_noredirect=1
41. Ministerio de Educación de la República de Colombia. Niveles de educación superior [Internet]. Available from: https://www.mineducacion.gov.co/1759/w3-article-231238.html?_noredirect=1
- 42.60. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. La estratificación socioeconómica en el régimen de los servicios públicos domiciliarios. Grup Estratificación Socioeconómica Dir Geoestadística DANE. 2014;1–8.
43. DANE. Departamento Administrativo Nacional de Estadística PRODUCCIÓN ESTADÍSTICA – (PES). 2012;5.
44. Constantino-Cerna A, Bocanegra-Malca M, León-Jiménez F, Díaz-Vélez C. Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital general de Chiclayo [Internet]. Scielo.org.pe. 2014 [cited 10 November 2021]. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2014000400003&script=sci_arttext&tlng=pt
45. Mukeshimana M, Chironda G. Depresion y factores asociados entre los pacientes con diabetes [Internet]. Revistas africanas en linea. 2019 [cited 10 November 2021]. Available from: <https://www.ajol.info/index.php/ejhs/article/view/191316>
46. Muñoz, D. and Arteaga, A., 2021. Ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con diabetes mellitus tipo 2*. [online] Revistas.javeriana.edu.co. Available at: <https://revistas.javeriana.edu.co/files->

- articulos/IE/22%20(2020)/145263339022/> [Accessed 10 November 2021].
47. Power, Geelhoed. La prevalencia de depresión comórbida es alta en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus tipo 1 o tipo 2. Resultados de tres clínicas para pacientes ambulatorios en los Países Bajos [Internet]. Wiley Online Library. 2010 [cited 10 November 2021]. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1464-5491.2009.02903.x>
48. Vélez, R., 2021. Vista de El efecto de algunos factores sociodemográficos y psicosociales en los síntomas de ansiedad que presenta una muestra de personas con diabetes mellitus tipo 2 en una comunidad del área Oeste de Puerto Rico. [online] Revistas.udes.edu.co. Available at: <<https://revistas.udes.edu.co/cuidarte/article/view/554/1021>> [Accessed 10 November 2021].
49. Antunez, M. and Bettioli, A., 2021. Depresión en pacientes con diabetes tipo 2 que acuden a una consulta externa de medicina interna. [online] Scielo. Available at: <<http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v41n2/v41n2a05.pdf>> [Accessed 10 November 2021].
50. Patilla Vila C. Ansiedad, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia y sin adherencia al tratamiento [Internet]. Cybertesis.unmsm.edu.pe. 2014 [cited 10 November 2021]. Available from: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/582>

ANEXOS

Anexo 1. Operacionalización de Variables

VARIABLE DEPENDIENTE	VARIABLES INDEPENDIENTES	DEFINICIÓN	FUENTE	NATURALEZ A	ESCALA DE MEDICIÓN	CODIFICACIÓN
Depresión, ansiedad y estrés en pacientes con DM	Variables sociodemográficas	Sexo	Condición genética de nacimiento del sujeto	Encuesta	Cualitativa	Nominal Hombre Mujer
		Edad	Tiempo de vida	Encuesta	Cuantitativa	Razón Número de años
		Nivel educativo	Estratificación de acuerdo con el nivel educativo formal cursado por el sujeto	Encuesta	Cualitativo	Ordinal Sin estudios Formales Primaria Secundaria Técnico Tecnológico Pregrado Postgrado
		Grupo étnico	Comunidad determinada por la existencia de ancestros y una historia en	Encuesta	Cualitativo	Nominal Indígena Room o gitano Afrocolombiano Otros

común. Se distingue y reconoce por tradiciones y rituales compartidos, instituciones sociales consolidadas y rasgos culturales

Estado Civil	Condición personal de acuerdo a vínculo con otra persona	Encuesta	Cualitativo	Nominal	Soltero Casado Viudo Unión libre
Estrato socioeconómico	Estratificación de acuerdo con el recibo del servicio público	Encuesta	Cualitativo	Ordinal	1,2,3,4,5,6
Ocupación	Son las personas que durante el período de referencia se encontraban en una de las	Encuesta	Cualitativo	Nominal	

siguientes

situaciones:

1. Trabajó por lo menos una hora

remunerada en la semana de referencia. 2.

Los que no trabajaron la semana de referencia, pero tenían un trabajo.

3. Trabajadores familiares sin remuneración que trabajaron en la semana

	Antecedentes familiares -	Información sobre la salud de los familiares de primera o segunda línea de consanguinidad incluye enfermedades actuales y pasadas	Encuesta	Cualitativo	Nominal	HTA: 1. Si __ 2. No Diabetes: 1. Si __ 2. No Enfermedades coronarias: 1. Si __ 2. No Nefropatías: 1. Si __ 2. No Dislipidemias: 1. Si __ 2. No Niega: 1. Si __ 2. No__
	Apoyo social	Estructura de apoyo psicológico brindada por el círculo social y familiar del sujeto que desean aportar en la solución del problema. Según escala de MOS	Encuesta	Cualitativo	Ordinal	1.Máximo 2.Medio 3.Mínimo
Variables conductuales	Consumo de Frutas y verduras	Frecuencia con la que el sujeto consume frutas y verduras	Encuesta	Cualitativo	Nominal	Diario No diario

	Actividad física	Realización de al menos 30 minutos diarios dedicados al ejercicio	Encuesta	Cualitativo	Nominal	Si No
	Tabaquismo	Consumo de tabaco	Encuesta	Cualitativa	Nominal	Si No
	Consumo de alcohol	Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	Encuesta	Cualitativa	Ordinal	0: Nunca 1: 1 o menos veces al mes 2: 2- 4 veces al mes 3: 2-3 veces por semana 4: 4 o más veces por semana
Variables Antropométricas	Peso	Es la cuantificación de la fuerza de atracción gravitacional ejercida sobre la masa el cuerpo humano		Cuantitativo	Razón	Peso en Kilogramos
	Estatura	Altura de una persona desde los pies a la cabeza.		Cuantitativo	Razón	Estatura en centímetros

		IMC	Razón matemática que asocia la masa y la talla de un individuo		Cuantitativo	Interval	< 18.5 18.5-24.9 25- 29.9 30-34.9 35-39.9 > 40
		Comorbilidades	La presencia de enfermedades coexistentes o adicionales en relación con el diagnóstico inicial		Cualitativo	Nominal	HTA Nefropatía Retinopatía Dislipidemia Neuropatía
Variable tratamiento	de	Adherencia al tratamiento	Grado en el cual una persona sigue las prescripciones farmacológicas según lo indicado. Valoración según el Test de Morisky-Green	Encuesta	Cualitativo	Nominal	Adherencia No adherencia

Fuente. Elaborado por los investigadores teniendo en cuenta las referencias (35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43)



Anexo 2. Encuesta estructurada



Universidad del Norte
División de Ciencias de la Salud
Programa de Medicina

Fecha:

Nombre del encuestador:

Historia clínica No. __

Código del encuestado.

