



Facultad de  
**Posgrado**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

**FACULTAD DE POSGRADO**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA, MENCIÓN PSICOTERAPIA**

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 E  
HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL, ATENDIDOS EN UNIDADES DE SALUD  
DEL DISTRITO 17D06.**

Proyecto del Trabajo de Titulación previo a la obtención del Título de Magíster en Psicología  
Clínica, mención Psicoterapia.

AUTOR: Anderson Orlando Narváez Zambrano

TUTOR: Mayra Verónica León Ron

IBARRA - ECUADOR

2023

## DEDICATORIA

*Le dedico el resultado de este trabajo a toda mi familia. Principalmente a mi tío Segundo Narvárez (†), quien durante su vida fue un paciente con diabetes, este trabajo ha sido un esfuerzo de poder visibilizar cuán importante es la salud mental en estos casos, no solo por el apoyo que debe brindarse al paciente, sino también a la familia, quienes también hemos sufrido de manera indirecta las consecuencias de esta enfermedad.*

*A Fredy por motivarme a crecer profesionalmente, por las fuerzas para seguir adelante y apoyándome siempre en mis proyectos, a mi madre Giobita y a mis hermanas Nicole y Liz por ser ese pilar fundamental en mi vida, por estar siempre junto a mí en los momentos malos y en los menos malos. Gracias por enseñarme a afrontar las dificultades sin perder nunca la cabeza ni desmayar en el intento.*

*A mis abuelitos maternos Horacio (†) y Gloria, de quienes he aprendido la humildad y el trabajo, gracias a su ejemplo me he convertido en la persona que soy hoy, mis principios, mis valores, mi perseverancia y mi empeño, todo esto se los debo gracias a su enorme dosis de amor y sin pedir nada a cambio.*

*También, quiero dedicarle este trabajo a mis compañeros y amigos de trabajo (Delia, Pablo, Javier) con quienes he coincidido por casualidad o causalidad y de quienes pude aprender más sobre la salud pública y la salud mental, fueron sin duda un empujón para poder concluir con este proyecto.*

*Anderson Narvárez*

## **AGRADECIMIENTO**

*A todos mis docentes*

*“Les agradezco por su dedicación y paciencia, por transmitirme los conocimientos necesarios para hoy poder estar aquí, por enseñarnos que cada proceso terapéutico debe ser basado en ética, evidencia y compromiso”.*

*A mis compañeros*

*“Agradecerles a todos mis compañeros, por el tiempo compartido durante esta formación, por aquellos aprendizajes que pude obtener de cada uno de ustedes y de sus experiencias profesionales que sin duda enriquecieron mis conocimientos”.*

*A la Universidad Técnica del Norte*

*“Por último agradecer a la universidad por la oportunidad de acogerme durante este tiempo, por su pedagogía y exigencia, que la permiten ser un gran referente para la educación superior del país y quien el día de hoy me otorga este nuevo título profesional”.*



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA**  
**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

**1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA**

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

<b>DATOS DE CONTACTO</b>			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD</b>	1003060496		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>	Narváez Zambrano Anderson Orlando		
<b>DIRECCIÓN</b>	Quito, Agustín Franco y Alfredo Pareja.		
<b>EMAIL</b>	consulps.narvaez@gmail.com		
<b>TELÉFONO FIJO</b>	-----	<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0992018395

<b>DATOS DE LA OBRA</b>	
<b>TÍTULO:</b>	Ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial esencial, atendidos en unidades de salud del distrito 17d06.
<b>AUTOR:</b>	Narváez Zambrano Anderson Orlando
<b>FECHA: DD/MM/AAAA</b>	30 / 05 / 2023
<b>PROGRAMA DE POSGRADO</b>	Maestría en Psicología Clínica, mención Psicoterapia
<b>TITULO POR EL QUE OPTA</b>	Magíster en Psicología Clínica, mención Psicoterapia
<b>DIRECTOR</b>	Mgs. Verónica León Ron

## **CONSTANCIAS**

El autor (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 30 días del mes de mayo del año 2023.

### **EL AUTOR:**

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Nombre:** Narváez Zambrano Anderson Orlando

**Cédula:** 1003060496

**C.6 Conformidad con el documento final**

Ibarra, 23/04/2023

Dra Lucía Yépez

**Decana**

**Facultad de Postgrado**

**ASUNTO:** Conformidad con el documento final

Señora decana:

Nos permitimos informar a usted que revisado el Trabajo final de Grado “Ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial esencial, atendidos en unidades de salud del distrito 17d06.” del maestrante Anderson Orlando Narváez Zambrano, de la Maestría en Psicología Clínica mención Psicoterapia, certificamos que han sido acogidas y satisfechas todas las observaciones realizadas.

Atentamente,

	<b>Apellidos y Nombres</b>	<b>Firma</b>
Director/a	Mgs. Mayra Verónica León Ron	 <p>Firmado electrónicamente por: LEON RON MAYRA VERONICA</p>
Asesor/a	Dra. Lola Yesenia Acosta Vinueza	 <p>Firmado electrónicamente por: LOLA YESENIA ACOSTA VINUEZA</p>

# ÍNDICE DE CONTENIDOS

<b>RESUMEN .....</b>	<b>10</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO I.....</b>	<b>12</b>
<b>EL PROBLEMA .....</b>	<b>12</b>
1.1.    PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.2.    ANTECEDENTES.....	13
1.3.    OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	16
1.3.1.    Objetivo general: .....	16
1.3.2.    Objetivos específicos: .....	16
1.4.    JUSTIFICACIÓN .....	16
1.5.    ALCANCE .....	18
<b>CAPÍTULO II.....</b>	<b>19</b>
<b>MARCO REFERENCIAL .....</b>	<b>19</b>
2.1.    MARCO TEÓRICO .....	19
2.1.1.    Ansiedad .....	19
2.1.1.1.    Definición .....	19
2.1.1.2.    Características epidemiológicas de la ansiedad .....	20
2.1.1.3.    Síntomas de la ansiedad .....	20
2.1.1.4.    Tratamiento de la ansiedad .....	22
2.1.1.4.1.    Manejo no farmacológico .....	23
2.1.1.4.2.    Manejo farmacológico .....	24
2.1.2.    Depresión.....	26
2.1.2.1.    Definición .....	26
2.1.2.2.    Características epidemiológicas de la depresión .....	27
2.1.2.3.    Síntomas de la depresión .....	28
2.1.2.4.    Tratamiento de la depresión.....	30
2.1.2.4.1.    Manejo no farmacológico .....	31
2.1.2.4.2.    Manejo farmacológico .....	33
2.1.3.    Enfermedades crónicas metabólicas o enfermedades crónicas no transmisibles (ENT) .....	34
2.1.3.1.    Situación actual de las enfermedades crónicas no transmisibles en el Ecuador.....	35
2.1.3.2.    Las enfermedades crónicas no transmisibles y la salud mental .....	36
2.1.4.    Diabetes.....	38
2.1.4.1.    Definición .....	38
2.1.4.2.    Características epidemiológicas de la diabetes.....	38
2.1.4.3.    Diabetes tipo 2 .....	39
2.1.4.4.    Síntomas de la diabetes mellitus .....	40
2.1.4.5.    Tratamiento de la diabetes .....	40
2.1.4.5.1.    Manejo no farmacológico .....	41
2.1.4.5.2.    Manejo farmacológico .....	42
2.1.2.    Hipertensión arterial.....	43

2.1.4.6.	Definición .....	43
2.1.4.7.	Características epidemiológicas de la hipertensión arterial.....	43
2.1.4.8.	Hipertensión arterial esencial .....	44
2.1.4.9.	Síntomas de la hipertensión arterial.....	45
2.1.4.10.	Tratamiento de la hipertensión .....	45
2.1.2.1.1.	<i>Manejo no farmacológico</i> .....	46
2.1.2.1.2.	<i>Manejo farmacológico</i> .....	47
2.2.	MARCO LEGAL .....	48
2.2.1.	A NIVEL INTERNACIONAL.....	48
2.2.2.	A NIVEL NACIONAL .....	49
<b>CAPÍTULO III.....</b>		<b>51</b>
<b>MARCO METODOLÓGICO .....</b>		<b>51</b>
3.1.	DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO .....	51
3.2.	ENFOQUE Y TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	51
3.3.	PARTICIPANTES .....	51
3.4.	TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN .....	52
3.4.1.	ESCALA DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN (CES-D).....	53
3.4.2.	ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (HARS) .....	53
3.4.3.	CUESTIONARIO DE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS .....	54
3.5.	PROCEDIMIENTO .....	54
<b>CAPÍTULO IV .....</b>		<b>56</b>
4.1.	RESULTADOS .....	56
4.2.	DISCUSIÓN.....	62
<b>CAPÍTULO V .....</b>		<b>64</b>
<b>PROPUESTA .....</b>		<b>64</b>
5.1.	GENERALIDADES .....	64
5.2.	OBJETIVOS.....	65
5.2.1.	OBJETIVO GENERAL .....	65
5.2.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	65
5.3.	INDICADORES .....	65
5.4.	FLUJO DE ATENCIÓN.....	66
5.5.	CONCLUSIONES .....	68
<b>CAPÍTULO VI .....</b>		<b>69</b>
6.1.	CONCLUSIONES .....	69
6.2.	RECOMENDACIONES.....	70
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>		<b>72</b>
<b>ANEXOS .....</b>		<b>83</b>
8.1.	CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	83

<i>Marca solo un óvalo</i> .....	83
8.2. DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS .....	84
8.3. ESCALA DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN (CES-D).....	86
8.4. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (HARS) .....	91

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>TABLA 1</b>	CLASIFICACIÓN DE LAS BENZODIACEPINAS SEGÚN SEMIVIDA DE ELIMINACIÓN .....	<b>26</b>
<b>TABLA 2</b>	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA .....	<b>56</b>
<b>TABLA 3</b>	DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE ACUERDO CON SU PATOLOGÍA.....	<b>58</b>
<b>TABLA 4</b>	DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS DE DEPRESIÓN MEDIANTE LA ESCALA CES_D .....	<b>58</b>
<b>TABLA 5</b>	DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS DE ANSIEDAD MEDIANTE LA ESCALA HARS .....	<b>59</b>
<b>TABLA 6</b>	DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS DE DEPRESIÓN MEDIANTE LA ESCALA CES_D X TIPO DE ENFERMEDAD .....	<b>59</b>
<b>TABLA 7</b>	DISTRIBUCIÓN DE LAS FRECUENCIAS DE ANSIEDAD MEDIANTE LA ESCALA HARS X TIPO DE ENFERMEDAD .....	<b>60</b>
<b>TABLA 8</b>	RELACIÓN ENTRE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON DM2 E HTA, MEDIANTE CONTRASTES CHI-CUADRADO .....	<b>61</b>
<b>TABLA 9</b>	CORRELACIÓN MEDIANTE PRUEBA DE SPEARMAN Y R DE PERSON .....	<b>62</b>
<b>TABLA 10</b>	INDICADORES.....	<b>65</b>
<b>TABLA 11</b>	ESQUEMA DE INTERVENCIÓN .....	<b>67</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>FIGURA 1</b>	GRÁFICA DE PARETO .....	<b>64</b>
-----------------	-------------------------	-----------

## RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo analizar la relación entre ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e hipertensión arterial esencial (HTA), atendidos en las Unidades de Salud del Distrito 17D06. La metodología utilizada fue de un diseño de investigación desde un enfoque cuantitativo, no experimental, de tipo trasversal – correlacional. La muestra fue de 152 pacientes atendidos en el servicio de medicina interna y medicina familiar de los establecimientos de salud del distrito 17D06. Para la recolección de datos se utilizó la escala del centro de estudios epidemiológicos de la depresión (CES-D), Escala de ansiedad de Hamilton (HARS) y un cuestionario de variables sociodemográficas. Los resultados evidencian que los pacientes con DM2 presentaron un mayor índice en ansiedad (47,8%,  $n=46$ ) y depresión (45,7%,  $n=46$ ) de tipo moderado. En pacientes con HTA los resultados mostraron una prevalencia mayor en ansiedad del 65,8% ( $n=79$ ) en nivel severo, mientras que en depresión presentaron niveles moderados (36,7%,  $n=79$ ), lo cual nos permite inferir que los pacientes con HTA presentan con mayor intensidad síntomas ansiosos. El grupo de pacientes con morbilidad combinada prevalecen los síntomas mixtos de ansiedad y depresión en niveles graves (63,0%,  $n=27$ ). Finalmente, se realiza la prueba de Chi-cuadrado, mediante la cual se obtiene una correlación de 16,22 ( $p. valor 0,003$ ) para ansiedad, mientras que para la depresión se obtuvo una correlación de 14,03 ( $p. valor 0,029$ ), además, se ha obtenido el valor R de Person, mismo que establece un valor de 0,20 para la depresión y 0,23 para ansiedad, lo cual nos permite determinar un nivel de correlación positiva baja (0,20 a 0,39) entre las variables estudiadas. El presente estudio ha podido establecer los niveles de afectación emocional presente en pacientes con DM2 e HTA.

**Palabras clave:** hipertensión, diabetes, ansiedad, depresión.

## ABSTRACT

The objective of this study was to analyze the relationship between anxiety and depression in patients with type 2 diabetes mellitus (DM2) and essential arterial hypertension (AHT), treated at the Health Units of the 17D06 District. The methodology used was a research design from a quantitative, non-experimental, cross-correlational approach. The sample consisted of 152 patients treated in the internal medicine and family medicine service of the health establishments of the 17D06 district. For data collection, the scale of the Center for Epidemiological Studies of Depression (CES-D), the Hamilton Anxiety Scale (HARS) and a questionnaire of sociodemographic variables were transmitted. The results show that patients with DM2 presented a higher rate of anxiety (47.8%,  $n=46$ ) and depression (45.7%,  $n=46$ ) of a moderate type. In patients with AHT, the results showed a higher prevalence in anxiety of 65.8% ( $n=79$ ) at a severe level, while moderate levels appeared in depression (36.7%,  $n=79$ ), which allows us to infer those patients with AHT present symptoms with greater intensity. In the group of patients with combined morbidity, mixed symptoms of anxiety and depression prevail at severe levels (63.0%,  $n=27$ ). Finally, the Chi-square test is performed, through which a connection of 16.22 ( $p. value 0.003$ ) is obtained for anxiety, while for depression a connection of 14.03 ( $p. value 0.029$ ) was obtained. In addition, the R value of Person has been obtained, which establishes a value of 0,20 for depression and 0,23 for anxiety, which allows us to determine a low positive connection level (0,20 to 0,39) between the variables. studied. The present study has been able to establish the levels of emotional affectation present in patients with DM2 and AHT.

**Keywords:** hypertension, diabetes, anxiety, depression.

# CAPÍTULO I

## EL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

Naylor et al., (2012), nos manifiesta que muchas personas con enfermedades crónicas presentan un riesgo elevado de sufrir problemas de depresión o ansiedad, lo cual influye de manera significativa en su patología médica de base, empeorando la evolución de esta y reduciendo su calidad de vida. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) cerca de 301 millones de personas presentan un trastorno de ansiedad, de los cuales 58 millones corresponden a niños y adolescentes, mientras que cerca del 3,8% de la población es afectada por la depresión, aproximadamente 280 millones de personas en el mundo (OMS, 2021). En relación con la hipertensión arterial la OMS estima que el número de adultos con HTA ha incrementado de 594 a 1130 millones entre 1975 al 2015, en tanto que la diabetes entre 1980 al 2015 aumentó de 108 a 422 millones de personas, registrando un incremento del 5% en la mortalidad prematura, aludiendo que en el 2019 la diabetes fue la causa directa de 1,5 millones de muertes.

A nivel regional, el estudio hondureño de Sánchez et al. (2020) encontró que el 79% de los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus presentaron rasgos de depresión y ansiedad, determinando una mayor predisposición a trastornos del estado de ánimo en este grupo. Asimismo, García et al. (2019), encontraron en población dominicana que existe una prevalencia significativa de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes con hipertensión arterial.

En Ecuador, la prevalencia de trastornos del humor en la población atendida en servicios de salud públicos, de acuerdo con los datos del INEC (2021) la depresión y la ansiedad ocuparon el en 2020 el primer lugar con un 35,15%, seguidos de los asociados al consumo de drogas con el 16,99%. Para el Ministerio de Salud Pública (2021), la depresión afecta en un mayor porcentaje a mujeres que a hombres, los datos sugieren que 3 de cada 4 personas

diagnosticadas con depresión son mujeres. En los últimos datos registrados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSANUT) del año 2012, se estableció una prevalencia de hipertensión arterial en la población 18 a 59 años en un 37.2%, a su vez, la muerte asociada a la diabetes ha presentado un incremento durante los últimos años, es así, que para el 2020 la cifra de fallecidos ascendió a 7900 casos, estos datos de acuerdo con el INEC han permitido ubicar a la diabetes a nivel nacional dentro de las 5 primeras causas de mortalidad.

Con base al antecedente, se considera importante realizar un estudio sobre la ansiedad y la depresión en pacientes que presentan diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial con la finalidad de corroborar los datos con aquellos establecidos a nivel mundial, además, conocer la prevalencia de los problemas emocionales presentes en nuestra población, lo cual nos permita establecer y fortalecer los servicios de atención que actualmente se brindan a los usuarios del distrito 17D06.

## **1.2. Antecedentes**

En el 2011, un estudio realizado en la ciudad de Tabasco – México por Rivas-Acuña, et al. (2011), tuvo como objetivo identificar los niveles de ansiedad y depresión en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, la investigación tuvo un diseño de tipo descriptivo trasversal, con una participación de 100 pacientes que acudieron a la unidad de primer nivel de atención de la colonia Tamulté Delicias de Villahermosa – Tabasco y quienes no hayan sido previamente diagnosticado con ansiedad y depresión, para medir las variables se utilizó el cuestionario clínico para el diagnóstico del síndrome depresivo por Calderón y el inventario de Ansiedad Rasgo Estado de Spielberger. Los resultados obtenidos en la investigación demostraron que las personas con DMT2 son afectadas de manera importante por los aspectos emocionales como lo es la Ansiedad y Depresión, con mayor frecuencia en la población femenina que en la masculina.

Vetere (2014), realiza un estudio en Argentina cuyo objetivo fue identificar si existen diferencias estadísticamente significativas en la presencia de trastornos de ansiedad y depresión en pacientes con hipertensión arterial esencial (HTA) en comparación con un grupo control, para el presente estudio se utilizó un diseño cuantitativo, descriptivo, no experimental de tipo

transversal, participaron en el proceso 139 pacientes, divididos en dos grupos, el primero integrado por 85 pacientes con diagnóstico HTA; el segundo grupo estuvo compuesto por 54 controles no hipertensos emparejados por sexo y edad con el grupo HTA, para el análisis de las variables se utilizó un cuestionario sociodemográfico y la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional, (MINI; Sheehan et al., 1997), utilizando la versión de Ferrando, et al. (1997). Los resultados de la investigación resaltan la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en los pacientes con hipertensión arterial esencial, siendo esta mayor a la que se encuentra en el grupo control no hipertensos, en este contexto, se encontró una mayor relación entre ansiedad e hipertensión arterial y en menor relación entre depresión e hipertensión arterial.

Un estudio similar a la investigación propuesta fue realizado en Guatemala (Morán & Ávila, 2018), cuyo objetivo se basó en determinar la relación entre ansiedad y depresión en adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus e hipertensión arterial, el tipo de investigación fue de carácter descriptivo de corte transversal, prospectivo, cuantitativo, no experimental (Sampieri, 2015), en el cual participaron 50 adultos mayores que acudieron al servicio de consulta externa, para el estudio se utilizó la escala de valoración de Hamilton para medir niveles de ansiedad, misma que fue validada por Montgomery en 2002. Para medir la variable depresión se utilizó el cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ9) (Baader T, et al. 2012) el cual se desarrolló y validó a principios de 1990, los resultados obtenidos en esta investigación nos demuestra que existe una relación entre ansiedad y depresión en pacientes adultos mayores con diagnóstico de diabetes mellitus e hipertensión arterial siendo la edad un factor de riesgo de presentar ansiedad o depresión, de acuerdo al estudio a más edad mayor riesgo de ansiedad o depresión, además los resultados determinan que el sexo femenino es un factor de riesgo que predispone a las adultas mayores a padecer de ansiedad o depresión con mayor prevalencia.

En el mismo año, Cerezo et al. (2018), establece un estudio sobre la prevalencia de la depresión y ansiedad en la consulta cardiológica, cuyo objetivo fue conocer la prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes asistidos en la consulta cardiológica ambulatoria, así como establecieron un análisis de los factores de riesgo. El diseño se llevó a cabo durante un periodo

de dos meses, la recolección de datos se realizó mediante encuestas, mismas que abarcaron un grupo de 1035 pacientes voluntarios. Como datos sociodemográficos se pudo obtener datos en relación con el sexo y factores de riesgo, a su vez, se aplicó la escala auto administrada de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) para medir las variables. Los resultados arrojados en el estudio demostraron que la prevalencia de ansiedad obtuvo un 20.86%, mientras que la depresión fue del 9,85%, no obstante, el porcentaje mayor se observó en los trastornos combinados (ansiedad más depresión) con un 21.6%. En este contexto, al relacionar las variables sociodemográficas obtuvieron los siguientes resultados: en relación con el sexo, se obtuvo un predominio de ansiedad en mujeres con un 26.6% en comparación a los hombres cuyo porcentaje fue del 16.3%. en cuanto a los factores de riesgo analizados de acuerdo con los resultados no se evidenció una asociación directa con los trastornos emocionales analizados, sin embargo, el estudio pudo evidenciar la relación de la depresión y la ansiedad con conductas de riesgo como el tabaquismo y el sedentarismo.

Un estudio publicado en México por Orduña y Padilla en el 2019, describe una investigación realizada con personas adultas mayores y la depresión, cuyo objetivo fue determinar qué tanto se deprimen los adultos mayores de 60 años con diagnóstico previo de Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) y/o Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), el estudio tuvo un diseño cuantitativo, no experimental, transversal, correlacional descriptivo que incluyó adultos mayores elegidos al azar, de los cuales 253 personas participaron del estudio; para el análisis de las variables se aplicó la Encuesta abreviada de Depresión Geriátrica de Yesavage (EDG) compuesta por 15 preguntas, adicional a ello, se realizó una entrevista con los participantes en la cual se exploraron datos sociodemográficos en relación a la edad, sexo, estado civil, lugar de residencia, presencia de DM2, HAS o ambas, tiempo de evolución con la enfermedad, además consideraron analizar la percepción del paciente hacia el control de su enfermedad, la cantidad de medicamentos utilizados en su tratamiento diarios, su adherencia a grupos de apoyo, así como, la práctica de actividades saludables, especialmente la actividad física. Los resultados del estudio indicaron la presencia de DM2 e HTA teniendo una prevalencia de síntomas depresivos en los encuestados del 43.9% entre niveles leves a graves, en cuanto al tiempo de evolución de la

enfermedad de obtuvo una media de 16 años, encontrándose en control médico solo el 59% de este grupo.

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general:**

Analizar la relación entre ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial esencial, atendidos en Unidades de Salud del Distrito 17D06.

#### **1.3.2. Objetivos específicos:**

- Identificar a la población objeto de estudio, de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión establecidos.
- Clasificar la población objeto de estudio, de acuerdo con su morbilidad.
- Aplicar la Escala del Centro de Estudios Epidemiológicos de la Depresión (CES-D) y la Escala de ansiedad de Hamilton a la población objeto de estudio.
- Interpretar los resultados obtenidos de las escalas aplicadas a la población objeto de estudio.
- Comparar si existen diferencias estadísticamente significativas de ansiedad y depresión entre pacientes con DM2, HTA y patología combinada (DM2 + HTA).

### **1.4. Justificación**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2018 desarrolló un informe sobre la carga de los trastornos mentales en la región, mismos que constituyen un grupo de enfermedades y afecciones que son una causa importante de discapacidad y mortalidad, provocando más de un tercio (34%) del total de años de años perdidos por discapacidad (APD), de estos, la ansiedad ocupó el 4,92%, y la depresión abarcó el 7,84%. En la región de las Américas se estima que cerca de 50 millones de personas viven con depresión, de estos 21 millones de personas se encuentran en la región de América Latina y el Caribe, siendo dos veces

más frecuente en mujeres que hombres, en tanto, la ADAA (2020), establece que cerca del 31% de todos los adultos en la región ha experimentado ansiedad en algún momento de su vida.

En el país, de acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC, 2021) para el año 2020, dentro de las enfermedades mentales los trastornos del humor como la depresión y la ansiedad ocuparon el primer lugar con el 35,15%, seguidos de los asociados al consumo de drogas con el 16,99%. Mientras que las ENT priorizadas (enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedad crónica renal) representó el 43% de las muertes en la población general.

Las ENT, constituyen los padecimientos que registran mayor cantidad de consultas y egresos hospitalarios; así también, además de generar un alto costo social que implica perder vidas humanas, convirtiéndose en una de las peores amenazas para el crecimiento y el desarrollo económico del mundo. Por lo antes expuesto, se evidencia que las ENT son un problema de salud pública que afectan tanto el bienestar individual y familiar, como social y laboral; las cuales se asocian a discapacidad e incrementan la mortalidad prematura (personas menores de 70 años) (OMS, 2005).

Durante el año 2021, el servicio de psicología registró 14616 atenciones en sus establecimientos de salud del distrito 17D06, mientras que el servicio de medicina interna y medicina familiar registraron 869 atenciones a pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 y 1174 atenciones a pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial. Estas cifras demuestran que, si bien el número de atenciones en psicología es alto, no se cuenta con una desagregación que determine cuantos pacientes atendidos en salud mental, presentaban diagnósticos de DM2 e HTA.

Estudios preliminares, así como organismos e instituciones de salud nacionales e internacionales han establecido los cambios y efectos a mediano o largo plazo que surgen en una persona al vivir con una patología crónica, misma que obliga a generar cambios en su vida diaria, como estilos de vida, alimentación, rutinas, entre otras, y que afectan en cierta medida la esfera emocional de quienes la padecen llegando a influir en el mejoramiento o complicación de su

salud, adherencia a los tratamientos, controles médicos y cuidados propios, por ende, la importancia de realizar este estudio es analizar la depresión y la ansiedad dentro de estas enfermedades crónicas como la DM2 e HTA, ya que los niveles psicoemocionales descritos en algunos estudios, demuestran la influencia en las altas tasas de morbilidad y mortalidad con un incremento significativo de los estados de discapacidad, afectando no solamente la vida personal sino también familiar y social.

Con el fin de ofrecer una visión actual de esta problemática que sirva como precedente a futuras investigaciones, se ha considerado realizar el presente estudio, con la finalidad de alinearse a los planes nacionales que lidera el Ministerio de Salud Pública, mismo que como autoridad sanitaria nacional se encuentra elaborando actualmente una Política Nacional de Atención Integral de las Enfermedades No Transmisibles, y considero que es importante afianzar el componente de la salud mental como parte integral y multidisciplinar en la promoción, prevención y tratamiento de estas enfermedades, con el fin de organizar una estructura asistencial costo efectiva, adecuada y coherente, que responda con los objetivos plasmados el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS-FCI).

### **1.5. Alcance**

El desarrollo de este trabajo permite determinar la importancia de la salud mental en el tratamiento e intervención integral en salud hacia las distintas enfermedades presente en los diferentes ciclos de vida, considerando la comorbilidad que pueda presentarse en aquellas enfermedades metabólicas como la DM2 e HTA y las enfermedades mentales, por lo tanto, la obtención de los resultados podrá establecer una línea base para la construcción de lineamientos o programas de intervención basado en el principio de integralidad, donde no solo los pacientes reciban una atención médica, sino que puedan ser vinculados a los demás servicios de salud para su manejo y seguimiento.

Con una atención integral, se busca minimizar los efectos psicoemocionales en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial esencial, contribuyendo de tal manera a que los usuarios tengan mayor adherencia a los tratamientos médicos y a su vez, contribuir a fortalecer estilos de vida más saludables.

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO REFERENCIAL**

#### **2.1. Marco teórico**

##### **2.1.1. Ansiedad**

##### **2.1.1.1. Definición**

Una de las definiciones sobre ansiedad que resaltan durante el siglo XXI, es aquella que define a la ansiedad como esa sensación subjetiva que presentamos como individuos ante determinadas situaciones, mismas que interpretamos o percibimos como amenaza o riesgo, ya sea por su carácter novedoso o imprevisto, o por la intensidad con la que se presenta dicho evento o situación (Navarro, 2003).

En relación con lo anterior, Clark y Beck (2010) coinciden en esta definición, como aquella percepción que tiene una persona en sí misma hacia estímulos catalogados como peligros internos y externos, añaden además a este concepto una carencia o insuficiencia de control de la persona para poder darle una sensación de bienestar.

Más adelante, Rojas en el 2014, nos da una visión más amplia sobre el concepto de ansiedad, el cual lo define como aquella vivencia de temor impreciso, carente de objeto exterior, de algo que es difuso, vago, inconcreto e indefinido, que tiende a presentarse de forma imprevista, nos menciona que la ansiedad representa una emoción de alarma que da origen a una hiperactivación fisiológica, donde la persona tiende a vivir con miedos, temores y malos presagios.

Como hemos podido observar el concepto de ansiedad ha evolucionado con el paso del tiempo, ha trascendido de un concepto que estuvo asociado a una simple concepción cognitiva o subjetiva del ser humano a involucrar también aspectos fisiológicos, permitiendo entender a la ansiedad como aquella manifestación emocional cognitiva y fisiológica que presenta una persona ante una situación desconocida o amenazante. *(el texto me pertenece)*

### **2.1.1.2. Características epidemiológicas de la ansiedad**

De acuerdo con datos de la OMS (2020), en el 2019 cerca de 301 millones presentaron un trastorno de ansiedad, de los cuales 58 millones correspondían a niños y adolescentes. Al considerarse los trastornos de ansiedad como aquella elevación de miedo y preocupación excesiva, sus síntomas son lo suficientemente graves que han llegado a provocar situaciones de angustia o una discapacidad funcional importante en la persona que la padece. Los trastornos de ansiedad se consideran con mayor predominio en mujeres que en hombres, llegando a afectar de acuerdo con el NIMH (2017) a un 23% de las mujeres adultas y al 14% de los hombres adultos, por lo tanto, de acuerdo con la Asociación Americana de Ansiedad y Depresión (ADAA, 2020), las mujeres presentan una doble tendencia de padecer ansiedad generalizada mayor que los hombres.

En el informe desarrollado por la Organización Panamericana de la Salud (2018) sobre la carga de los trastornos mentales en la región, la ansiedad ocupó el 4,92%, y del total de años de vida ajustados en función de la discapacidad (AVAD) representó el 2,1%. En este sentido, la ADAA (2020), establece que cerca del 31% de todos los adultos en la región ha experimentado ansiedad en algún momento de su vida, afirmación que la corroboran con varios estudios realizados en el tema (SingleCare 2020; NIMH, 2017).

En el Ecuador la necesidad de la optimización del Modelo de Atención de Salud Mental durante los últimos años se ha caracterizado por el crecimiento acelerado de la población que necesita ser atendida, pues la prevalencia de trastornos de ansiedad de acuerdo con el INEC (2022) en la población atendida en los servicios de salud públicos en el año 2021 fue 37,98%. Por otra parte, la carga de los trastornos mentales en Ecuador, expresada en el porcentaje de años de vida perdidos por discapacidad es del 33,4%, ocupando la ansiedad el 5,2.

### **2.1.1.3. Síntomas de la ansiedad**

Presentar síntomas de ansiedad de forma ocasional es considerado como algo normal durante el curso de la vida, debido a que, las personas pueden preocuparse por temas cotidianos

como la salud, el trabajo, el dinero, la familia, la crianza o cuidado de los hijos, entre otros. Sin embargo, el NIMH (2022), establece que cuando esta preocupación empieza a ser extrema y se acompaña de sensaciones de nerviosismo o pavor, y cuyos síntomas persisten por un largo tiempo afectando a sus actividades y contextos de convivencia, se considera que el individuo ha empezado a desarrollar un trastorno de ansiedad generalidad.

De acuerdo con el DSM V (2014), los síntomas de ansiedad dependerán del tipo de objeto o situaciones que general el miedo, la ansiedad y las conductas evitativas, además de la percepción cognitiva que esté asociada a dicha sintomatología. Sin embargo, a pesar de que los síntomas de ansiedad pueden estar presentes entre sí en los diferentes tipos, se puede diferenciar analizando la situación que desencadena el temor, la evitación y ansiedad en la persona, además de evaluar el contenido de sus pensamientos o creencias que puedan estar asociadas.

Entre los síntomas más comunes que pueden estar presentes en la ansiedad generalizada, el DSM V (2014), establece los siguientes criterios diagnósticos:

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente, durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):

Nota: *En los niños solamente se requiere un ítem.*

- 1. Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
- 2. Facilidad para fatigarse.
- 3. Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
- 4. Irritabilidad.
- 5. Tensión muscular.
- 6. Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio).

- D. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- E. La alteración no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (p. ej., una droga, un medicamento) ni a otra afección médica (p. ej., hipertiroidismo).
- F. La alteración no se explica mejor por otro trastorno mental (p. ej., ansiedad o preocupación de tener ataques de pánico en el trastorno de pánico, valoración negativa en el trastorno de ansiedad social o fobia social, contaminación u otras obsesiones en el trastorno obsesivo-compulsivo, separación de las figuras de apego en el trastorno de ansiedad por separación, recuerdo de sucesos traumáticos en el trastorno de estrés postraumático, aumento de peso en la anorexia nerviosa, dolencias físicas en el trastorno de síntomas somáticos, percepción de imperfecciones en el trastorno dismórfico corporal, tener una enfermedad grave en el trastorno de ansiedad por enfermedad, o el contenido de creencias delirantes en la esquizofrenia o el trastorno delirante).