Fecha último control. _____

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

Edad:

Sexo: 1. Hombre ___ 2. Mujer ___

Nivel Educativo: 1. Sin estudios formales ___ 2. Primaria ___ 3. Secundaria ___ 4. Técnico ___ 5. Tecnológico ___ 6. Pregrado ___ 7. Postgrado ___

Grupo Étnico: 1. Indígena ___ 2. Room o Gitano ___ 3. Afrocolombiano ___ 4. Otro ___

Estado Civil: 1. Soltero ___ 2. Casado ___ 3. Viudo ___ 4. Unión libre ___

Estrato Socioeconómico: 1. ___ 2. ___ 3. ___ 4. ___ 5. ___ 6. ___

Ocupación:

Antecedentes familiares:

HTA: 1. Si ___ 2. No ___

Diabetes: 1. Si ___ 2. No ___

Enfermedades coronarias: 1. Si ___ 2. No ___

Nefropatías: 1. Si ___ 2. No ___

Dislipidemias: 1. Si ___ 2. No ___

Niega: 1. Si ___ 2. No ___

Apoyo Social

¿Cuenta con alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama? 1. Nunca ___ 2. Pocas veces ___ 3. Algunas veces ___ 4. La mayoría de las veces ___ 5. Siempre ___

¿Cuenta con alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar? 1. Nunca ___ 2. Pocas veces ___ 3. ___

Algunas veces ___ 4. La mayoría de las veces ___ 5. Siempre ___

¿Cuenta con alguien que le aconseje cuando tenga problemas? 1. Nunca ___ 2. Pocas veces ___ 3. Algunas veces ___ 4. La mayoría de las veces ___ 5. Siempre ___

¿Cuenta con alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar? 1. Nunca ___ 2. Pocas veces ___ 3. Algunas veces ___ 4. La mayoría de las veces ___ 5. Siempre ___

¿Cuenta con alguien que lo lleve al médico cuando necesite? 1. Nunca ___ 2. Pocas veces ___ 3. Algunas veces ___ 4. La mayoría de las veces ___ 5. Siempre ___

¿Cuenta con alguien que le muestre amor y afecto? 1. Nunca ___ 2. Pocas veces ___ 3. Algunas veces ___ 4. La mayoría de las veces ___ 5. Siempre ___

¿Cuenta con alguien con quien pasar un buen rato? 1. Nunca ___ 2. Pocas veces ___ 3. Algunas veces ___ 4. La mayoría de las veces ___ 5. Siempre ___

¿Cuenta con alguien que le informe y ayude a entender la situación? 1. Nunca ___ 2. Pocas veces ___ 3. Algunas veces ___ 4. La mayoría de las veces ___ 5. Siempre ___

¿Cuenta con alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones? 1. Nunca ___ 2. Pocas veces ___ 3. Algunas veces ___ 4. La mayoría de las veces ___ 5. Siempre ___

¿Cuenta con alguien que lo abrace? 1. Nunca ___ 2. Pocas veces ___ 3. Algunas veces ___ 4. La mayoría de las veces ___ 5. Siempre ___

¿Cuenta con alguien con quien pueda relajarse? 1. Nunca ___ 2. Pocas veces ___ 3. Algunas veces ___ 4. La mayoría de las veces ___ 5. Siempre ___

¿Cuenta con alguien que le prepare comida si no puede hacerlo? 1. Nunca ___ 2. Pocas veces ___ 3. Algunas veces ___ 4. La mayoría de las veces ___ 5. Siempre ___

¿Cuenta con alguien cuyo consejo realmente desee? 1. Nunca ___ 2. Pocas veces ___ 3. Algunas veces ___ 4. La mayoría de las veces ___ 5. Siempre ___

¿Cuenta con alguien con quien pueda hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas? 1. Nunca ___ 2. Pocas veces ___ 3. Algunas veces ___ 4. La mayoría de las veces ___ 5. Siempre ___

¿Cuenta con alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo? 1. Nunca ___ 2. Pocas veces ___ 3.

Algunas veces ___ 4. La mayoría de las veces ___ 5. Siempre ___

¿Cuenta con alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos? 1. Nunca ___ 2. Pocas veces ___ 3. Algunas veces ___ 4. La mayoría de las veces ___ 5. Siempre ___

¿Cuenta con alguien que le aconseje cómo resolver sus problemas personales? 1. Nunca ___ 2. Pocas veces ___ 3. Algunas veces ___ 4. La mayoría de las veces ___ 5. Siempre ___

¿Cuenta con alguien con quien divertirse? 1. Nunca ___ 2. Pocas veces ___ 3. Algunas veces ___ 4. La mayoría de las veces ___ 5. Siempre ___

¿Cuenta con alguien que comprenda sus problemas? 1. Nunca ___ 2. Pocas veces ___ 3. Algunas veces ___ 4. La mayoría de las veces ___ 5. Siempre ___

¿Cuenta con alguien a quien amar y hacerle sentirse querido? 1. Nunca ___ 2. Pocas veces ___ 3. Algunas veces ___ 4. La mayoría de las veces ___ 5. Siempre ___

VARIABLES CONDUCTUALES

Consumo de frutas y verduras: 1. Diario ___ 2. No diario ___

Actividad física: 1. Si ___ 2. No ___

Tabaquismo: 1. Si ___ 2. No ___

Consumo de alcohol: 0. Nunca ___ 1. 1 o menos veces al mes 2. 2-4 veces al mes ___ 3. 2-3 veces por semana ___ 4. 4 o más veces por semana ___

VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS

Peso: ___

Estatura: ___

IMC: ___

Comorbilidades: 1. HTA ___ 2. Nefropatías 3. Retinopatías ___ 4. Dislipidemias ___ 5. Neuropatías ___

VARIABLE DE TRATAMIENTO

Adherencia al Tratamiento

Test de Morisky-Green-Levine:

Consiste en una prueba de 4 preguntas con opciones dicotómicas (Si y No) donde se tiene una única respuesta en cada pregunta. El sujeto en estudio es considerado como cumplidor de adherencia al tratamiento cuando responde de manera correcta las 4 preguntas, es decir, No/No/No/No. Se considera no cumplidor en el momento que el entrevistado responde al menos una de las preguntas de manera afirmativa.

¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? 1. Si ___ 2. No ___

¿Olvida tomar los medicamentos a las horas indicadas? 1. Si ___ 2. No ___

Cuando se encuentra bien, ¿Deja de tomar los medicamentos? 1. Si ___ 2. No ___

Si alguna vez le sientan mal, ¿Deja usted de tomarla? 1. Si ___ 2. No ___

Codificación	Estado del entrevistado	Respuestas afirmativas
1	Adherentes	Ninguna
2	No adherentes	Al menos una

TEST DASS-21

Son tres escalas donde cada pregunta se responde según la intensidad y presencia de los estados de estrés, ansiedad y depresión. Es importante tener en cuenta que se pregunta la presencia e intensidad de estos en los últimos 7 días.

Cada escala tiene 7 preguntas y su puntaje total se da con la suma de los ítems de la escala que se está respondiendo. En cada escala de manera individual se puede tener una puntuación de entre 0 a 21 puntos.

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor del número (0, 1, 2, 3) que mejor corresponda. Al final de cada test se hace una sumatoria que corresponderá a una clasificación específica ya sea de, estrés, ansiedad o depresión.

ESCALA DE ESTRÉS:

En los últimos 7 días:

¿Le ha costado mucho descargar la tensión? 0. No aplica ___ 1. Le aplica un poco o parte del tiempo ___ 2. Le aplica bastante o buena parte del tiempo ___ 3. Le aplica mucho o la mayor parte del tiempo ___

¿Ha tenido que reaccionar exageradamente ante las situaciones? 0. No aplica ___ 1. Le aplica un poco o parte del tiempo ___ 2. Le aplica bastante o buena parte del tiempo ___ 3. Le aplica mucho o la mayor parte del tiempo ___

¿Sintió que estaba gastando una gran cantidad de energía? 0. No aplica ___ 1. Le aplica un poco o parte del tiempo ___ 2. Le aplica bastante o buena parte del tiempo ___ 3. Le aplica mucho o la mayor parte del tiempo ___

¿Se ha sentido agitado? 0. No aplica ___ 1. Le aplica un poco o parte del tiempo ___ 2. Le aplica bastante o buena parte del tiempo ___ 3. Le aplica mucho o la mayor parte del tiempo ___

¿Le ha resultado difícil relajarse? 0. No aplica ___ 1. Le aplica un poco o parte del tiempo ___ 2. Le aplica bastante o buena parte del tiempo ___ 3. Le aplica mucho o la mayor parte del tiempo ___

No ha tolerado nada que le impidiera seguir con lo que estaba haciendo. 0. No aplica ___ 1. Le aplica un poco o parte del tiempo ___ 2. Le aplica bastante o buena parte del tiempo ___ 3. Le aplica mucho o la mayor parte del tiempo ___

¿Ha tendido a sentirse enfadado con facilidad? 0. No aplica ___ 1. Le aplica un poco o parte del tiempo ___ 2. Le aplica bastante o buena parte del tiempo ___ 3. Le aplica mucho o la mayor parte del tiempo ___

TOTAL DE PUNTAJE:

Subescalas del DASS-21	Codificación	Valor de referencia	Interpretación
Estrés	0	0-14	Sin estrés
	1	15-18	Leve
	2	19-25	Moderada
	3	26-33	Grave
	4	≥34	Extremadamente grave

ESCALA DE ANSIEDAD:

En los últimos 7 días:

¿Ha notado la boca seca? 0. No aplica ___ 1. Le aplica un poco o parte del tiempo ___ 2. Le aplica bastante o buena parte del tiempo ___ 3. Le aplica mucho o la mayor parte del tiempo ___

¿Ha tenido dificultades para respirar? (Por ejemplo, respiración excesivamente rápida o falta de aliento sin esfuerzo físico) 0. No aplica ___ 1. Le aplica un poco o parte del tiempo ___ 2. Le aplica bastante o buena parte del tiempo ___ 3. Le aplica mucho o la mayor parte del tiempo ___

¿Ha tenido temblores? (Por ejemplo, en las manos) 0. No aplica ___ 1. Le aplica un poco o parte del tiempo ___ 2. Le aplica bastante o buena parte del tiempo ___ 3. Le aplica mucho o la mayor parte del tiempo ___

¿Ha estado preocupado por situaciones en las que pudiera ser preso del pánico y hacer el ridículo? 0. No aplica ___ 1. Le aplica un poco o parte del tiempo ___ 2. Le aplica bastante o buena parte del tiempo ___ 3. Le aplica mucho o la mayor parte del tiempo ___

¿Ha sentido que estaba al borde del pánico? 0. No aplica ___ 1. Le aplica un poco o parte del tiempo ___ 2. Le aplica bastante o buena parte del tiempo ___ 3. Le aplica mucho o la mayor parte del tiempo ___

¿Ha notado su corazón sin hacer algún esfuerzo físico? (Por ejemplo, aumento del ritmo cardíaco o ausencia de algún latido). 0. No aplica ___ 1. Le aplica un poco o parte del tiempo ___ 2. Le aplica bastante o buena parte del tiempo ___ 3. Le aplica mucho o la mayor parte del tiempo ___

¿Se ha sentido asustado sin una razón de peso? 0. No aplica ___ 1. Le aplica un poco o parte del tiempo ___ 2. Le aplica bastante o buena parte del tiempo ___ 3. Le aplica mucho o la mayor parte del tiempo ___

TOTAL DE PUNTAJE:

Subescalas del DASS-21	Codificación	Valor de referencia	Interpretación
Ansiedad	0	0-7	Sin ansiedad
	1	8-9	Leve
	2	10-14	Moderada
	3	15-19	Grave
	4	≥20	Extremadamente grave

ESCALA DE DEPRESIÓN:

En los últimos 7 días

No ha podido sentir alguna emoción positiva. 0. No aplica ___ 1. Le aplica un poco o parte del tiempo ___ 2. Le aplica bastante o buena parte del tiempo ___ 3. Le aplica mucho o la mayor parte del tiempo ___

¿Se le ha hecho difícil tener iniciativa para hacer cosas? 0. No aplica ___ 1. Le aplica un poco o parte del tiempo ___ 2. Le aplica bastante o buena parte del tiempo ___ 3. Le aplica mucho o la mayor parte del tiempo ___