#### **2.1.1.4. Tratamiento de la ansiedad**

Para Ortuño (2021), en torno a los trastornos de ansiedad, existen terapias que resultan ser eficaces y que contribuyen a mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen, y una de estas alternativas terapéuticas es la combinación entre psicofármacos y psicoterapia. Entre los medicamentos utilizados para tratar la ansiedad, se encuentran los antidepresivos, cuyas dosis deben ser mayores a las utilizadas en el tratamiento para la depresión, así mismo, se utilizan las benzodiacepinas, fármacos que ayudan a lograr un mayor control de los síntomas en corto tiempo, considerando que su administración no debe ser prolongada. En cuanto a los procesos de psicoterapia utilizados en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, se proyectan a fortalecer las habilidades internas, como el autocontrol y técnicas de relajación, que contribuyan a manejar los síntomas de la ansiedad.

#### **2.1.1.4.1. Manejo no farmacológico**

Dentro del tratamiento no farmacológico, DeMartini et al. (2019) considera la psicoterapia como uno de los tratamientos de mayor impacto para reducir el nivel de ansiedad en los pacientes, siendo estos los más frecuentes las terapias cognitivo-conductuales (TCC) y las terapias psicodinámicas, acompañadas de hábitos saludables.

Kar y Sarkar (2016) consideran que la TCC, está orientada a trabajar en el presente el paciente estimulando su percepción cognitiva frente a la realidad existente, modificando comportamientos que le permitan desenvolverse adecuadamente en su ambiente, y fortaleciendo las relaciones interpersonales, para ello, una de las técnicas a utilizar es la exposición del consultante frente a objetos o situaciones que le generen estrés y ansiedad, con la finalidad de obtener un mayor control de la misma, ya que se reduce la ansiedad crónica, esta técnica es aplica en periodos de entre 10 a 20 semanas.

Según un estudio realizado por Ströhle et al. (2018), la TCC es una de las terapias que ha logrado obtener evidencia científica y ser una de las más recomendadas en el tratamiento de trastornos de ansiedad, sin embargo, los efectos obtenidos en la mejoría clínica de una persona a través de este proceso terapéutico no son tan rápidos, a diferencia del uso de fármacos en el tratamiento donde se obtienen resultados inmediatos, pese a esta situación el nivel de mejoría en los pacientes es significativo y su riesgo de recaída disminuye.

De acuerdo con Bandelow et al. (2017) las terapias psicodinámicas, provienen desde la corriente del psicoanálisis, en donde sientan sus bases terapéuticas, se abarcan desde este modelo terapéutico, las motivaciones del inconsciente para expresarse de tal forma a través de la conducta, los mecanismos de defensa establecidos para hacer frente a la ansiedad, miedos o angustia.

Además de los modelos terapéuticos mencionados, Bandelow et al. (2017) refiere que suelen utilizarse otros modelos no tan frecuentes como la psicoterapia familiar breve, la TIP, y la terapia cognitivo-analítica.

Si bien las investigaciones determinan que las personas con trastornos de ansiedad necesitan un tratamiento combinado entre psicoterapia y farmacología, Chelsea (2021) manifiesta que la modificación de los estilos de vida, contribuyen también a mitigar los síntomas de ansiedad, para lo cual se recomienda las siguientes prácticas de vida saludable:

- **Practicar actividad física de manera frecuente.** Se debe establecer una rutina de ejercicios que puedan realizarse la mayoría de los días en la semana, mediante el ejercicio se reduce el estrés, se mejora el estado de ánimo y ayuda a la persona a mantenerse activa y saludable.
- **Mantener una adecuada higiene de sueño.** Cuidar el descanso a la hora de dormir es importante, para lograr reparar las energías del cuerpo. Un buen descanso mantiene a la persona con un mejor estado de ánimo.
- **Practicar técnicas de relajación.** Se puede utilizar técnicas de visualización, acompañadas de respiración pausada, practicar la meditación y el yoga. Estas técnicas de relajación ayudan a reducir la ansiedad.
- **Mantener una alimentación saludable y balanceada.** Es recomendable añadir a la dieta vegetales, frutas, cereales, y pescado, estos alimentos ayudan a reducir los niveles de ansiedad.
- **Evitar el consumo de alcohol y otras drogas consideradas recreativas.** Estas sustancias pueden alterar o exacerbar los síntomas de ansiedad.
- **Suspenda el consumo de tabaco y reduzca la ingesta de café.** Se ha comprobado que la nicotina y la cafeína incrementa los estados de ansiedad.

#### **2.1.1.4.2. Manejo farmacológico**

Según Craske y Stein (2016) los medicamentos utilizados en el manejo de la ansiedad han logrado obtener resultados significativos en la reducción de síntomas de ansiedad, en este sentido, se han utilizado los antidepresivos como tratamiento de primera línea en la mayoría de los casos de trastornos de ansiedad, el resultado de mejora que se obtiene con ellos se aprecia a las dos semanas de iniciar el tratamiento, no obstante, el uso de benzodiazepinas el efecto se

obtiene en minutos, pero es un medicamento delicado, y por ende se utiliza en casos que estrictamente lo requieran.

### **Antidepresivos**

Para Chacón et al. (2021) los antidepresivos presentan una acción a nivel del sistema monoaminérgico, mismo que interactúa con el sistema de neurotransmisores, especialmente la dopamina, la serotonina y la noradrenalina. El efecto posterior al uso de estos medicamentos se observa a partir de la segunda o cuarta semana, por lo tanto, el paciente debe ser informado sobre el efecto de la medicación al inicio de su tratamiento, la persistencia de sintomatología ansiosa durante las primeras semanas de tratamiento, efectos adversos que puedan presentarse, los riesgos si se decide discontinuar el tratamiento o la suspensión de este.

Los fármacos más utilizados dentro del grupo de antidepresivos para el tratamiento de los trastornos de ansiedad, de acuerdo con Goetter et al. (2020) se encuentran los inhibidores de la receptación selectiva de serotonina (ISRS) y los Inhibidores de la recapturación de serotonina noradrenalina (IRSN).

Según Bamdelow et al. (2017) los antidepresivos tricíclicos (TCA), como la imipramina y clomipramina, han resultado ser eficaces en el manejo de trastornos de ansiedad, sin embargo, los efectos adversos se presentan en mayor proporción, por lo que se debe considerar siempre el uso de los ISRS o IRSN como primera opción, debido a que se ha comprobado que los TCA aumentan el riesgo de toxicidad y conducta suicidio.

### **Benzodiacepinas**

Las benzodiacepinas (BZD) pertenecen al grupo de psicotrópicos, de acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (2014) se han utilizado en el tratamiento de distintos trastornos de ansiedad, debido a los resultados obtenidos frente a síntomas de ansiedad e insomnio. Sin embargo, estos fármacos, pueden presentar efectos adversos como ataxia, sedación, inhibición e incluso posible abstinencia, así como alteraciones cognitivas, especialmente la atención y memoria. Las BZD al ser liposolubles, presentan una acción rápida

cuando es administrada vía oral o parenteral, por lo tanto, se deberá considerar la vida media que tenga el fármaco para darle el uso clínico adecuado.

Las benzodiazepinas pueden clasificarse de acuerdo con su semivida de eliminación, como lo establece Chacón et. al. (2021) en la tabla 1.

**Tabla 1**

*Clasificación de las Benzodiazepinas según semivida de eliminación*

Acción larga > 24 horas	1. Diazepam 2. Clonazepam 3. Flurazepam
Acción intermedia 6-24 horas	1. Lorazepam 2. Alprazolam 3. Lormetazepam
Acción corta <6 horas	1. Bentazepam 2. Bromazepam 3. Midazolam

Fuente: Adaptado de: Chacón E., Xatruch D., Fernández M., Murillo R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. Revista Cúpula. Costa Rica. 35 (1): 23-36

Tomasi et al. (2019), nos manifiesta que en caso de que una persona presente tendencia o conducta suicida, antecedentes de consumo de sustancias o enfermedad cardiovascular, la prescripción de BZD estará contraindicada. Sin embargo, es importante recordar que, si se efectúa un uso prolongado del fármaco en cualquier tratamiento por más de 4 a 8 meses, puede derivar en dependencia en algunos pacientes, llegando a provocar síndrome de abstinencia con efectos de ansiedad agravados.

## **2.1.2. Depresión**

### **2.1.2.1. Definición**

Beck (1976), uno de los teóricos en la materia, define la depresión como una distorsión de la realidad, en la cual interviene una triada cognitiva de carácter negativo que se manifiesta en

el ser humano, refiriéndose a cómo la persona se ve a sí mismo, cómo ve su mundo o su entorno y cómo visualiza su futuro.

Por otro lado, complementando a esta definición y abarcando un panorama mucho más amplio, Rojas (2006) manifiesta que las depresiones son un conjunto de enfermedades psíquicas hereditarias o adquiridas, con una sintomatología determinada, a la que se asocian cambios negativos de tipo somático, psicológico, conductual, cognitivo y asertivo.

Durante los últimos años la depresión ha liderado las tasas de morbilidad en los establecimientos de salud a nivel nacional e internacional, es así como la OMS (2021), la define como un trastorno mental frecuente, cuyos síntomas se manifiestan por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración, siendo éstos aquella sintomatología específica a la que hacía referencia el autor en el apartado inmediato anterior.

#### **2.1.2.2. Características epidemiológicas de la depresión**

La depresión es considerada como una enfermedad frecuente en todo el mundo, de acuerdo con la OMS (2021), se calcula que cerca del 3,8% de la población es afectada por esta enfermedad, de la cual un 5% corresponde a adultos y un 5,7% a adultos de más de 60 años. En el mundo la depresión afecta a cerca de 280 millones de personas, por lo tanto, se ha convertido en un serio problema de salud pública, especialmente cuando su sintomatología es recurrente e intensa, llegando a causar malestar en la persona que la padece y afectando su entorno laboral, escolar y familiar. Cuando la depresión avanza y no se logra controlar, puede llegar al suicidio, de acuerdo con datos de la OMS, en mundo cerca de 700 000 personas fallecen a causa del suicidio cada año, considerándose la cuarta causa de muerte en edades de entre 15 a 29 años, en este sentido, para Evans-Lacko et al. (2018) uno de los mayores problemas frente a la depresión es el escaso acceso a los servicios de salud y los diagnósticos mal establecidos, considerando que más del 75% de las personas que pertenecen a países de ingresos medios y bajos no reciben tratamiento.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2018 desarrolló un informe sobre la carga de los trastornos mentales en la región, mismos que constituyen un grupo de enfermedades y afecciones que son una causa importante de discapacidad y mortalidad y provocan más de un tercio (34%) del total de años de años perdidos por discapacidad (APD), de los cuales, la depresión abarcó el 7,84%. En la región de las Américas de estima que cerca de 50 millones de personas viven con depresión, de estos 21 millones de personas se encuentran en la región de América Latina y el Caribe, siendo dos veces más frecuente en mujeres que hombres.

En el Ecuador, de acuerdo con el Ministerio de Salud Pública (2021), la depresión afecta en un mayor porcentaje a mujeres que a hombre, los datos sugieren que 3 de cada 4 personas diagnosticadas con depresión son mujeres. La prevalencia de trastornos del humor en la población atendida en servicios de salud públicos, de acuerdo con los datos del INEC (2021) la depresión y la ansiedad ocuparon el en 2020 el primer lugar con el 35,15%, seguidos de los asociados al consumo de drogas con el 16,99%. Al estar asociada la depresión al suicidio, en Ecuador Gerstner et al. (2018), menciona que alrededor de 1000 personas mueren al año por heridas autoinflingidas (suicidio), de acuerdo con datos del Ministerio de Gobierno en el 2021 se registraron 1237 personas fallecidas por suicidio con una tasa de 6,97 por 100mil habitantes, situándola por debajo de la tasa promedio anual de la región (Américas: 7,3 por 100mil habitantes).

### **2.1.2.3. Síntomas de la depresión**

Sentirse triste o decaído, son procesos emocionales que toda persona puede presentar en un momento determinado de su vida, mismos que desaparecen al poco tiempo, en este sentido, el Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH, 2021), determina que la depresión, como trastorno o enfermedad mental, es diferente, ya que deriva en síntomas mucho más graves que afectan la globalidad de la persona, desde el cómo se siente, piensa y realiza sus actividades diarias, tales como dormir, comer o trabajar. La depresión puede afectar a cualquier persona, sin embargo, existen factores que pueden predisponer el desarrollo o apareamiento de este trastorno, tales como, factores biológicos, genéticos, ambientales y psicológicos.

La depresión puede presentarse en comorbilidad a otros trastornos mentales, así como, estar presente en otras enfermedades médicas como la diabetes, cáncer, enfermedad cardiovascular, determinado dolor crónico, entre otras, es importante resaltar que existen medicamentos utilizados en el tratamientos de muchas de estas enfermedades médicas que pueden contribuir al desarrollo de sintomatología depresiva, por lo tanto, al manifestarse puede agravar los problemas de salud de la persona o su vez, estos exacerbar los síntomas de depresión. (NIMH, 2021).

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales, quinta edición (DSM 5, 2014) la depresión mayor se caracteriza por:

- A. Cuando cinco (o más) de los siguientes síntomas estén presentes durante un mismo periodo de dos semanas y hayan presentado un cambio en el funcionamiento habitual de la persona, se considera que al menos un síntoma deberá ser la presencia de un estado de ánimo deprimido la mayor parte del tiempo o presentarse pérdida de interés o placer.

Síntomas:

1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable.)
2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más del 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.

5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros; no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
  6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
  7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
  8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
  9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco o hipomaníaco.

#### **2.1.2.4. Tratamiento de la depresión**

Con base a las indicaciones de la NIHM (2021), el tratamiento de la depresión se puede realizar mediante el uso de fármacos y la psicoterapia o la combinación de ambos, además, se ha establecido como tratamiento opcional la estimulación intracraneal, misma que ha sido utilizada cuando la sintomatología no disminuye con los tratamientos previos. El modelo de tratamiento a utilizar dependerá del nivel o grado de depresión presente en el paciente, generalmente para una depresión leve, se utiliza como primer tratamiento la psicoterapia, añadiendo medicamentos

siempre y cuando la sintomatología continúe. Por el contrario, cuando se presentan síntomas depresivos moderados o graves, se ha recomendado la combinación de psicoterapia con apoyo farmacológico.

#### **2.1.2.4.1. Manejo no farmacológico**

Uno de los principales tratamientos no farmacológicos para la depresión es la psicoterapia, misma que define la Asociación Europea de Psicoterapia (2022), como aquel tratamiento que interviene de manera integral en una persona, utilizando métodos científicos, misma que puede ser aplicada de manera individual o grupal, con el objetivo de reducir y eliminar los síntomas que generan malestar en el consultante, aportando mejoras en su calidad de vida, cambios de comportamiento, actitudes, pensamiento y bienestar en general.

La guía publicada por el National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2015) hace referencia a un estudio exhaustivo sobre la efectividad de las diferentes intervenciones psicológicas en el tratamiento de la depresión mayor, misma que considera a la Terapia Cognitivo Conductual TCC y la Terapia Interpersonal TIP, como los modelos terapéuticos de mayor evidencia en el manejo de la depresión, mismos que se combinan con la prácticas de hábitos saludables, como el ejercicio físico, dieta balanceada, entre otros.

#### **Terapia cognitivo conductual (TCC)**

El modelo cognitivo-conductual se ha convertido en el modelo psicoterapéutico, más estudiado e investigado de las últimas décadas dentro del campo de la psicología, considerada una de las intervenciones con mayor efectividad en el tratamiento de la depresión, este modelo incluye una serie de técnicas conductuales como la activación conductual y técnicas de afrontamiento, además de técnicas de reestructuración cognitiva. Es una terapia que se centra en el presente de la persona, cuyo propósito es que la persona pueda liberar la percepción errónea construida frente a sus situaciones y fortalecer sus habilidades internas. (Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto, 2014.)

#### **Terapia interpersonal (TIP)**

Klerman et al. (1984, citado en 2018), precursor de la terapia interpersonal desarrolla en un inicio con el objetivo de ser aplicada como tratamiento para la depresión, posteriormente ha sido utilizada para el tratamiento de otros problemas de salud mental, el modelo de acuerdo con Brunstein-Klomek et. al. (2007), contempla la depresión en tres esferas: la sintomatología, el funcionamiento social y la personalidad, cuya finalidad de su intervención es poder influir en la ejecución de cambios funcionales en sus dos primeras esferas y con ello mitigar la sintomatología depresiva.

### **Activación conductual (AC)**

Este modelo terapéutico McCauley E., et al. (2016), lo establece como el proceso de análisis funcional de la depresión, el objetivo es poder valorar el contexto del paciente, para determinar los posibles factores que influyan en el mantenimiento de la depresión y sobre aquellas conductas que el consultante pudiera aplicar para reducir su sintomatología y el impacto que determinados factores puedan ejercer en su sintomatología. El modelo busca, identificar conductas que sean importantes para la persona, que promuevan a la ejecución de objetivos, propósitos o valores personales, así como y terminen reduciendo conductas de evitación.