¿Ha sentido que no hay nada que lo ilusionara? 0. No aplica ____ 1. Le aplica un poco o parte del tiempo ____ 2. Le aplica bastante o buena parte del tiempo ____ 3. Le aplica mucho o la mayor parte del tiempo ____

¿Se ha sentido desanimado y triste? 0. No aplica ____ 1. Le aplica un poco o parte del tiempo ____ 2. Le aplica bastante o buena parte del tiempo ____ 3. Le aplica mucho o la mayor parte del tiempo ____

¿Ha sido incapaz de entusiasmarse por nada? 0. No aplica ____ 1. Le aplica un poco o parte del tiempo ____ 2. Le aplica bastante o buena parte del tiempo ____ 3. Le aplica mucho o la mayor parte del tiempo ____

¿Ha sentido que no vale mucho como persona? 0. No aplica ____ 1. Le aplica un poco o parte del tiempo ____ 2. Le aplica bastante o buena parte del tiempo ____ 3. Le aplica mucho o la mayor parte del tiempo ____

¿Ha sentido que la vida no tiene ningún sentido? 0. No aplica ____ 1. Le aplica un poco o parte del tiempo ____ 2. Le aplica bastante o buena parte del tiempo ____ 3. Le aplica mucho o la mayor parte del tiempo ____

TOTAL DE PUNTAJE:

Subescalas del DASS-21	Codificación	Valor de referencia	Interpretación
Depresión	0	0-9	Sin depresión
	1	10-13	Depresión leve
	2	14-20	Depresión moderada
	3	21-27	Depresión grave
	4	≥28	Extremadamente grave

Anexo 3. Aprobación por parte del comité de ética



Comité de Ética en Investigación de la División
Ciencias de la Salud de la Universidad del Norte

ACTA DE EVALUACION: N° 244

Fecha: 29 de julio de 2021

Nombre Completo del Proyecto: "Depresión, ansiedad y estrés en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II mayores de 40 años residentes de la Ciudad de Barranquilla - Atlántico, 2020-2021".

Investigadores principales: Ariana De La Hoz Flórez, Juan Pablo Gómez Moros, Guido Pugliese Díaz, Juan José Ricaurte Alta, Roxana Ríos Rodado y Celine F. Velásquez Foung

Asesor metodológico: Dra. Jafiza Alvis Canabal

Asesor de contenido: Dra. Laura Páez

Sitio en que se conduce o desarrolla la Investigación: En el Departamento del Atlántico

Fecha en que fue sometido a consideración del comité: 29 de julio de 2021

EL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EN EL ÁREA DE LA SALUD. Creado mediante Resolución rectoral N° 05 de febrero 13 de 1995 en atención a la Resolución No. 008430 de 1993 del Ministerio de Salud como parte esencial para el funcionamiento de cualquier institución que realiza programas de investigación en humanos.

Conformado inicialmente por los siguientes miembros. Refrendado en el año 2005 con el objeto de ajustarse a estándares éticos y científicos de la Investigación biomédica establecidos en la Declaración de Helsinki, Guías Operacionales para Comités de Ética de la OMS y las Guías para Buena Práctica Clínica del ICH.

Se acoge a las Buenas Prácticas Clínicas del ICH de acuerdo con la normativa vigente, Resolución N° 2378 del Ministerio de Protección Social, Declaración de Helsinki versión 2013 y guías operativas de OMS, Informe Belmont.

El comité de ética en investigación en el Área de la Salud Universidad del Norte certifica que:

1. Sus miembros revisaron los siguientes documentos del protocolo en referencia:

- Proyecto de Investigación
- Resumen ejecutivo del proyecto

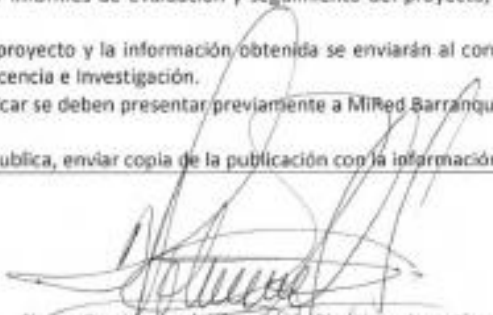
UN UNIVERSIDAD DEL NORTE
Comité de Ética en Investigación
en el Área de la Salud

Anexo 4. Aprobación por parte del comité científico de la IPS Mi Red S.A.S



Anexo N° 7.

FORMATO CONCEPTO DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN

1.Fecha de solicitud:	Abril de 2021	Código:	
2.Fecha de revisión del comité	Agosto 24 de 2020	No acta de comité:	
3.Concepto del Comité:			
<input checked="" type="radio"/> APROBADO <input type="radio"/> NO APROBADO			
4.Datos generales del proyecto de investigación			
Título: "Depresión, ansiedad y estrés en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II mayores de 40 años residentes de la Ciudad de Barranquilla - Atlántico, 2020-2021".			
Investigador Principal: Celine Velásquez Foug		Correo electrónico: cfoung@uninorte.edu.co	
5.Recomendaciones: NO			
6.Observaciones:			
<ul style="list-style-type: none"> Diligenciar completamente el acta de inicio con sus respectivas firmas, para programar la inducción en MiRed Barranquilla IPS. Los investigadores o quienes recolecten los datos deben asistir a la inducción general de MiRed Barranquilla IPS y se les entregará una escarapela que los identifica como investigadores, el cual deben portar en todo momento en el que se encuentren en la institución y debe ser devuelto al terminar la recolección de los datos. En todos los casos se debe garantizar la seguridad del paciente y la confidencialidad de la información. Es necesario aplicar el consentimiento informado a pacientes y familiares responsables de los menores de edad. Este instrumento debe ser diligenciado y socializado por parte de los investigadores a todos los pacientes. Los pacientes deben tener toda la información necesaria para decidir si participan o no del estudio. La realización del proyecto o toma de muestras a un paciente, no debe afectar el normal desarrollo del proceso de prestación de servicio. Se deben presentar informes de evaluación y seguimiento del proyecto, según cronograma incluido en la propuesta. Los resultados del proyecto y la información obtenida se enviarán al correo electrónico institucional de la coordinación de Docencia e Investigación. Los artículos a publicar se deben presentar previamente a MiRed Barranquilla IPS para obtener la aprobación. Si se aprueba y se publica, enviar copia de la publicación con la información de la revista. 			
 Firma: Presidente del Comité de Bioética e Investigación			

72264ms B.S.