### **Estimulación magnética transcraneal**

La estimulación magnética transcraneal se ha considerado como una alternativa de tratamiento frente a las personas que no respondan al tratamiento farmacológico con antidepresivos, es un dispositivo que envía pulsos magnéticos a las neuronas cerebrales responsables de la regulación del estado de ánimo y sobre todo en la depresión, se lo realiza colocando en la cabeza una especie de gorro con electrodos, mismo que es monitoreado a través de una pantalla, su uso es ambulatorio y no es invasivo. (Craig S., 2021)

### **Alimentación**

Timothy J., (2020), manifiesta que existen alimentos que ayudan a reducir síntomas de depresión, tales como, frutas, vegetales, pescado y el aceite de oliva, espacialmente, consumir alimentos ricos en triptófano, un aminoácido que influye sobre el estado de ánimo al estimular la

producción de serotonina, entre los alimentos que contienen este aminoácido, se encuentran el pollo, el pavo, los lácteos (leche, queso) y los huevos y frutas como el plátano, la piña, el aguacate y la ciruela.

### **Ejercicio**

Investigaciones como las de Ignácio et. al. (2019), sugieren que la práctica de ejercicio físico regular contribuye a aumentar el nivel de serotonina, neurotransmisor que contribuye a la regulación del estado de ánimo, mejorando la calidad de sueño, equilibrando el apetito, la libido y otras funciones del organismo. Uno de los ejercicios recomendados son los aeróbicos, mismo que ayudan a aumentar los niveles de endorfinas y norepinefrina, neurotransmisores que al igual que la serotonina, influyen positivamente a regular el estado de ánimo.

#### **2.1.2.4.2. Manejo farmacológico**

La OMS (2021), recomienda que el tratamiento deberá estar definido de acuerdo a la intensidad y tipología de los síntomas depresivos manifestados en una periodo de tiempo, en este sentido, los medicamentos antidepresivos mayormente utilizados son los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y los antidepresivos tricíclicos, se debe tomar en cuenta, que los antidepresivos no constituyen el tratamiento a utilizarse como primera elección, especialmente en niños y adolescentes.

De acuerdo con Craig S., (2021) los principales grupos de fármacos a utilizarse en el tratamiento de la depresión son los siguientes:

- **Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).** Utilizados generalmente al inicio de un tratamiento, especialmente en depresión leve, se consideran lo más seguros, debido a sus mínimos efectos secundarios. Entre los más comunes: citalopram, escitalopram, fluoxetina, paroxetina, sertralina y vilazodona.
- **Inhibidores de la recaptación de serotonina y norepinefrina.** Algunos medicamentos de este grupo de inhibidores tenemos la duloxetina, venlafaxina, desvenlafaxina y levomilnacipran.

- **Antidepresivos atípicos.** Se considera a este grupo como aquellos, que no se ajustan a las demás categorías de antidepresivos. Entre los más comunes están, el bupropión, mirtazapina, nefazodona, trazodona y vortioxetina.
- **Antidepresivos tricíclicos.** Estos medicamentos a diferencia de los utilizados en primera línea suelen presentar mayores efectos secundarios, por lo tanto su prescripción no suele realizarse a menos que sea estrictamente necesario, en este grupo podemos encontrar la Imipramina, nortriptilina, amitriptilina, doxepina, trimipramina, desipramina y la protriptilina.
- **Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO).** Este grupo de fármacos suelen ser utilizados cuando no se obtienen resultados con otros medicamentos, en casos estrictamente necesarios, debido a los efectos secundarios graves que pueden provocar en las personas, entre estos medicamentos, podemos encontrar la tranilcipromina, fenelzina y la isocarboxazida. Es importante, resaltar que el uso de estos fármacos se acompaña de una dieta estricta, ya que al interactuar con algunos alimentos puede ser peligroso.
- **Otros medicamentos.** De acuerdo con cada caso, el médico puede sugerir o prescribir la combinación de dos medicamentos, o aumentar a un antidepresivo un estabilizador del ánimo o antipsicótico para aumentar sus efectos, pero se esta combinación la podrá realizar solo por un determinado tiempo.

### 2.1.3. **Enfermedades crónicas metabólicas o enfermedades crónicas no transmisibles (ENT)**

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), define las enfermedades crónicas no trasmisibles como aquellas enfermedades de evolución progresiva e incurables, al mismo tiempo de larga duración que requieren un tratamiento y control permanente durante un tiempo indeterminado, se establece el término “no transmisibles”, ya que su causa no se asocian a procesos infecciosos agudos, por el contrario, se consideran como resultado a ciertos determinantes de la salud y a una combinación de ellos, como factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales.

De acuerdo con datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2022), las enfermedades no transmisibles (ENT) producen la muerte de cerca de 41 millones de personas cada año, considerándose el 71% del total de muertes en el mundo. En la Región de las Américas 5,5 millones de muertes al año por ENT, afectando en gran porcentaje a poblaciones de países cuyos ingresos son bajos y medios, en los cuales las cifras por muertes asociadas a ENT ascienden a más del 75%. Estas enfermedades están relacionadas generalmente a grupos de edad avanzada, sin embargo, los datos reflejan que 15 millones de las muertes se han presentado en edades comprendidas entre los 30 y los 69 años. No obstante, la OMS (2022) menciona que toda persona es vulnerable a los factores de riesgo asociados a las ENT, especialmente, aquellas derivadas de los inadecuados estilos de vida saludable, como, la mala alimentación, la inactividad física, exposición al humo de cigarrillo, consumo de alcohol y tabaco, entre otras.

Entre los principales tipos de ENT considerados por la OMS (2022), encontramos las enfermedades cardiovasculares (hipertensión), el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas (EPOC) y la diabetes.

#### **2.1.3.1. Situación actual de las enfermedades crónicas no transmisibles en el Ecuador**

En el estudio de Fernández (2017), sobre el costo de la doble carga de la desnutrición, se establece que en Ecuador, aproximadamente 65% de la población mayor de 19 años tiene problemas relacionados con la malnutrición, entre ellos sobrepeso u obesidad, considerándose éstas, dentro de los factores de riesgo para desarrollar enfermedades no transmisibles (ENT), el gasto en salud que se deriva frente a esta situación, de acuerdo a la investigación, corresponde al 4.3% del producto interno bruto (PIB) anual.

De acuerdo con la última Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) realizada en el 2012, Freire, et. al. (2014), indica que la prevalencia de factores de riesgo, como el consumo de tabaco, alcohol u otras drogas, la inactividad física y la ingesta inadecuada de alimentos, han desarrollado afectaciones a la salud, tales como, el sobrepeso, la obesidad, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia, mismas que, sin un adecuado control y tratamiento,

han dado lugar a las ENT, entre ellas, enfermedades cardiovasculares (CV), tumores malignos, diabetes mellitus, enfermedades respiratorias crónicas (ERC) y enfermedad renal crónica.

Las ENT en el Ecuador representan una carga muy importante, no solo en el ámbito de la salud pública, sino a nivel económico. En este sentido, Freire, et. al. (2014), manifiesta que, de acuerdo con los datos del ENSANUT, 6 de cada 10 adultos tienen sobrepeso y/u obesidad; 21 personas mueren cada día por el consumo de tabaco, 9.3% de la población entre 18 y 59 años presenta hipertensión arterial, mientras que la prevalencia de diabetes en la población de 10 a 59 años fue de 2.7%.

Para el año 2018, de acuerdo con los resultados de la encuesta STEPS aplicada a nivel nacional, se evidenció que el 25.8% de la población entre 18 a 69 años presentan 3 o más factores de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles; entre ellas, el 20.5% de la población presenta presión arterial elevada, lo cual aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, mientras que el 7.8% de la población tiene hiperglicemia, lo que aumenta el riesgo de desarrollar diabetes mellitus; el 7.1% de la población presentó alteraciones en la glucosa, con rangos sugestivos de diabetes mellitus. (STEPS 2018).

Para el año 2020, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC 2021), las ENT entre ellas, enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas, enfermedad crónica renal, fueron responsables de 49.289 defunciones, mismas que representaron el 43% de las muertes en la población general, dentro de estas, las enfermedades cardiovasculares representaron el 59% del total de defunciones, mientras que la diabetes mellitus el 7.9%. En este sentido, el análisis económico realizado por el Foro Económico Mundial (2011), afirmó que en el periodo 2011-2025, las ENT, le costarán más de US\$ 7 billones a los países de ingresos bajos y medios, entre ellos, Ecuador.

### **2.1.3.2. Las enfermedades crónicas no transmisibles y la salud mental**

Las ENT se consideran como un problema de salud pública, afectando el bienestar individual, familiar, social y laboral de la población y sus familias; las cuales pueden derivar en discapacidad o a su vez, en incrementar la mortalidad prematura. (OMS, 2021).

Según la OMS (2021), la situación mundial relativa a la salud mental continúa siendo preocupante, se estima que cerca de 1000 millones de personas presentan un trastorno mental, además establece que más de 1 de cada 100 defunciones se producen a causa del suicidio, un problema que representa la cuarta causa de mortalidad en las personas de 15 a 29 años.

En el cómputo mundial, de acuerdo con la OMS (2021), la depresión y la ansiedad generan una pérdida anual de US\$ 1 billón en términos de productividad económica, considerando que los problemas mentales influyen en las afecciones crónicas, tales como el cáncer, las cardiopatías, la diabetes, entre otras, y viceversa. La OMS, indica que, al no ser tratadas de manera oportuna, pueden dar lugar a conductas inadecuadas relacionadas a la salud, como la no adherencia a los tratamientos, citas o control de su patología, debilidad del sistema inmunitario y una evolución desfavorable de la enfermedad.

En un estudio realizado por Diez-Canseco et. al. (2014), se menciona que al presentar una persona una ENT el desarrollo de una condición psicoemocional aumenta, es así, por ejemplo, una persona con diabetes tiende a duplicar su probabilidad de desarrollar una depresión. En este sentido, se establece que la depresión es la condición más prevalente entre los trastornos mentales presente en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, afectando, de acuerdo al estudio, aproximadamente al 30% de personas con diabetes tipo 1 y tipo 2, mientras que, en pacientes con enfermedades cardiovasculares, como la hipertensión arterial, la probabilidad de desarrollar depresión se sitúa entre el 20% y 45%. En este contexto, los autores manifiestan que, de acuerdo con varios estudios, la presencia de algún desorden mental puede contribuir tanto al apareamiento, como a la progresión de las ENT. En este sentido, la evidencia ha demostrado que las personas con depresión o con otros trastornos mentales, presentan un mayor riesgo de desarrollar ENT, a diferencia de aquellas que no sufren problemas de salud mental.

La OMS, a través de la Encuesta Mundial de Salud, ha demostrado que los trastornos mentales, como la depresión, tiende a empeorar el estado de salud en pacientes que presentan una enfermedad crónica, a diferencia, de aquellos pacientes que no presentan síntomas de depresión u otros trastornos mentales. (Moussavi S, et al. 2007). Con relación a ello, se ve la

imperiosa necesidad de brindar una atención integral, con énfasis en salud mental, a aquellas personas que presentan enfermedades crónicas no transmisibles, tal como lo ha mencionado la evidencia, misma que ha determinado la alta prevalencia de los trastornos mentales y su relación con el pronóstico y progreso de las ENT, así como, su influencia en el deterioro de la calidad de vida y el riesgo de mortalidad prematura. Sin embargo, a pesar de los riesgos y la evidencia, estos trastornos, siguen siendo subdiagnosticados y sub tratados en el mundo. (Huffman JC, et al. 2013)

#### **2.1.4. Diabetes**

##### **2.1.4.1. Definición**

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) define la diabetes como “una enfermedad crónica que se produce cuando el páncreas no produce suficiente insulina o cuando el cuerpo no puede utilizar de forma eficaz la insulina que produce, es decir, la hormona que regula el azúcar en sangre, el efecto común de la diabetes no controlada, es la hiperglucemia (aumento del nivel de azúcar en sangre), que con el tiempo, conduce a daños graves en muchos de los sistemas del cuerpo, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos”. (OPS, 2022)

##### **2.1.4.2. Características epidemiológicas de la diabetes**

De acuerdo con los datos de la OMS (2020), la diabetes fue responsable directa de cerca de 1.5 millones de fallecimientos, el 48% de estas muertes estuvo presente antes de los 70 años, mientras que aproximadamente el 20% de las defunciones por problemas cardiovasculares fueron asociadas directamente a la hiperglucemia. En este sentido, las tasas de mortalidad por diabetes en el mundo tuvieron un aumento del 3% entre el 2000 y 2019, mientras que en, en aquellos países de ingreso medios o bajos, como Ecuador, la tasa de mortalidad se vio incrementada en un 13% durante el mismo periodo.

De acuerdo con la OPS (2022), la diabetes tipo 2, se presenta con mayor frecuencia en adultos, misma que ha aumentado en las últimas tres décadas, en todos los países indistintamente del nivel de ingreso, en la región de las Américas cerca de 62 millones de personas presentan

diabetes, concentrándose la mayor cantidad de personas en países de ingresos medios y bajos. La diabetes es considerada la sexta causa de mortalidad y la segunda causa de discapacidad en la región, con 284.000 muertes atribuible a la diabetes durante el 2019, por lo cual, la detección temprana y un tratamiento oportuno en las personas que viven con diabetes debe ser una prioridad para los Estados, así como, garantizar el acceso a la insulina, fundamental para evitar una mortalidad temprana.

En Ecuador, la muerte asociada a la diabetes ha presentado un incremento durante los últimos años, es así como en el 2013 fue la primera causa de mortalidad en el país con cerca de 4695 defunciones, mientras que para el 2020 la cifra de fallecidos ascendió a 7900 casos, estos datos de acuerdo con el INEC, ha permitido ubicar a la diabetes a nivel nacional dentro de las 5 primeras causas de mortalidad. (Altamirano et al., 2017) (INEC, 2021)

#### **2.1.4.3. Diabetes tipo 2.**

El tipo más común de diabetes mellitus de acuerdo con la OPS (2020) es la diabetes de tipo 2 (aproximadamente el 90% de los casos), en este tipo de diabetes el páncreas genera insuficiente insulina o no funciona adecuadamente. Se estima que la mayoría de las personas con DM2 pueden presentar sobrepeso u obesidad, lo cual ocasiona o agrava la resistencia que tiene el organismo a la insulina. Se debe tomar en cuenta que, no todas las personas con diabetes mellitus presentan problemas en relación con el peso, sin embargo, se ha identificado una mayor proporción de grasa corporal localizada predominantemente en la región abdominal (adiposidad visceral), en comparación con aquellas personas sin diabetes.

Entre los factores de riesgo asociados al desarrollo de DM2, la OMS (2022) establece: la edad avanzada, el sedentarismo o inactividad física, el sobrepeso u obesidad, antecedentes de familiares con diabetes, hipertensión arterial, la hiperlipemia, entre otros. Es importante considerar que, si la diabetes no es controlada adecuadamente, la persona tiene mayor posibilidad de presentar complicaciones, así como la predisposición de una mortalidad prematura, pudiendo estar más expuestos a contraer enfermedades cardiovasculares y tuberculosis, especialmente en aquellas personas con un mal índice glucémico.

#### **2.1.4.4. Síntomas de la diabetes mellitus**

Brutsaert (2002) de la Medical College de New York, determina que los síntomas son muy similares entre los tipos de diabetes, siempre que la concentración de glucosa en sangre sea significativamente elevada, en este sentido, al hablar de hiperglucemia (niveles de glucosa elevados en sangre), se incluye:

- Aumento de la sed
- Aumento de la micción
- Aumento del hambre

Brutsaert (2022) indica que cuando la concentración de glucosa en la sangre aumenta a 180mg/dL, la glucosa puede pasar a la orina y si ésta alcanza valores más altos en la orina, los riñones empiezan a secretar cantidades adicionales de agua para diluir el exceso de glucosa lo cual produce demasiada orina, presentándose en las personas poliuria (micción abundante y frecuente), misma que, a su vez, desarrolla polidipsia (sed excesiva). Estos cambios a nivel funcional del organismo desencadenan un adelgazamiento en la persona debido a la pérdida excesiva de calorías a través de la orina. Al mismo tiempo, que da lugar a una sensación de hambre exagerada, a modo de compensación.

Otros síntomas que se incluyen en la diabetes son:

- Visión borrosa
- Somnolencia
- Náuseas
- Disminución de la resistencia durante el ejercicio

#### **2.1.4.5. Tratamiento de la diabetes**

Dentro del tratamiento que se implementa en el manejo de la diabetes, se encuentran los cambios en el estilo de vida, estrategias educativas y tratamientos farmacológicos. Por lo tanto, el tratamiento tiende a iniciar con procesos socioeducativos como, la lectura de información

relacionada a la diabetes, así como, entender la influencia que la alimentación y la práctica de ejercicio ejercen sobre la glucemia, además, se implementan estrategias que permitan prevenir complicaciones a mediano y largo plazo. Dentro de los establecimientos de salud, todo profesional, debe estar capacitado en poder brindar información oportuna y educativa frente a la diabetes, poder informar sobre la alimentación adecuada, el ejercicio como rutina diaria, el control de la glucemia en casa y la adherencia al tratamiento farmacológico que determine el médico. (Brutsaert, Medical College, 2022).

#### **2.1.4.5.1. Manejo no farmacológico**

Los cambios en el estilo de vida se convierten en una de las primeras alternativas de tratamiento dentro de la diabetes, es así como, la alimentación saludable y la actividad física regular, se han convertido en una estrategia ideal para el tratamiento de esta patología, contribuyendo a lograr o mantener un peso corporal adecuado y a mejorar las concentraciones de glucosa en sangre (OPS, 2020), en este sentido se establecen las siguientes recomendaciones (HEARTS-D, 2020):

- Se debe establecer un régimen alimentario saludable y balanceado, similar al que se recomienda a la población en general.
- En los pacientes con sobrepeso u obesidad, se deberá indicar la reducción de ingesta de alimentos calóricos, se ha comprobado que alcanzar y mantener un peso saludable contribuye en algunos casos a evitar o retrasar el uso de tratamiento farmacológico. Además de prevenir complicaciones de la diabetes debido al exceso de peso.
- En todos los pacientes con diabetes se deberá recomendar la práctica de actividad física diaria misma que deberá estar orientada de acuerdo con su condición física (caminatas, aeróbicos, entre otros).
- En adultos se recomienda la realización de al menos 150 minutos de actividad aeróbica moderada o enérgica por semana, pudiendo distribuirse en tres días como mínimo.
- Al disminuir la glucemia durante el ejercicio, se debe estar atentos a la presencia de síntomas de hipoglucemia. Por tal motivo, es recomendable tomar un pequeño aperitivo

durante la práctica del ejercicio, si éste es durante un tiempo prolongado, así como, disminuir la dosis habitual de insulina, o ambos.

- Se deberá indicar en todos los pacientes, no consumir tabaco y evitar la ingesta excesiva o nociva de alcohol.

#### **2.1.4.5.2. Manejo farmacológico**

Existen varios fármacos utilizados en el tratamiento de la diabetes, siendo al insulina el más aplicado, de acuerdo a la Medical College (Brutsaert, 2022) en las personas con diabetes tipo 1 se utiliza la insulina mediante inyecciones para disminuir los niveles de concentración de glucosa en la sangre, por el contrario, en paciente con diabetes tipo 2 en su mayoría se utilizan medicamentos administrados vía oral, aunque algunos pacientes pueden requerir también el uso de insulina u otros fármacos inyectables. En este sentido, la OPS en su guía de práctica clínica HEARTS-D (2020), establece las siguientes recomendaciones:

- En personas que, mediante los cambios de estilos de vida en cuanto a la alimentación y actividad física, no logren un control adecuado de la glucemia, deberá iniciarse un tratamiento mediante metformina, cuya dosificación deberá aumentarse gradualmente según el protocolo establecido para la diabetes, es importante mencionar que dicho fármaco no causa aumento de peso ni hipoglucemia.
- Si en un paciente está contraindicado el uso de metformina o a su vez, no tolere el medicamento, se podrá utilizar sulfonilurea de segunda generación como tratamiento inicial o de primera línea (de preferencia, gliclazida), considerando que las sulfonilureas pueden desencadenar aumento de peso e hipoglucemia.
- De acuerdo con la evidencia científica, no se ha logrado determinar si existe actualmente otros medicamentos a parte de la metformina o las sulfonilureas que puedan utilizarse como tratamiento inicial en el control de la glucemia.
- Si una persona, con sobrepeso u obesidad, no ha logrado bajar de peso aplicando únicamente la dieta y ejercicios físico, el médico podrá prescribir medicamentos

que ayuden al paciente a perder peso o a su vez, recomendar la intervención de una cirugía bariátrica (cirugía para adelgazar).

- Es importante resaltar, que existen medicamentos que influyen en la reducción de peso, entre ellos el péptido 1 (GLP-1) similar al glucagón y aquellos medicamentos inhibidores de SGLT2.

## **2.1.2. Hipertensión arterial**

### **2.1.4.6. Definición**

La tensión arterial de acuerdo con la OPS (2021), se refiere a “la fuerza que ejerce la sangre contra las paredes de las arterias”, a su vez, presenta dos valores: el primero considerado como tensión sistólica, cuando el corazón se contrae o late, mientras que el segundo, llamado tensión diastólica, cuando el corazón se dilata entre un latido y otro.

En este sentido, se considera hipertensión cuando su tensión arterial es elevada, llegando a considerarla como un factor de riesgo primordial para el apareamiento y desarrollo de enfermedades cardiovasculares, tales como, enfermedades isquémicas del corazón, enfermedades cerebrovasculares; además de la enfermedad renal crónica. Por lo tanto, se ha determinado que el aumento de la presión arterial, aún dentro de los valores normales puede ser causal de discapacidad y un importante factor de riesgo de muertes prematuras a nivel mundial (OMS, 2021).

### **2.1.4.7. Características epidemiológicas de la hipertensión arterial**

En el mundo de acuerdo con la OMS (2021), se estima que alrededor de 1280 millones de personas entre 30 a 79 años, viven con hipertensión, y un tercio de ellos corresponden a países de ingresos medios y bajos, con una prevalencia en relación con el sexo de uno por cada cuatro hombres y una de cada cinco mujeres, las diferencias proporcionales en cuanto a prevalencias se deben en gran medida al incremento de factores de riesgo presentes en cada población durante los últimos años.

Según los datos mundiales, el 46% de los adultos hipertensos desconocen su diagnóstico, por lo que, sólo un 42% de reciben atención y tratamiento, es decir, menos de la mitad de los adultos que la presentan, en este sentido, una de las metas mundiales establecidas por la OMS dentro de estrategias de control de las enfermedades no transmisibles, ha sido reducir la prevalencia de la hipertensión en un 25% al 2025. (OMS, 2021)

A nivel regional, la OPS (2021), establece que la principal causa de muerte en las Américas corresponde a las enfermedades cardiovasculares (ECV), representando la presión arterial alta el 50% de estas enfermedades, de ellas, más de una cuarta parte corresponde a mujeres adultas y cuatro de cada diez hombres presentan hipertensión, en cuanto al diagnóstico, tratamiento y control de la enfermedad, se mantienen similitudes con los datos a nivel mundial, debido a que pocos países de la región presentan tasas de control de la hipertensión superior al 50% de la población detectada. La hipertensión, cada año, es la responsable de alrededor de 1.6 millones de muertes por ECV, de las cuales cerca de medio millón corresponde a población menor de 70 años.

Los últimos datos estadísticos, obtenidos a través de la encuesta STEPS (2018) reportó que la prevalencia de HTA en población entre los 18 y 69 años fue 19,8%, lo cual aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares. De estos, el 45,2% no conoce su diagnóstico, mientras que el 16,2% se encontraba en un tratamiento farmacológico, pero registraban aún niveles elevados de presión; y el 26% de los encuestados mantenía niveles normales de presión arterial, es decir, presentaban un control de su hipertensión. Debido a las dificultades presentes en el país, en cuanto a detección temprana, tratamiento y control adecuado de la hipertensión, han ubicado a esta patología como la quinta causa de muerte en el Ecuador y entre las cinco principales causas de discapacidad. (INEC, 2021)

#### **2.1.4.8. Hipertensión arterial esencial**

Para Williams et al. (2018), de la Sociedad Europea de Cardiología, como una de las principales causas de HTA, se encuentra la HTA esencial o primaria, misma que abarca al 90% de los casos, considerada como un trastorno heterogéneo en el que influyen múltiples genes o

una combinación genética, misma que, de acuerdo con investigaciones como la realizada por Warren et al. (2017) se pudo determinar la presencia de cerca de 120 loci asociados con la regulación de la presión arterial, aunque también, existen casos monogénicos de HTA poco frecuentes como el síndrome de Liddle o el aldosteronismo corregible mediante glucocorticoides.

En la HTA esencial, la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) mencionada por Whelton et al. (2018), establece que, especialmente en aquella de base poligénica, existen varios factores que influyen negativamente al desarrollo de la HTA, no solo aquellos factores adquiridos, sino también factores ambientales como el sobrepeso, la obesidad, la ausencia de práctica de ejercicios, el contenido elevado de sal en las comidas, escaso potasio en la dieta y el consumo excesivo de alcohol, por ende, el cambio de estilo de vida, con la práctica de hábitos saludables, contribuyen a disminuir los riesgos de complicación y mortalidad.

#### **2.1.4.9. Síntomas de la hipertensión arterial**

De acuerdo con Gavira (2022) del Departamento de Cardiología de la Clínica de la Universidad de Navarra no existen síntomas específicos para la HTA esencial, cuando se eleva la presión arterial en una persona, ésta puede estar acompañada de varias manifestaciones, desde no presentar ningún síntoma y que su diagnóstico sea casual, es decir, en una consulta médica de rutina, previo a una cirugía, entre otras; así como, en otras ocasiones puede ser detectada a partir de manifestaciones como dolores de cabeza o cefaleas frecuentes, hemorragias nasales, nerviosismo, sensación de inquietud motriz, o con síntomas menos frecuentes como cefaleas intensas, sensación de frío, angustia, palpitaciones, aceleración del pecho, falta de aire y temblor.

#### **2.1.4.10. Tratamiento de la hipertensión**

El tratamiento para la HTA se enfoca por un lado en los cambios de estilo de vida y por otro, en el tratamiento farmacológico. En relación con el primero, conocido también como tratamiento no farmacológico, la Sociedad Europea de Cardiología (ESC) mencionada por Whelton et al. (2018), considera que este tipo de tratamiento es la base fundamental para tratar la

HTA, así como, estrategia de prevención de enfermedades cardiovasculares en general, evidencia que se ha logrado obtener gracias al estudio de un gran número de ensayos clínicos, considerando sus tratamientos, como uno de los mayores avances de la medicina en los últimos años.

De acuerdo con la revisión realizada por Brunstrom y Carlberg (2018) a los estudios clínicos de más de cientos de miles de pacientes, demostraron que los tratamientos combinados entre farmacológicos y cambios de estilos de vida fueron efectivos, mismos que permitieron una reducción entre el 10 y 15% en la tasa de mortalidad, así como una reducción del 40% en insuficiencia cardiaca, un 35% en ictus y un 20% en enfermedades cardiovascular y eventos coronarios. Dichas reducciones, se han observado estables e independientes del tipo de HTA y del grado de riesgo cardiovascular presente, así como de otros factores como la edad, el sexo, la raza u otras comorbilidades añadidas.

#### ***2.1.2.1.1. Manejo no farmacológico***

De acuerdo con Gorostidi et al. (2022), modificar los estilos de vida contribuyen a prevenir o retrasar el uso de fármacos en paciente con HTA esencial o en quienes presenten un perfil bajo de riesgo cardiovascular. No obstante, si un paciente ha iniciado un tratamiento farmacológico, las prácticas de vida saludable pueden ayudar a que el efecto antihipertensivo de los fármacos sea óptimo y a su vez, ayude a la prevención de desarrollar complicaciones cardiovasculares. En este sentido, es fundamental considerar que, las indicaciones otorgadas a los pacientes sobre hábitos de vida saludable deberán proporcionarse a todos los pacientes con HTA, independientemente del tipo y el monitoreo del cumplimiento de estos, así como, el refuerzo de las indicaciones deberá realizarse en cada consulta de seguimiento.

Entre los principales cambios en el estilo de vida, según lo establecen Williams et al. (2019) y Whelton et al. (2018), se encuentran los siguientes:

- Reducción de sal en las comidas, se recomienda que la ingesta no sea mayor a 5 gramos al día.

- Mantener un peso adecuado, con la finalidad de evitar desarrollar sobrepeso u obesidad, procurar mantener un índice de masa muscular entre 20 y 25 kilogramos.
- Implementar a sus actividades diarias, una rutina de ejercicio físico (aeróbicos), mismo que debe ser de al menos 30 minutos al día por 5 a 7 días a la semana, o un total de al menos 150 minutos de ejercicios semanales.
- Evitar o suprimir el consumo de tabaco.
- Evitar el consumo de alcohol, o si consume restringir su ingesta, en que no sea mayor a 14 unidades por semana en hombres y a 8 unidades por semana en mujeres (una unidad corresponde a 250cc de cerveza, 125cc de vino, o 30cc en bebidas de mayor graduación).
- Evitar el consumo rápido y excesivo de alcohol, gaseosas, energizantes y cafeína, en cualquiera de sus presentaciones.

#### **2.1.2.1.2. Manejo farmacológico**

El tratamiento farmacológico de acuerdo con Thomopoulos et al. (2017), está indicado en la mayoría de los pacientes con HTA, además del tratamiento no farmacológico, enfocado en fortalecer los hábitos de vida saludable, en este sentido y en relación con las guías de práctica clínica internacionales establecidas por la ESC y la ESH mencionadas por Whelton et al. (2018), se recomienda el uso de los siguientes fármacos, considerados de primera línea en el tratamiento antihipertensivo, estos son:

- 1) inhibidores del enzima de conversión de la angiotensina (IECA)
- 2) antagonista de los receptores de la angiotensina II (ARA II)
- 3) beta-bloqueantes (BB)
- 4) calcioantagonistas (CA), y

5) diuréticos (diuréticos tiazídicos y similares a tiazídicos como clortalidona o indapamida).

El uso de estos fármacos, de acuerdo con los ensayos clínicos llevados a cabo por la ESC y la ESH mencionadas por Whelton et al. (2018), han demostrado ser eficaces en la reducción de la presión arterial, contribuyendo a prevenir la morbilidad y la mortalidad asociada a la HTA y ECV, sin embargo, se ha identificado casos en los cuales, no solo es suficiente el uso de un fármaco de primera línea, sino que este debe ser combinado con otro para conseguir el resultado esperado, por lo tanto, la utilización del tratamiento farmacológico y sus combinaciones o no, dependerá de la individualidad de cada paciente, así como de las consideraciones clínicas de cada caso.

La combinación de dos o más fármacos de acuerdo con Gorostidi y De la Sierra (2018), podrá ser indicada en pacientes a partir de HTA grado dos y riesgo moderado en adelante, en los cuales la combinación de fármacos será necesaria para conseguir un control adecuado. Por lo tanto, al aplicar este tratamiento desde el inicio aportará a lograr los objetivos terapéuticos en menor tiempo, incluso con dosis mucho más bajas que las utilizadas en el tratamiento de un solo fármaco.

## **2.2. Marco legal**

Se ha considerado establecer aquella normativa nacional e internacional que sustenta la realización del presente estudio en el ámbito de la salud pública, mismos que se han sido establecidos para el cumplimiento obligatorio de todo el territorio ecuatoriano, especialmente para todas aquellas instituciones vinculadas al Sistema Nacional de Salud, en este sentido, podemos mencionar lo siguiente:

### **2.2.1. A nivel internacional**

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Social y Culturales de 1966, firmado por Ecuador en 1967 y ratificado en 1969, establece que los estados parte reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alta nivel posible de su salud física y mental, en este sentido,

se insta a que todos los países puedan crear estrategias que garanticen y promuevan la salud integral de todas las personas, para lo cual, mediante la presente investigación, se busca contar con un estudio preliminar que sustente futuras estrategias encaminadas a mejorar y/o fortalecer la salud de la población, especialmente de aquellas que se encuentran dentro del grupo de las ENT.

Parte de la promoción de la salud y prevención de las enfermedades es el fortalecimiento de estilos de vida saludable, componente que sin duda es importante considerar dentro del tratamiento de aquellas personas objeto de estudio de la presente investigación, para ello, se ha tomado como referencia el Convenio Marco de la OMS para el Control de tabaco (CMCT) ratificado por Ecuador en el año 2006, el cual tiene como objetivo proteger a las generaciones presentes y futuras contra las consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo de tabaco, en este mismo contexto, Ecuador ha suscrito el Protocolo para la eliminación del comercio ilícito de productos de tabaco ratificado en el año 2015, mismo que busca eliminar todas las formas de comercio ilícito de productos de tabaco, de conformidad con lo establecido en el artículo 15 del CMCT. Con base a estudios preliminares, se ha podido determinar la relación estrecha que existe entre el consumo de tabaco y las ENT, por lo tanto, se ha considerado fundamental citar esta normativa para nuestro estudio, ya que busca prevenir el consumo de tabaco en la población, reduciendo significativamente el apareamiento de enfermedades o la complicación de éstas, a través de estrategias que buscan limitar el consumo y/o reducción del consumo de tabaco, especialmente en pacientes con HTA.

### **2.2.2. A nivel nacional**

La normativa nacional que se ha considerado para la presente investigación parte desde la Constitución de la República del Ecuador (2008), misma que en varios de sus artículos, como el Art.3 y Art.32 por citar algunos, establecen la salud como un derecho, mismo que se vincula al cumplimiento de otros derechos, entre ellos, el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir, en este sentido, al hablar de prácticas de vida saludable como parte del tratamiento integral de los pacientes con ENT. por lo tanto, el presente estudio se alinea a este precepto normativo.

En el año 2006 el Congreso Nacional aprueba la Ley Orgánica de Salud (LOS), misma que en el 2022 fue reformada por la Asamblea Nacional cuyos preceptos tales como, establece la salud como un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransigible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado (Art. 3), describe las responsabilidades del Ministerio de Salud Pública, entidad encargada de emitir las directrices y el marco normativo en salud para todo el Sistema Nacional, siendo de aplicabilidad obligatoria de todas las personas e instituciones que brindan atención y tratamientos en salud, es así como una de las responsabilidades detalladas en su Art. 6, expresa que el MSP, es responsable de diseñar e implementar programas de atención integral y de calidad a las personas durante todas las etapas de la vida y de acuerdo con sus condiciones particulares, así como, aplicar normas técnicas para la detección, prevención, atención integral y rehabilitación, de enfermedades no transmisibles (...), en este sentido, el presente estudio aporta con información y datos que contribuyen a establecer nuevas directrices en la atención de pacientes con ENT, especialmente en aquellas de mayor morbilidad como la diabetes y la hipertensión arterial.