Anexo 5. Consentimiento informado

TÍTULO DE ESTUDIO: Depresión, ansiedad y estrés en pacientes con Diabetes Mellitus tipo II mayores de 40 años residentes de la Ciudad de Barranquilla - Atlántico, 2020-2021

Nombres de los investigadores: Ariana de la Hoz, Juan Pablo Gomez, Juan Jose Ricaurte, Guido Pugliese, Roxana Rios y Celine Velasquez

Asesores: Dra Laura Paez y Dra Jafiza Alvis

Edad:

Sexo:

Ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar, por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Puede realizar todas las preguntas que considere necesarias para que queden en claro los objetivos de esta investigación.

El propósito de este estudio es poder recoger la información necesaria para determinar si existe alguna relación entre la depresión, ansiedad y estrés que presenten personas con Diabetes Mellitus tipo II, y al mismo tiempo la influencia que tienen con la adherencia al tratamiento. Si decide participar de manera voluntaria en el estudio debe responder una serie de preguntas.

Esto tomará aproximadamente 20 minutos.

En los cuestionarios no constará de datos de identificación por lo tanto se garantiza la confidencialidad de la participación. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

El participante de este estudio puede realizar todas las preguntas que considere necesario para resolver sus dudas.

Este estudio no tiene ninguna compensación económica para los participantes y no representa un beneficio directo al encuestado, pero los resultados pueden ser importantes en el futuro.

Se agradece su participación, de manera voluntaria.

Riesgo mínimo según la resolución 8430 de 1993

Teniendo en cuenta lo anterior se le hace la pregunta, ¿Está de acuerdo en participar en el presente estudio por lo cual autoriza el manejo y almacenamiento de la información recolectada?

Si _____ No _____

De _____ manera _____ que _____ yo, _____ entiendo que se me está solicitando formar parte de un estudio. Estoy de acuerdo con participar en el siguiente trabajo. He comprendido claramente los objetivos de este trabajo, así como en qué consiste dicho estudio. Se me ha informado que esta aprobación es totalmente voluntaria y no representa ningún compromiso, pues

estoy en plena libertad de no aceptarla, con garantías de recibir una atención médica adecuada. Por tanto, al firmar este documento autorizo se me incluya en el presente estudio, sabiendo que la información recopilada será utilizada solamente con fines investigativos.

Y para que conste y por mi libre libertad, firmo el presente documento, a los _____ días del mes de _____ del _____.

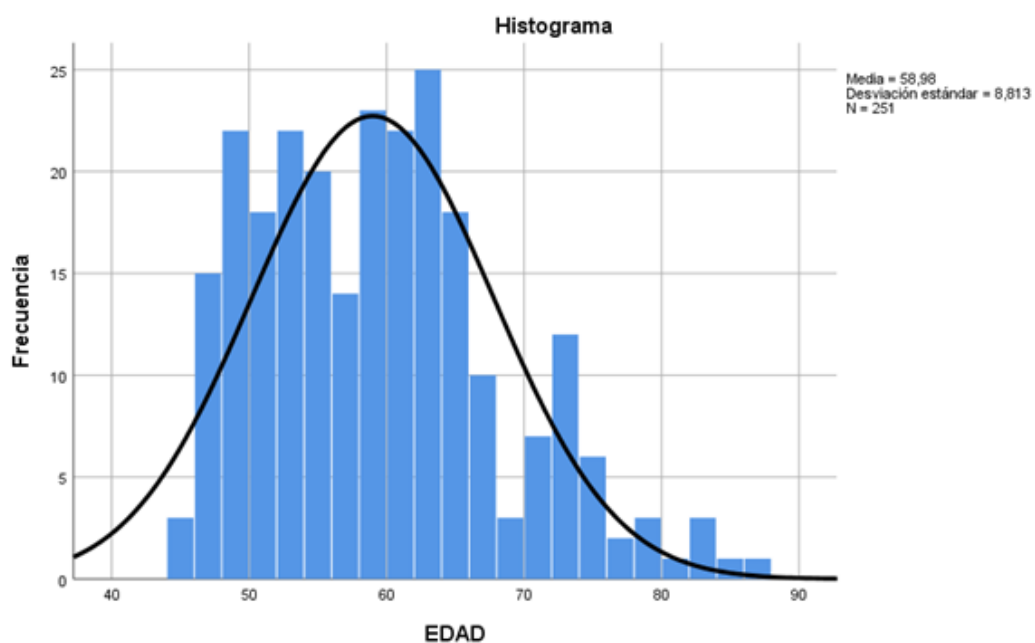
Firma del Participante

Fecha

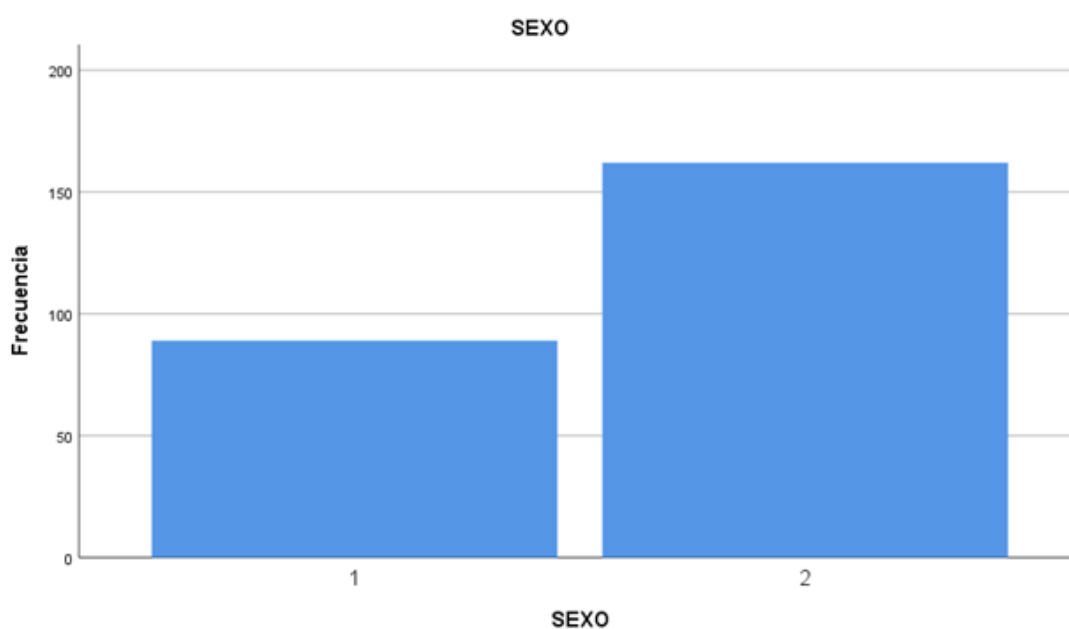
Firma del investigador

Fecha

Anexo 6. Histograma de la distribución de edad de los sujetos de investigación con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II