Los datos obtenidos en el presente estudio, permitirán establecer propuestas de tratamiento no convencional, tales como la práctica de estilos de vida saludable, educación a la comunidad, estrategias de promoción de la salud y acciones preventivas en población de riesgo, tal como lo establece el Art. 12 de la LOS, que busca desestimular conductas nocivas, desarrollar conciencia sobre la importancia del autocuidado y la participación ciudadana en salud, con el apoyo de los medios de comunicación en la difusión de programas y mensajes educativos e informativos en salud dirigidos a la población.

Como se ha expuesto, tenemos un vasto marco legal, que sustenta el presente estudio, sin embargo, se ha considerado mencionar aquellos más sobresalientes en relación con las variables presentadas. Es importante mencionar que existen otras leyes y normas que tienen relación con las ENT como son la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, el Código Orgánico de la Niñez y Adolescencia, la Ley de la Juventud, la Ley de Gestión Ambiental y la Ley Orgánica de Donación y Trasplante de órganos, tejidos y células.

## **CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO**

### **3.1. Descripción del área de estudio**

El presente estudio fue realizado en establecimientos de salud pertenecientes al distrito 17D06, ubicado en la provincia de Pichincha, cantón Quito.

La zona de influencia considerada del distrito 17D06, para el presente estudio fueron las zonas rurales del Nororiente de Quito (Tumbaco, Puembo, Lumbisí, Pifo, Mangahuantag, Yaruquí, Tababela, Checa y El Quinche), con una población asignada al año 2022 de 199.423 habitantes.

### **3.2. Enfoque y tipo de investigación**

El diseño de la investigación estuvo enmarcado desde un enfoque cuantitativo, no experimental, de tipo transversal – correlacional. (Hernandez-Sampieri, 2018)

Se consideró el enfoque cuantitativo ya que se plantearon diferentes hipótesis que buscaban comprobarse mediante la aplicación de cuestionarios (*test psicológicos*) a un grupo determinado de pacientes. Responde a una investigación no experimental, debido a que no se utilizan grupos de control, son grupos que presentan una característica en común dentro de un contexto específico. De tipo transversal, porque la información fue recolectada en un momento y tiempo único, no se realizó una investigación a través del tiempo. Se planteó un diseño correlacional porque busca explicar la relación entre variables en un grupo poblacional determinado, sin manipulación de estas. (Hernandez-Sampieri, 2018)

### **3.3. Participantes**

El tipo de muestra seleccionada para el presente estudio fue de tipo no probabilístico, compuesto por 150 personas captadas en el servicio de medicina interna y medicina familiar de los establecimientos de salud del valle de Tumbaco, distrito 17D06, seleccionados durante los

meses de agosto a noviembre del año 2022, los pacientes fueron direccionados al servicio de psicología para la aplicación de los instrumentos de medición; posterior a ellos fueron divididos en tres grupos de estudio, cada uno con las siguientes características: un grupo de pacientes con diagnóstico de DM2, otro grupo de pacientes con HTA esencial y finalmente un grupo de participantes con patología combinada (DM2 + HTA).

*Criterios de inclusión:*

- Sexo: hombres y mujeres.
- Edad: 35 a 64 años.
- Escolaridad: Primaria, secundaria y superior.
- Diagnóstico: Diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial esencial y patología combinada (DM2 + HTA)
- Pacientes de los establecimientos de salud del distrito 17d06, oficina técnica 09, que acuden a consulta de medicina interna y medicina familiar durante los meses de agosto a noviembre de 2023.

*Criterios de exclusión:*

- Edad: < a 35 años o > a 64 años.
- Pacientes que no cumplan con el diagnóstico establecido.
- Pacientes con antecedentes de depresión y/o ansiedad.
- Pacientes pertenecientes a otros establecimientos de salud ajenos al distrito 17d06.

### **3.4. Técnicas de recolección**

Para el presente estudio se utilizaron los siguientes instrumentos:

### **3.4.1. Escala del centro de estudios epidemiológicos de la depresión (CES-D)**

Consiste en una escala de autoinforme, utilizada para estudios epistemológicos en población general, se centra en el análisis de componentes cognitivos y conductuales de la sintomatología depresiva, con menor análisis de los síntomas de tipo somático (Radloff, 2000)

El inventario consta de 20 ítems, con cuatro opciones de respuesta que indican la frecuencia y/o intensidad en que se presenta cada ítem durante la semana previa. Los ítems están formulados en sentido negativo, excepto cuatro de ellos que lo están en sentido positivo, con el fin de controlar el sesgo de respuesta. Se cuantifica la frecuencia y/o intensidad de los síntomas utilizando una escala de Likert de 4 puntos. Esta escala ha sido traducido y validado al español por Soler en 1997, en una muestra de pacientes con trastornos afectivos, en donde la CES-D obtuvo un coeficiente de correlación ( $r$ ) de 0,89 con el Inventario de Depresión de Beck y de 0,69 con la Escala de Depresión de Hamilton. (Radloff, 2000).

Presenta una consistencia interna notable, con un alfa de Cronbach de 0,85 en población general y 0,90 en una muestra clínica. La fiabilidad test-retest de la escala en intervalos entre 2 y 8 semanas posteriores, es moderada ( $r = 0,51-0,67$ ) (Radloff, 2000).

Este cuestionario ha sido ampliamente utilizado tanto en la investigación clínica (sensibilidad 79,5% y especificidad 71.1 %) como en la población general (sensibilidad 64% y especificidad 94%) (Radloff, 2000).

### **3.4.2. Escala de ansiedad de Hamilton (HARS)**

La escala de ansiedad de Hamilton fue diseñada en 1959 por M. Hamilton. En 1986 fue adaptado a una versión española realizada por Carroble y cols. Esta escala consta de 14 ítems, de los cuales 13 ítems hacen alusión a signos y síntomas ansiosos y el último ítem está destinado a valorar el comportamiento del individuo durante la entrevista. El evaluado debe puntuar la intensidad en la que se le presentan los síntomas ansiosos basándose en una escala de tipo Likert de 5 valores categoriales basados en: ausente, leve, moderado, grave y muy grave (Lobo, 2002).

La escala de ansiedad de Hamilton posee una consistencia interna de 7 y un alfa de Cronbach de 0,89. Lo cual muestra que la escala es viable para ser utilizada como instrumento de evaluación en la investigación de los niveles de Ansiedad en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. (Lobo, 2002).

La escala de ansiedad de Hamilton posee una validez de correlaciones de la HARS con la escala de ansiedad de Covi: 0,73- 0,75; y con el inventario de ansiedad de Beck (BAI) 0,56 (Lobo, 2002)

### **3.4.3. Cuestionario de variables sociodemográficas**

Se desarrolló un cuestionario con las siguientes variables sociodemográficas:

Tipo de enfermedad, edad, sexo, género, estado civil, nivel de estudios alcanzado, tiempo de evolución de la enfermedad, tratamiento médico / farmacológico, atención en salud mental, hábitos nocivos (peso, consumo de tabaco y alcohol), problemas familiares y/o de pareja y frecuencia de actividad física, información que aportó para el análisis de los resultados y la correlación de estos con los síntomas emocionales evidenciados.

### **3.5. Procedimiento**

La recolección de datos se realizó de manera presencial, a través de recursos digitales, los cuestionarios fueron digitalizados mediante el aplicativo Google Form, el cual fue de fácil aplicación, ya permitió no solo la aplicación del estudio de manera intrainstitucional, sino que permitió, poder aplicar los cuestionarios a los pacientes durante las visitas domiciliarias en las actividades extramural.

De manera intrainstitucional se aplicaron los cuestionarios con los pacientes que acudieron a consulta externa en el servicio de medicina interna, los cuales fueron direccionados al servicio de psicología. Mediante el aplicativo del test, se logró sistematizar la información de manera individual y por grupos, así como, poder categorizarlos considerando otras variables.

Previo a tomar los test, se brindó al usuario una explicación sobre los objetivos del estudio, solicitando el consentimiento informado, indicando que la participación en la investigación es voluntaria, por lo tanto, cada persona tuvo la libertad de retirarse del estudio en cualquier momento, resguardando los principios éticos e información obtenida hasta el momento, este consentimiento fue diseñado de manera digital en el aplicativo Form, al aceptar la participación en el estudio, el aplicativo direccionaba al profesional a las preguntas propuesta en el presente estudio (datos sociodemográficos, test psicológicos), en caso de no contar con el consentimiento, el aplicativo daba por terminada la interacción, quedando registrada en la base de datos, tanto el número de aceptaciones como de negación frente al estudio.

El tiempo destinado a la aplicación de los reactivos en cada usuario fue de entre 15 a 20 minutos.

## CAPÍTULO IV

### 4.1. RESULTADOS

Concluida la fase de estudio, se procede a registrar los datos obtenidos en la presente investigación con su análisis respectivo en cada uno, al final se establecerá una fase de discusión de los resultados comparando los resultados obtenidos con otros estudios preliminares.

**Tabla 2**

*Distribución de la muestra*

<b>Variable</b>	<b>Ítem</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Edad</b>	35	17	11,2%
	36	16	10,5%
	37	4	2,6%
	40	8	5,3%
	42	16	10,5%
	43	9	5,9%
	44	8	5,3%
	45	1	0,7%
	46	9	5,9%
	47	8	5,3%
	48	1	0,7%
	52	10	6,6%
	53	3	2,0%
	54	6	3,9%

	55	1	0,7%
	57	9	5,9%
	58	4	2,6%
	60	8	5,3%
	62	6	3,9%
	63	2	1,3%
	64	6	3,9%
<b>Sexo</b>	Mujer	98	64,5%
	Hombre	54	35,5%
<b>Estado civil</b>	Casado	75	49,3%
	Divorciado	15	9,9%
	Soltero	54	35,5%
	Viudo	8	5,3%
<b>Nivel de estudios alcanzado</b>	Ninguno	1	0,7%
	Primaria	16	10,5%
	Secundaria	62	40,8%
	Superior	73	48,0%

Fuente: Elaboración a partir de datos propios.

La muestra estuvo conformada por 152 pacientes entre edades de 35 a 64 años, donde se destaca el estadístico de la moda ( $Mo=35$ ) mientras que la media se sitúa en 46,70 años. En relación con el sexo se obtuvo una mayor participación de mujeres (64,5% /  $M=0,36$ ), estudios similares nos demuestran una mayor participación en mujeres (Rivas-Acuña, et al., 2011), considerándose el sexo femenino como un factor de riesgo que predispone a padecer de ansiedad o depresión con mayor prevalencia (Morán & Ávila, 2018).

**Tabla 3***Distribución de la muestra de acuerdo con su patología*

<b>Variable</b>	<b>Ítem</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tipo de enfermedad</b>	Diabetes Mellitus	46	30,3%
	Hipertensión Arterial	79	52,0%
	Ambas	27	17,8%

Fuente: Elaboración a partir de datos propios.

La muestra estuvo conformada por 152 pacientes seleccionados de manera aleatoria en la consulta de medicina interna y medicina familiar entre los meses de agosto a noviembre, se procedió a dividir a los participantes de acuerdo con su patología, la mayor prevalencia se registró en pacientes con hipertensión arterial (52,0% /  $n=79$ ), seguido aquellos con diabetes mellitus (30,0% /  $n=46$ ), y, por último, quienes presentaron una patología combinada (17,8% /  $n=27$ ). En un estudio de Morán & Ávila, (2018) cuyas variables fueron similares, no se procedió a dividir a los participantes por patología, lo cual, permite que el presente estudio pueda describir como se presentan los procesos emocionales en cada patología.

**Tabla 4***Distribución de las frecuencias de depresión mediante la escala CES\_D*

<b>Variable</b>	<b>Nivel</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
ESCALA CES_D	Ausente	7	4,6%
	Leve	26	17,1%
	Moderada	59	38,8%
	Grave	60	39,5%

Fuente: Elaboración a partir de datos propios.

Los resultados de la aplicación de la prueba CES-D para depresión, nos permite observar una mayor prevalencia de depresión de tipo grave en el total de la muestra (39,5%), mientras que un 4,6% de los participantes no presentaron síntomas depresivos, similar resultado podemos observar en el estudio de Vetere (2014), donde se resalta la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en los pacientes con hipertensión arterial esencial, así como, en aquellos con diabetes mellitus (Rivas-Acuña, et al, 2011).

**Tabla 5**

*Distribución de las frecuencias de ansiedad mediante la escala HARS*

Variable	Nivel	N	%
ESCALA HARS	Leve	7	4,6%
	Moderada	58	42,8%
	Severa	87	57,2%

Fuente: Elaboración a partir de datos propios.

Los resultados de la aplicación de la prueba HARS para ansiedad, nos permite observar una mayor prevalencia de ansiedad de tipo severa en el total de la muestra con un 57,2%, mientras que el 4,6% de los participantes no presentaron síntomas ansiosos, lo cual, permite evidenciar que más de la mitad de los participantes presentan un nivel de ansiedad significativo, similar a otros estudios previos como el de Vetere (2014), donde se encontró una mayor relación entre ansiedad e HTA, así como, una mayor prevalencia de ansiedad en DM2 (20.86%) en el estudio de Cerezo et al. (2018).

**Tabla 6**

*Distribución de las frecuencias de depresión mediante la escala CES\_D x Tipo de enfermedad*

Variable		Ausente	Leve	Moderado	Grave	Total	
Tipo de enfermedad	DM2	N	4	6	21	15	46
		%	8,7%	13,0%	45,7%	32,6%	100,0%

	<b>N</b>	3	19	29	28	79
HTA	<b>%</b>	3,8%	24,1%	36,7%	35,4%	100,0%
	<b>N</b>	0	1	9	17	27
AMBAS	<b>%</b>	,0%	3,7%	33,3%	63,0%	100,0%

Fuente: Elaboración a partir de datos propios.

Los resultados por grupo de patologías, nos permite que en pacientes con diabetes se presenta mayor prevalencia de un nivel moderado de depresión (45,7% /  $n=21$ ) al igual que en pacientes con hipertensión (36,7% /  $n=29$ ), no obstante, difieren con el grupo de pacientes con patología combinada, cuya prevalencia se sitúa en niveles graves con un 63,0% ( $n=17$ ), lo cual, permite interpretar que quienes presentan una comorbilidad adjunta tienden a desarrollar con mayor intensidad síntomas depresivos, similar resultado al obtenido en el estudio de Orduña y Padilla en el 2019, cuya prevalencia de síntomas depresivos en pacientes con DM2 e HTA fue mayor en un 43.9% .

**Tabla 7**

*Distribución de las frecuencias de ansiedad mediante la escala HARS x Tipo de enfermedad*

Variable			Leve	Moderado	Grave	Total
Tipo de enfermedad	DM2	<b>N</b>	6	22	18	46
		<b>%</b>	13,0%	47,8%	39,1%	100,0%
	HTA	<b>N</b>	0	27	52	79
		<b>%</b>	0,0%	34,2%	65,8%	100,0%
	AMBAS	<b>N</b>	1	9	17	27
		<b>%</b>	3,7%	33,3%	63,0%	100,0%

Fuente: Elaboración a partir de datos propios.

Los resultados de los grupos por patologías, nos permite observar que en pacientes con diabetes se presenta mayor prevalencia de un nivel moderado de ansiedad (47,8% /  $n=22$ ), mientras que en pacientes con hipertensión se refleja la presencia de un nivel severo (65,8% /

$n=52$ ), no obstante, al igual que en la depresión el grupo de pacientes con patología combinada mantiene una prevalencia en niveles severos (63,0% /  $n=17$ ), estos datos, nos permite inferir que aquellos pacientes que presentan una patología combinada tienden a desarrollar con mayor intensidad síntomas ansiosos y depresivos, tal como se evidencia en el estudio de Cerezo et al. (2018), cuyo porcentaje mayor se observó en los trastornos combinados (ansiedad más depresión) con un 21.6%.

**Tabla 8**

*Relación entre ansiedad y depresión con DM2 e HTA, mediante contrastes Chi-cuadrado*

		Valor	df	Sign. (bilateral)
Escala CES (depresión)	Chi-cuadrado de Pearson	14,03	6	0,029
	Razón de Semejanza	15,51	6	0,017
	Asociación Lineal-by-Lineal	5,88	1	0,015
Escala HARS (ansiedad)	Chi-cuadrado de Pearson	16,22	4	0,003
	Razón de Semejanza	17,70	4	0,001
	Asociación Lineal-by-Lineal	8,08	1	0,004

Fuente: Elaboración a partir de datos propios.

Los resultados de contrastes mediante la prueba de Chi-cuadrado, nos permite evidenciar una correlación de 16,22 (*p. valor 0,003*) para ansiedad, mientras que para la depresión se obtuvo una correlación de 14,03 (*p. valor 0,029*), lo cual nos permite apreciar que existe una relación entre las variables planteadas con la ansiedad y la depresión, similar resultado al planteado en el estudio de Morán & Ávila, (2018), cuyos resultados obtenidos demostraron que existe una relación entre ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus e hipertensión arterial.

**Tabla 9***Correlación mediante prueba de Spearman y R de Person*

		Valor	Err. Est. Asint.	T Aproxim.
Escala CES_D (depresión)	Correlación de Spearman	0,18	0,07	2,29
	R de Pearson	0,20	0,07	2,47
Escala HARS (ansiedad)	Correlación de Spearman	0,22	0,08	2,82
	R de Pearson	0,23	0,08	2,91

Fuente: Elaboración a partir de datos propios.

La R de Person se establece en un valor de 0,20 para depresión y 0,23 para ansiedad, lo cual nos permite determinar un nivel de correlación positiva baja (0,20 a 0,39) entre las variables estudiadas, mientras que se observa una diferencia estadísticamente significativa con respecto a la ansiedad (0,22) más que para la depresión (0,18).

## 4.2. DISCUSIÓN

Del presente estudio realizado se ha detectado la prevalencia de ansiedad severa (57,2% /  $n=87$ ) y depresión de grave (39,5% /  $n=60$ ) en pacientes con DM2 e HT, con una mayor predominancia de ansiedad en mujeres (84,7% /  $n=98$ ), resultado que se asemeja a los obtenidos en otras investigaciones como Cerezo et al. (2018) y Morán & Ávila (2018). Los resultados globales, permiten apreciar un incremento de afectación emocional con predominio en relación con el sexo y con mayor prevalencia en ansiedad, más de la mitad de la muestra.

En pacientes con DM2 se evidenció una prevalencia alta de ansiedad de tipo moderada (47,8% /  $n=22$ ), mientras que la depresión mostró una equivalencia del 45,7% ( $n=21$ ) en el tipo moderado, algo similar a lo establecido en otras investigaciones en donde se ha establecido un nivel de depresión en pacientes con DM2 e HTA del 43,9% (Orduña y Padilla, 2019).

Con relación a pacientes con HTA los resultados mostraron una prevalencia de 36,7% ( $n=29$ ) en depresión moderada y del 65,8% ( $n=52$ ) para ansiedad severa, lo cual nos permite

inferir que los pacientes con HTA presentan con mayor intensidad síntomas ansiosos, lo cual, podemos observarlo en el estudio realizado por Cerezo et al. (2018) cuyos resultados mostraron que la ansiedad (20,86%) mantuvo un índice mayor a la depresión (9,85%).

El grupo de pacientes que presentaron patología combinada se pudo apreciar que el mayor porcentaje presentaron depresión y ansiedad de tipo severa (63,0% /  $n=17$ ), por lo cual podemos apreciar que en este grupo de pacientes sobresalen los síntomas mixtos de ansiedad y depresión.

De acuerdo a los datos sociodemográficos, se ha observado que la edad promedio de los pacientes del estudio es de 46,7 años, mientras que la edad de mayor prevalencia es de 35 años, por lo cual podemos apreciar que la mayoría de pacientes corresponden a adultos jóvenes, se procede a analizar los datos en este grupo etario, para poder comparar con estudios previos realizados en población adulta mayor como los de Orduña y Padilla en el 2019, cuyo resultado arrojó que el 43.9% de adultos mayores con DM2 e HTA padecía de depresión entre niveles leves a graves, mientras que en el presente estudio se obtuvo un resultado del 39,5% ( $n=60$ ) de pacientes que presentaron depresión en niveles graves, mientras que el 17,1% ( $n=26$ ), presentaron depresión leve.

Finalmente, los síntomas depresivos referidos por los participantes se centran en los sentimientos de tristeza e irritabilidad, mientras que en la ansiedad predominaron los estados de ánimo ansioso acompañados de síntomas musculares.

## CAPÍTULO V PROPUESTA

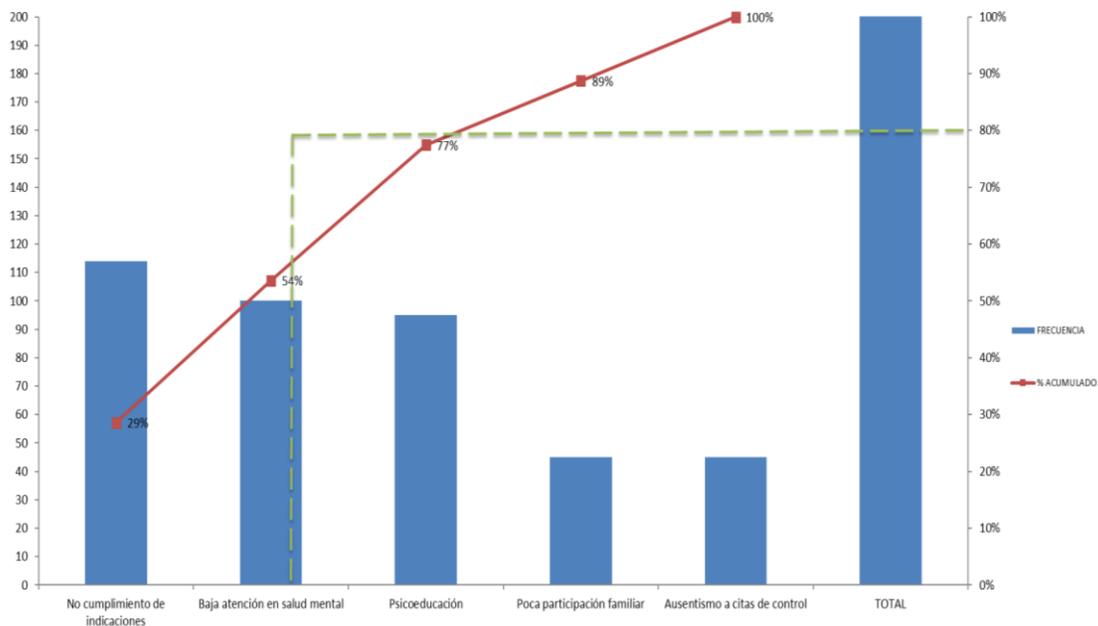
### 5.1. GENERALIDADES

Implementación de la atención en salud mental para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de la Clínica de Crónicos Metabólicos (CCM) del Hospital Alberto Correa Cornejo.

Para lograr establecer la presente propuesta se ha analizado los resultados obtenidos en el estudio en conjunto con lo manifestado por el equipo que labora en la CCM, con el análisis respectivo se establece las posibles causas de las complicaciones y no adherencia al tratamiento por parte de los pacientes con ENT, las cuales se han sido presentadas en una Gráfica de Pareto, permitiendo establecer una estrategia de mejora continua en la atención de este grupo poblacional, además de permitir establecer objetivos e indicadores.

**Figura 1**

*Gráfica de Pareto*



## 5.2. OBJETIVOS

### 5.2.1. Objetivo general

Garantizar la atención integral en salud mental en pacientes adultos, adultos mayores en la clínica de Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ENT), para mejorar la adherencia al tratamiento y lograr cambios de estilos de vida, reduciendo la morbilidad mediante una atención enfocada en las necesidades individuales de cada caso, aplicando procesos de atención efectiva.

### 5.2.2. Objetivos específicos

- Establecer procedimientos de atención de salud mental en la Clínica de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, mediante estrategias de valoración psicométricas para determinar el nivel de afectación emocional de los pacientes.
- Incrementar la adherencia al tratamiento, a través de estrategias psicoeducativas y comunicacionales con temáticas relacionadas a los factores de riesgo y factores protectores dentro de las ENT.
- Efectivizar los procesos de referencia y contra referencia entre los diferentes niveles de atención en salud mental, con el fin de garantizar la continuidad del paciente en su tratamiento.

## 5.3. INDICADORES

**Tabla 10**

*Indicadores*

Indicador 1	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes ingresados a CCM}}{\text{N}^\circ \text{ de interconsultas efectivas}} \times 100$ <p><b>Pacientes ingresados a CCM:</b> Pacientes que luego de la atención brindada en salud mental es ingresado a la CCM.</p>
-------------	--

	<p><b>Interconsulta efectiva:</b> Aquellas interconsultas que concluyen con la atención integral del profesional en salud mental (entrevista, valoración, diagnóstico).</p>
Indicador 2	$\frac{\text{N}^\circ \text{ participantes de estrategia psicoeducativa}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes que pertenecen a CCM}} \times 100$ <p><b>Participantes de estrategias psicoeducativas:</b> Pacientes que participan de talleres grupales, sesiones familiares, entre otras.</p> <p><b>Pacientes que pertenecen a CCM:</b> Pacientes que forman parte de la CCM, con consentimiento informado.</p>
Indicador 3	$\frac{\text{N}^\circ \text{ de citas de control efectivas}}{\text{N}^\circ \text{ de pacientes agendados en el mes}} \times 100$ <p><b>Citas de control efectivas:</b> Corresponden a las citas a las cuales el paciente acude en el mes, programadas previamente para su control en el servicio de medicina interna.</p> <p><b>Pacientes agendados en el mes:</b> Corresponden a los turnos asignados a pacientes para sus citas de control en el servicio de medicina interna.</p>

#### 5.4. FLUJO DE ATENCIÓN.

- Los pacientes son detectados en el servicio de medicina interna, bajo la valoración clínica y con diagnóstico de HTA y Diabetes.
- Una vez que los pacientes son diagnosticados con ENT, son derivados a la Clínica de Crónicos Metabólicos para su tratamiento.
- Los pacientes son derivados desde la consulta de medicina interna al servicio de salud mental, para la valoración psico emocional respectiva.

- Los pacientes pueden ser derivados desde la consulta externa de medicina interna, como desde la CCM, de acuerdo con cada caso y situación.
- Para la valoración en salud mental se prevé utilizar las siguientes pruebas psicológicas (Escala CES para depresión y HARS para ansiedad de manera obligatoria y de considerarse pertinente la escala MOCA para tamizaje de déficit cognitivo).
- Cuyos pacientes que determinen alteraciones en las pruebas aplicadas, se anclarán a más de la CCM a un acompañamiento y tratamiento psicológico ambulatorio, de acuerdo con la siguiente directriz:

**1. Pacientes sin alteraciones y alteraciones leves:**

- Pacientes formarán parte de los talleres de psicoeducación grupal establecidos en la CCM, en el cual se abordarán temas sobre los factores de riesgo y factores de protección asociados a las ENT, especialmente abordaje sobre procesos psicoemocionales frente a los componentes de salud - enfermedad.
- Pacientes con alteraciones leves, serán contra referidos a los servicios de atención de salud mental de primer nivel para seguimiento y prevención.

**2. Pacientes con alteraciones moderadas o severas, sin ideación suicida:**

- En el caso de alteraciones moderadas los pacientes cumplirán el siguiente esquema de atenciones en el servicio de salud mental de segundo nivel (HACC), bajo el siguiente esquema de intervención:

**Tabla 11**

*Esquema de intervención*

<b>PRIME MES</b>	<b>SEGUNDO MES</b>	<b>TERCER A QUINTO MES</b>
4 sesiones (1 atención semanal)	2 sesiones (1 atención quincenal)	1 sesión (1 atención al mes)

- Una vez culminado el esquema de atención, el profesional de salud mental determinará el alta por parte de psicología o la contra referencia al servicio de primer nivel de atención de salud mental una vez que se ha logrado minimizar su sintomatología psico emocional y se ha conseguido la adherencia efectiva a su tratamiento.

#### **Pacientes con alteraciones graves e ideación suicida:**

- Pacientes que presentan alteraciones severas, acompañadas de ideación o tentativa suicida, serán remitidos al servicio de emergencia para su contención y atención respectiva.
- En el primer nivel o segundo nivel de atención el profesional de salud realizará la ACTIVACIÓN DE CÓDIGO ROJO considerando la escala de Manchester para Salud Mental mediante la cual se hará la identificación de la urgencia psicológica.
- Para la derivación se deberá contar con la epicrisis, hoja de referencia 053 y exámenes complementarios (esto lo realizará el servicio de hospitalización). Estas acciones deberán responder a los lineamientos de admisión establecidos por el Hospital Especializado Julio Endara.

#### **5.5. CONCLUSIONES**

- A través de la presente propuesta de mejora continua en los servicios de salud para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, se busca fortalecer la atención de este grupo poblacional desde un enfoque multidisciplinario e integral.
- La intervención psicológica y la detección temprana de problemas psicoemocionales, contribuye a disminuir complicaciones médicas, además de fortalecer una adecuada adherencia al tratamiento.

## CAPÍTULO VI

### 6.1. CONCLUSIONES

Los procesos emocionales son inherentes al ser humano, por lo tanto, en el presente estudio se ha podido establecer niveles de afectación emocional en los pacientes con DM2 e HTA, variación de acuerdo con la patología y comorbilidad presente.

Se obtuvo una muestra de 152 pacientes entre edades de 35 a 64 años, donde se destaca el estadístico de la moda ( $Mo=35$ ) mientras que la media se sitúa en 46,70 años. En relación con el sexo se obtuvo una mayor participación de mujeres (64,5% /  $M=0,36$ ), en su mayoría reportaron un estado civil casado (49,3%) y un nivel de estudios superior (48,0%).

La patología de mayor prevalencia en la muestra de estudio ha sido la Hipertensión Arterial (52,0% /  $n=79$ ) seguido de la Diabetes (30,3% /  $n=46$ ) y en menor porcentaje los pacientes que presentaron una patología combinada (17,7% /  $n=27$ ), esta variación proporcional puede ser similar a los datos de registro de atenciones obtenidos en el servicio de medicina interna, mismos que establecen 1174 atenciones a pacientes con diagnóstico de HTA y 869 atenciones a pacientes con DM2 durante el 2021, con lo que podemos inferir que existen en mayor proporción casos de HTA que diabetes.

Los síntomas mixtos de ansiedad y depresión de acuerdo con los resultados obtenidos en el presente estudio están relacionados a las personas que presentan las dos morbilidades (DM2 e HTA) con un 63,0% ( $n=17$ ).

Las personas con DM2 del presente estudio mostraron rasgos de depresión (45,7% /  $n=21$ ) al igual que para ansiedad (47,8% /  $n=22$ ), en tanto, las personas con HTA presentan mayor prevalencia de síntomas ansiosos (65,8% /  $n=52$ ).

Los resultados de contrastes mediante la prueba de Chi-cuadrado, evidencian una correlación de 16,22 ( $p. valor 0,003$ ) para ansiedad, mientras que para la depresión se obtuvo una correlación de 14,03 ( $p. valor 0,029$ ), lo cual permite apreciar que existe una correlación entre

las variables planteadas con la ansiedad y la depresión, mientras que el valor R de Person se estableció en 0,20 para la depresión y 0,23 para ansiedad, lo cual permite determinar un nivel de correlación positiva baja (0,20 a 0,39) entre las variables estudiadas.

De acuerdo con los datos sociodemográficos el tiempo de evolución de la enfermedad sin duda es un factor que influye en el apareamiento de afectaciones a nivel emocional, en el presente estudio se ha determinado que ha menor tiempo de evolución (<10 años) que corresponde al 69,7% de la muestra, los factores emocionales se presentan en niveles moderados y leves y mientras aumentan los años con la patología se aprecia un incremento de ansiedad y depresión.

## **6.2. RECOMENDACIONES**

Socializar los resultados obtenidos en el presente estudio con autoridades y personal de salud, para poder gestionar acciones pertinentes que contribuyan a mitigar los efectos emocionales en los pacientes y lograr una mejor adherencia a sus tratamientos.

Elaborar un modelo de gestión para la atención de pacientes con Enfermedades Crónicas no Transmisibles acorde a la cartera de servicios del establecimiento de salud, en la cual se establezca y garantice una atención integral al usuario.

Fortalecer los grupos de apoyo establecidos y creados en las unidades de salud desde un enfoque participativo e intercultural, considerando que parte del tratamiento implica cambios de estilos de vida.

Establecer un registro sociodemográfico de los pacientes que presentan DM2 e HTA, con la finalidad de brindar un adecuado seguimiento de los procesos de atención que se brindan y poder mapear los casos que requieran acompañamiento psicológico individual y/o familiar.

Generar procesos de capacitación y sensibilización a los profesionales de salud sobre los factores de riesgo y alteraciones psicoemocionales que pueden presentarse en pacientes con DM2 e HTA.