Anexo 7. Gráfico de barras del sexo de los sujetos de investigación con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II



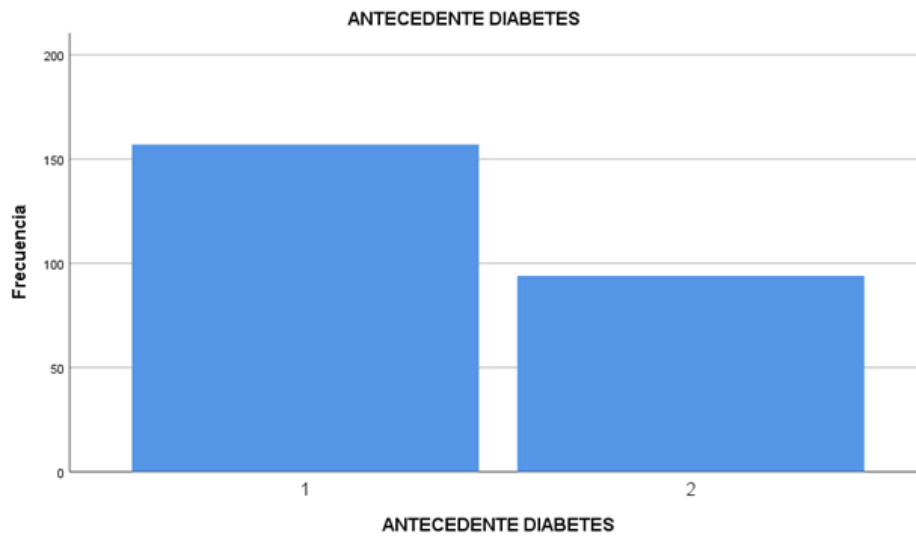
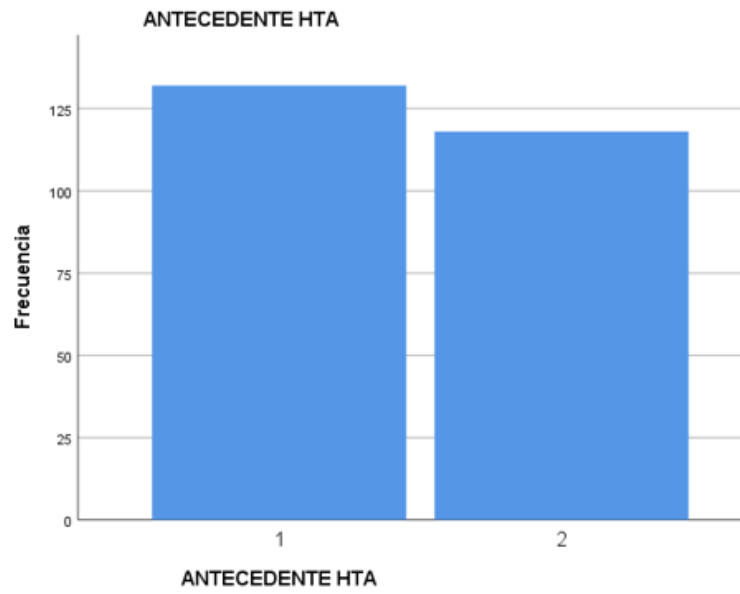
1: Hombres

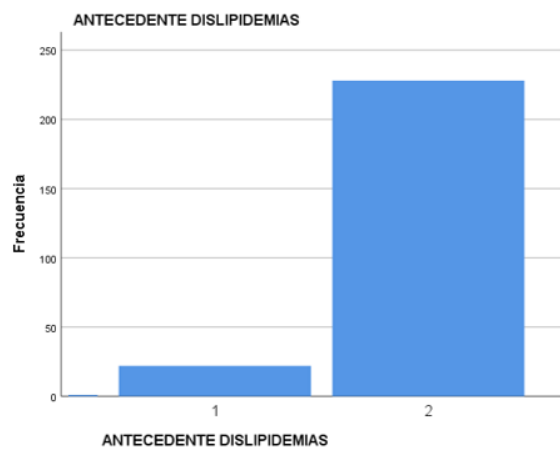
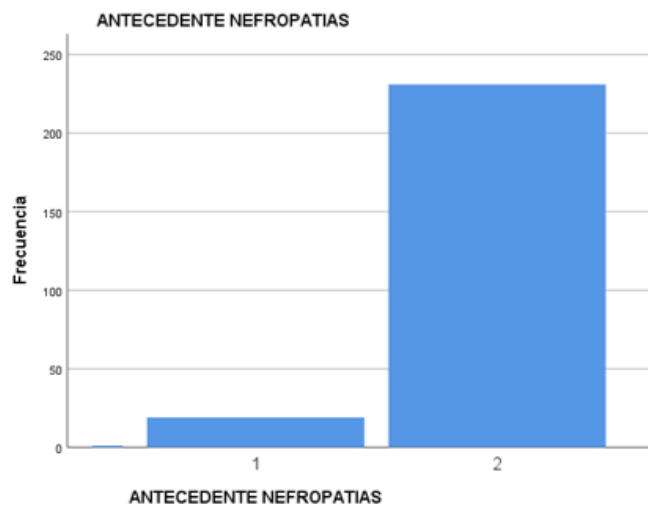
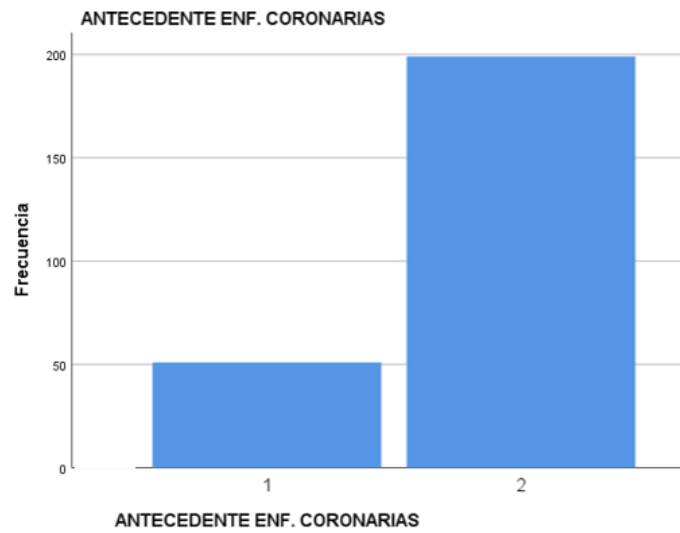
2: Mujeres

Anexo 8. Gráficos de barras de los antecedentes de los sujetos de investigación con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II

1: Presenta el antecedente

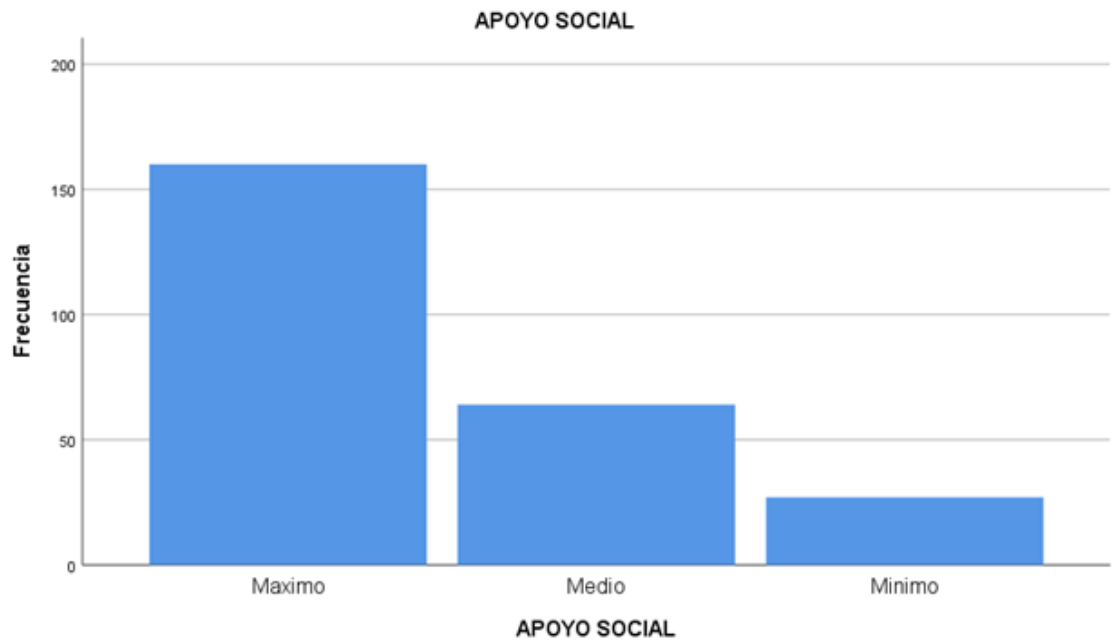
2: No presenta el antecedente



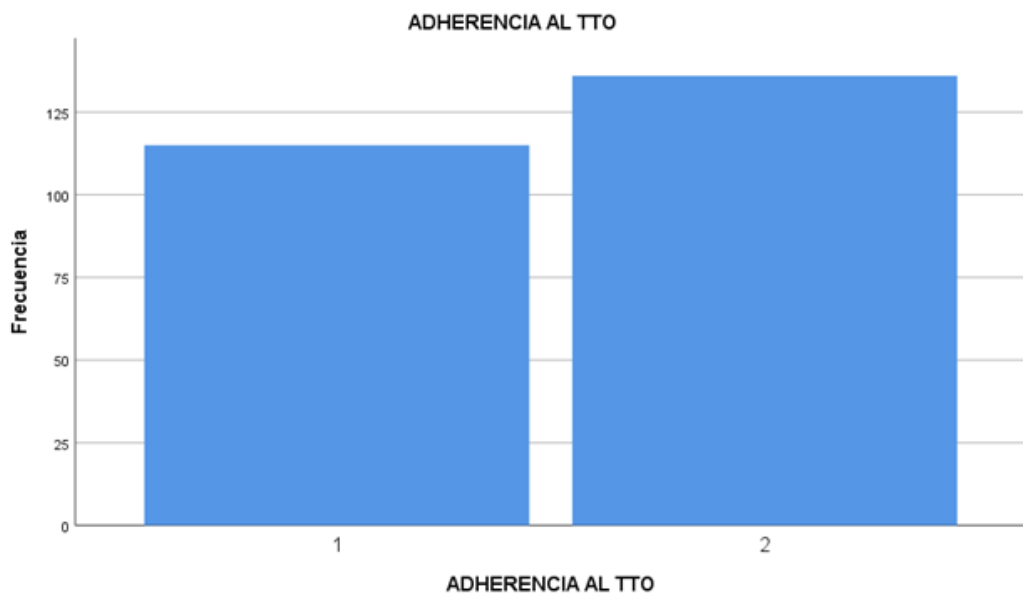


Anexo 9. Gráfico de barras del apoyo social de los sujetos de investigación

con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II



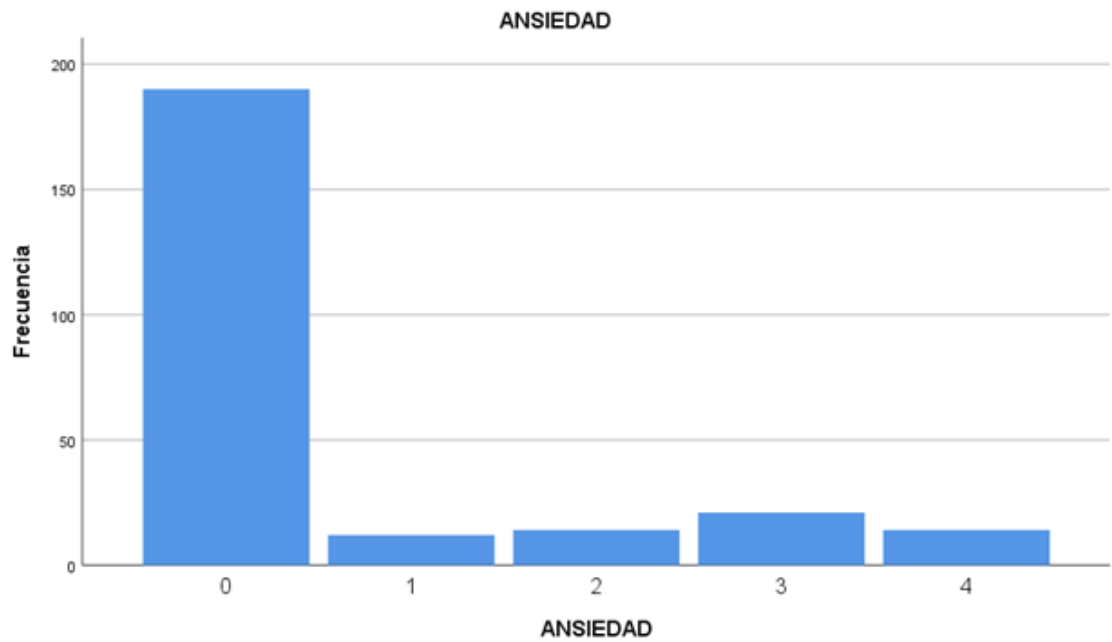
Anexo 10. Gráfico de barras de la adherencia al tratamiento de los sujetos de investigación con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II



1: Adherente

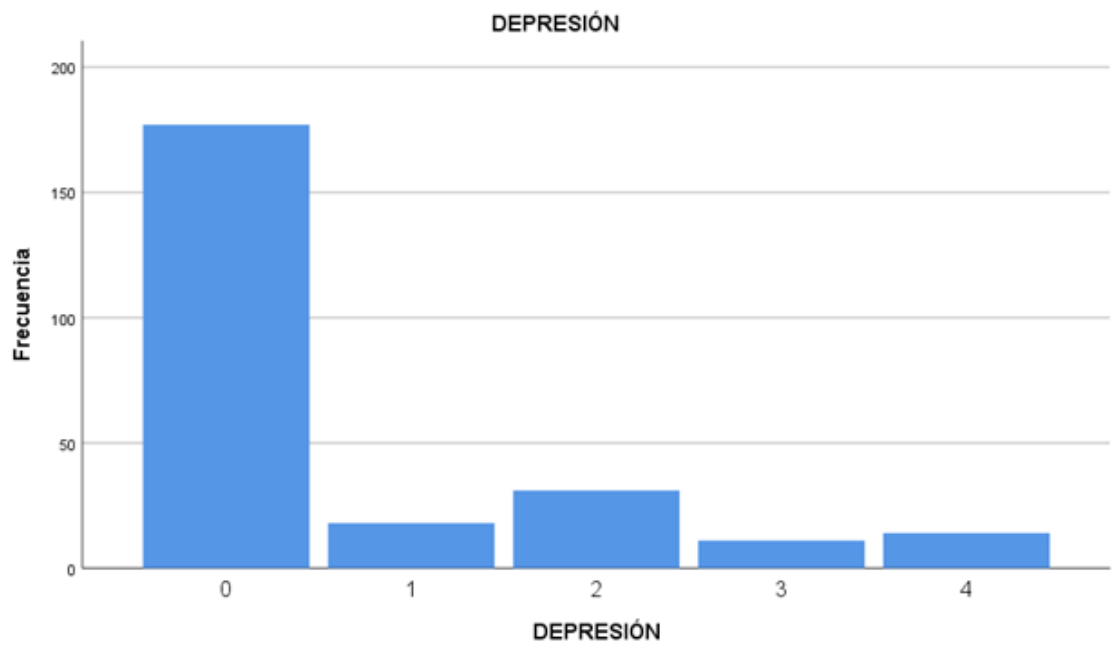
2: No adherente

Anexo 11. Gráfico de barras del nivel de ansiedad de los sujetos de investigación con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II



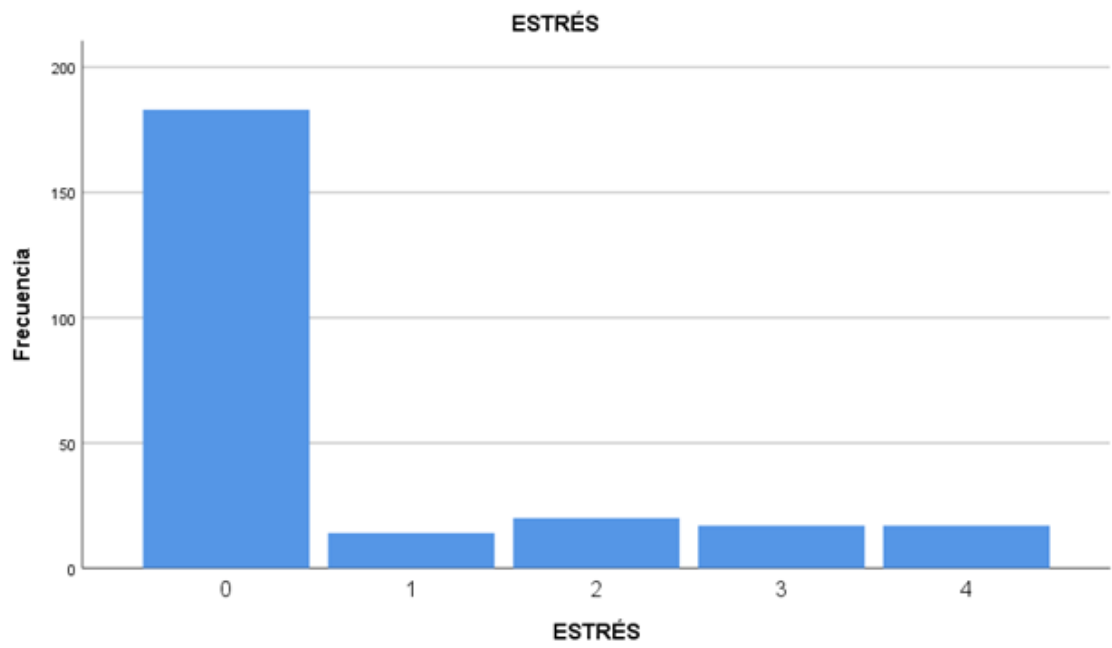
- 0: Sin ansiedad
- 1: Ansiedad leve
- 2: Ansiedad moderada
- 3: Ansiedad severa
- 4: Ansiedad extremadamente severa

Anexo 12. Gráfico de barras del nivel de depresión de los sujetos de investigación con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II



- 0: Sin depresión
- 1: Depresión leve
- 2: Depresión moderada
- 3: Depresión severa
- 4: Depresión extremadamente severa

Anexo 13. Gráfico de barras del nivel de estrés de los sujetos de investigación con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II



- 0: Sin estrés
- 1: Estrés leve
- 2: Estrés moderado
- 3: Estrés severo
- 4: Estrés extremadamente severo