Al considerarse la salud mental como un componente transversal en la salud humana, se insta a seguir investigando a los profesionales en temas de salud mental y su influencia en los procesos de salud – enfermedad, para establecer manuales, protocolos y lineamientos de atención integral acorde a cada patología y grupo étnico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Altamirano Cordero LC, Vásquez-C MA, Cordero G, Álvarez R, Añez RJ, Rojas J, Bermúdez V. (2017). Prevalencia de la diabetes mellitus tipo 2 y sus factores de riesgo en individuos adultos de la ciudad de Cuenca- Ecuador. *Avan Biomed*: 10-21.  
<https://www.redalyc.org/journal/3313/331351068003/html/>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. (DSM-5®)*, 5a Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría.
- Asociación de Ansiedad y Depresión de América. (2020). *Trastornos de ansiedad - Datos y estadísticas*. Boletín. <https://adaa.org/understanding-anxiety/facts-statistics>
- Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci.* (2):93-107. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28867934/>
- Beck, A. & Col. (1967). *Terapia cognitiva de la depresión*, New York: Desclée de Brouwer.
- Bloom. D.E, Cafiero E., Jané-Llopis E. (2011). *The Global Economic Burden of Non-communicable Diseases*. Geneva
- Brunstein-Klomek A, Zalsman G, Mufson L. (2007). Interpersonal psychotherapy for depressed adolescents (IPT-A). *Isr J Psychiatry Relat Sci*; 44(1):40-6.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17665810/>
- Brunström M, Carlberg B. (2018). Association of blood pressure lowering with mortality and cardiovascular disease across blood pressure levels: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med*;178(1):28-36  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29131895/>
- Brutsaert E. (2022). *Diabetes mellitus (DM)*. New York Medical College.  
<https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/trastornos-hormonales-y->

metab% C3% B3licos/diabetes-mellitus-y-otros-trastornos-del-metabolismo-de-la-glucosa-sangu% C3% ADnea/diabetes-mellitus

- Carrera S. (2021). Boletín Técnico Registro Estadístico de Defunciones Generales 2020. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador. <https://bit.ly/3EUZFXA>
- Cerezo GH, Vicario A, Fernández R, Enders J. (2018). *Prevalencia de depresión y ansiedad en la consulta cardiológica. Estudio EPICA (Estudio sobre la Prevalencia de depresión en pacientes Cardiovasculares)*. Rev. Fed. Arg. Cardiol. ;47(1):26-31. Disponible en: <https://revistafac.org.ar/ojs/index.php/revistafac/article/view/222>
- Chacón E., Xatruch D., Fernández M., Murillo R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. Revista Cúpula. Costa Rica. 35 (1): 23-36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Chelsea M. (2021). Ansiedad generalizada, síntomas y causas. Clinical Psychologist at Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/generalized-anxiety-disorder/symptoms-causes/syc-20360803>
- Clark, D., & Beck, A. (2010). Terapia cognitiva para trastornos de Ansiedad. New York, Estados Unidos: Desclée de Brouwer.
- Craig S. (2021). Depresión: Trastorno depresivo mayor, síntomas y causas. Clinical Psychologist at Mayo Clinic. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/depression/symptoms-causes/syc-20356007>
- Craske MG, Stein MB. (2016). Anxiety.Lancet.;388(10063):3048-3059. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27349358/>
- DeMartini J, Patel G, Fancher TL. (2019). Generalized Anxiety Disorder. Ann Intern Med;170(7):ITC49-ITC64. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30934083/>
- Diez-Canseco F, Ipince A, Toyama M, Benate-Galvez Y, Galán-Rodas E, Medina-Verástegui JC, Sánchez-Moreno D, Araya R, Miranda J. (2014). Atendiendo la salud mental de

las personas con enfermedades crónicas no transmisibles en el Perú: retos y oportunidades para la integración de cuidados en el primer nivel de atención. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*; 31(1):131-6.  
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v31n1/a19v31n1.pdf>

Dominiczak A, Delles C, Padmanabhan S. (2017). Genomics and precision medicine for clinicians and scientists in hypertension. *Hypertension*. 69: e10-e13.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28193712/>

Encuesta STEP Ecuador. (2018). Vigilancia de enfermedades no transmisibles y factores de riesgo. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador/Organización Panamericana de Salud/Organización Mundial de la Salud. <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/2020/10/INFORME-STEPS.pdf>

European Association for Psychotherapy. (2022). Definition of Psychotherapy.  
<https://www.europsyche.org/about-psychotherapy/what-is-psychotherapy/>

Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, Alonso J, Benjet C, Bruffaerts R, Chiu WT, Florescu S, de Girolamo G, Gureje O, Haro JM, He Y, Hu C, Karam EG, Kawakami N, Lee S, Lund C, Kovess-Masfety V, Levinson D, ... Thornicroft G. (2018). Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Psychol Med*. 2018;48(9):1560-1571.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29173244/>

Fernandez A, Martínez R. (2017). The cost of the double burden of malnutrition: social and economic impact. Summary of the pilot study in Chile, Ecuador and Mexico. UN Economic Commission for Latin America and the Caribbean (ECLAC). Disponible en: <https://www.wfp.org/publications/2017-cost-double-burdenmalnutrition-social-and-economic-impact>

Freire WB., Ramírez-Luzuriaga MJ., Belmont P., Mendieta MJ., Silva-Jaramillo MK., Romero N., Sáenz K., Piñeros P., Gómez LF., Monge R. (2014). Tomo I: Encuesta Nacional de Salud y Nutrición de la población ecuatoriana de cero a 59 años. ENSANUT-ECU 2012. Ministerio de Salud Pública/Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Quito-Ecuador.

Gavira J. (2022). Hipertensión arterial. Clínica Universidad de Navarra: Departamento de Cardiología. España. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/hipertension-arterial>

Gerstner R., Soriano I., Sanhueza A., Caffè S., Kestel D. (2018). Epidemiología del suicidio de adolescentes y jóvenes en Ecuador. *Rev Pan Am Salud Publica*; 42:e100. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.100>

Goetter EM, Frumkin MR, Palitz SA, Swee MB, Baker AW, Bui E, Simon NM.(2020). Barriers to mental health treatment among individuals with social anxiety disorder and generalized anxiety disorder. *Psychol Serv*.17(1):5-12. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30070552/>

Gorostidi M, de la Sierra A. (2018). Combination therapies for hypertension - why we need to look beyond RAS blockers. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2018;11:841-853 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23553510/>

Gorostidi M., Gijón-Conde T., De La Sierra A., Rodilla E., Rubio E., Vinyoles E., Oliveras A., Santamaría R., Segura J., Molinero A., Pérez-Manchón D., Abad M., Abellán J., Armario P., Banegas J.R., Camafort M., Catalina C., Coca A., División J.A., ... García-Donaire J.A. (2022). Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en España, 2022. *Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA)*; 39(4), 174-194. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1889183722000666?via%3Dihub Paul>

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014.

Hernández-Sampieri, R., & Torres, C. (2018). Metodología de la investigación (Vol.4). México: McGraw-Hill Interamericana.

Huffman JC, Celano CM, Beach SR, Motiwala SR, Januzzi JL. (2013). Depression and cardiac disease: epidemiology, mechanisms, and diagnosis. *Cardiovasc Psychiatry Neurol.* 2013;2013:695925. doi: 10.1155/2013/695925.

Ignácio ZM, da Silva RS, Plissari ME, Quevedo J, Réus GZ. (2019). Physical Exercise and Neuroinflammation in Major Depressive Disorder. *Mol Neurobiol*;56(12):8323-8335 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31228000/>

Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos. (2021). Anuario de nacimientos y defunciones 2020. INEC. Quito-Ecuador.

Instituto Nacional de Estadística y Censo. (2021). Registro estadístico de egresos hospitalarios general 2020. INEC. Quito.Tabulados\_y\_series\_EDG\_2020\_v1. 2020

Kar SK, Sarkar S. (2016). Neuro-stimulation Techniques for the Management of Anxiety Disorders: An Update. *Clin Psychopharmacol Neurosci*;14(4):330-337. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27776384/>

Klerman G, Weissman M, Rousanville B. (2018). Interpersonal psychotherapy of Depression. New York: Basic Books. [https://www.israppsych.org/wp-content/uploads/2018/12/interpersonal\\_psychotherapy\\_for\\_depression\\_-\\_myrna\\_m\\_\\_weissman\\_phd.pdf](https://www.israppsych.org/wp-content/uploads/2018/12/interpersonal_psychotherapy_for_depression_-_myrna_m__weissman_phd.pdf)

- Lobo A., et al. (2002) Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. España: Med. Clin (Barc)118(13):439-9.
- McCauley E, Gudmundsen G, Schloretdt K, Martell C, Rhew I, Hubley S, Dimidjian S. (2016). The Adolescent Behavioral Activation Program: Adapting Behavioral Activation as a Treatment for Depression in Adolescence. J Clin Child Adolesc Psychol;45(3):291-304. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25602170/>
- Ministerio de Gobierno. (2022). Datos registrados de defunciones por suicidio, año 2021. MDG/MSP. Quito.
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador. (2021). Día mundial de la salud: Hablemos de depresión. MSP. Quito. <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>
- Morán, L., & Avila, J. (2020). Relación entre ansiedad y depresión en adultos mayores diagnosticados con diabetes mellitus e hipertensión arterial que asisten a la consulta externa en el IGSS de Guazacapan, en el departamento de santa rosa, durante el período de julio a diciembre 2018. Guatemala: Universidad Galileo, Tesis Doctoral.
- Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. (2007). Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. Lancet;2007;370(9590):851-8. doi: 10.1016/S0140-6736(07)61415-9
- National Institute for Health and Care Excellence. (2017). Depression in children and Young people: Identification and management in primary, community and secondary care. National Institute for Health and Care Excellence. London. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg28#>
- National Institute of Mental Health. (2017). Cualquier tipo de ansiedad. Brochures and Fact Sheets. USA. <https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/any-anxiety-disorder>

- National Institute of Mental Health. (2021). Depresión. Brochures and Fact Sheets. USA.  
<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depression-sp>
- National Institute of Mental Health. (2022). Trastorno de ansiedad generalizada. Brochures and Fact Sheets. USA.  
<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/trastorno-de-ansiedad-generalizada-cuando-no-se-pueden-controlar-las-preocupaciones-new>
- OBLITAS, L. y BECOÑA, E. (2000). Psicología de la Salud: antecedentes, desarrollo, estado actual y perspectivas. En L. Oblitas, y E. Becoña (Eds.), Psicología de la salud (pp. 11-52). México: Plaza y Valdés
- OMS (2020). Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra: Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. OMS.
- OMS (2021). Notas descriptivas. Detail. Hipertensión / Diabetes. Ginebra: OMS.
- Orduña, S. A. L., & Padilla, M. I. L. (2019). La depresión en adultos mayores con hipertensión y diabetes mellitus. Milenaria, Ciencia y arte, (14), 10-12.
- Organización Mundial de la Salud (2005) Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital. Ginebra: OMS
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Global Burden of Disease Study 2019. OMS. Ginebra. <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Trastornos mentales, datos y cifras. OMS. Ginebra. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Datos y cifras sobre el suicidio. OMS. Ginebra. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>

- Organización Mundial de la Salud. (2021). Datos y cifras sobre la salud mental del adolescente. OMS. Ginebra. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Datos y cifras sobre los trastornos mentales. OMS. Ginebra. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Datos y cifras sobre los trastornos mentales en el lugar de trabajo. OMS. Ginebra. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). Depresión. Datos y cifras. OMS. Ginebra. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización mundial de la Salud. (2021). Hipertensión. Datos y cifras. OMS. Ginebra. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Diabetes. OMS. Ginebra. <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- Organización Mundial de la Salud. (2022, octubre 02). Enfermedades no transmisibles. OMS. Ginebra. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
- Organización Panamericana de la Salud (2016). Día Mundial de la Hipertensión. OPS. Washington D.C. [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=12023:17-may-2016-world-hypertension-day&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12023:17-may-2016-world-hypertension-day&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0)
- Organización Panamericana de la Salud (2016). Factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles en la Región de las Américas: Consideraciones para fortalecer la capacidad regulatoria. Documento técnico de referencia REGULA.

- Organización Panamericana de la Salud (2022). Hipertensión. OPS. Washington D.C.  
<https://www.paho.org/es/temas/hipertension>
- Organización Panamericana de la Salud. (2018). La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Organización Mundial de la Salud Oficina Regional para las Américas. 2018. 1–50 p.
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). Diagnóstico y manejo de la diabetes de tipo 2 (HEARTS-D). OPS. Washington, D.C.: Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.  
[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53007/OPSWNMHNV200043\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53007/OPSWNMHNV200043_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Organización Panamericana de la Salud. (2021). Hipertensión. Datos y cifras. OPS. Washington D.C. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022). Diabetes. Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. Washington DC.  
<https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
- Organización Panamericana de la Salud. (2022, octubre 03). Enfermedades no transmisibles. OPS. Washington DC. <https://www.paho.org/es/temas/enfermedades-no-transmisibles>
- Ortuño F., (2021). Ansiedad. Clínica de Universidad de Navarra. Departamento de Psiquiatría y Psicología Clínica. España. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/ansiedad>
- Portal de Salud. (2018, citado el 11 de julio de 2022). Guía de actuaciones de estrategia en diabetes. <https://www.saludcastillayleon.es/es/enfermedades-problemas-salud/diabetes/guia-actuaciones-estrategia-diabetes>
- Radloff LS, Locke Z. (2000) Centro de Estudios Epidemiológicos Escala de Depresión (CES-D). Asociación Americana de Psiquiatría. Grupo de Trabajo para el Manual de Medidas Psiquiátricas. Washington DC.: Asociación Americana de Psiquiatría.

- Rivas-Acuña, V., García-Barjau, H., Cruz-León, A., Morales-Ramón, F., Enríquez-Martínez, R. M., & Román-Alvarez, J. (2011). Prevalencia de ansiedad y depresión en las personas con diabetes mellitus tipo 2. *Salud en Tabasco*, 17(1-2), 30-35.
- Rojas, E. (2014). *Cómo superar la ansiedad*. Barcelona: Editorial Planeta, S. A.
- Sacoto F, Torres I, López-Cevallos DF. (2020). Sostenibilidad en la prevención de enfermedades crónicas: programa Salud Al Paso en Ecuador. *Rev. Panamericana de Salud Pública*. 44: e113. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.113>
- Schlatter Navarro, J. (2003). *La ansiedad: Un enemigo sin rostro*. Pamplona: Ediciones Universidad de Navarra S.A.
- SingleCare. (2020). Noticia: El 62% experimenta ansiedad, según la nueva encuesta de SingleCare. <https://www.singlecare.com/blog/news/anxiety-survey/>
- Ströhle A, Gensichen J, Domschke K. (2018). The Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. *Dtsch Arztebl Int*;155(37):611-620. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30282583/>
- Thomopoulos C., Parati G., Zanchetti A. (2017). Effects of blood-pressure-lowering treatment on outcome incidence. 12. Effects in individuals with high-normal and normal blood pressure: overview and meta-analyses of randomized trials. *J Hypertens*. 2017;35:2150-2160. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28858984/>
- Timothy J. (2020). ¿Qué es la depresión y qué puedo hacer al respecto? *Medical News Today*. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/depression>
- Tomasi J, Lisoway AJ, Zai CC, Harripaul R, Müller DJ, Zai GCM, McCabe RE, Richter MA, Kennedy JL, Tiwari AK. (2019). Towards precision medicine in generalized anxiety disorder: Review of genetics and pharmaco(epi)genetics. *J Psychiatr Res*; 119:33-47. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31563039/>

Vetere, Giselle (2014). Frecuencia de trastornos de ansiedad y del ánimo en pacientes con hipertensión arterial esencial. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Warren HR, Evangelou E, Cabrera CP, Gao H, Ren M, Mifsud B, Ntalla I, Surendran P, Liu C, Cook JP, Kraja AT, Drenos F, Loh M, Verweij N, Marten J, Karaman I, Lepe MP, O'Reilly PF, Knight J, ... Wain LV (2017). Genome-wide association analysis identifies novel blood pressure loci and offers biological insights into cardiovascular risk. *Nat Genet*; 49:403-415. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28135244/>

Whelton P., Carey R., Aronow W., Casey Jr D., Collins K., Dennison Himmelfarb Ch., De Palma S., Gidding S., Jamerson K., Jones D., MacLaughlin E., Muntner P., Ovbiagele B., Smith Jr S., Spencer C., Stafford R., Taler S., Thomas R., Williams Sr K., Williamson J., Wright Jr J. (2018). ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines 2017. *Hypertension*. American Heart Association. 71: e13-e115. <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/HYP.0000000000000065>

Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca A, de Simone G, Dominiczak A, Kahan T, Mahfoud F, Redon J, Ruilope L, Zanchetti A, Kerins M, Kjeldsen SE, Kreutz R, Laurent S, ... Desormais I. (2018) ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *Eur Heart J*;39(33):3021-3104. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30165516/>

## ANEXOS

### 8.1. Consentimiento informado

La presente investigación responde a un carácter académico, cuyos resultados nos permitirán establecer propuestas apolíticas de atención integral en salud hacia enfermedades crónicas no transmisibles.

Permítase leer el siguiente consentimiento informado, una vez aprobado podrá continuar con el cuestionario, el proceso le llevará aproximadamente 15 minutos.

De ante mano muchas gracias por su aporte a esta investigación.

---

\*Obligatorio

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO \*

¡Estimados participantes! La presente investigación, responde a un estudio de carácter académico de la Maestría de Psicología Clínica con mención en Psicoterapia de la Universidad Técnica del Norte. Lo/a invito a responder una encuesta online de aproximadamente 15 minutos. Su participación es anónima y voluntaria, tendrá la opción de no responder o dejar de participar cuando quiera y no habrá ninguna consecuencia si decide dejar de participar en el estudio. La confidencialidad y anonimato se logrará gracias a que las respuestas de la encuesta no contienen información que pueda identificar a los participantes, recuerde que la información que usted nos dé es anónima y estrictamente confidencial.

**Marca solo un óvalo.**

Sí acepto participar      *Salta a la pregunta 2*

No acepto participar

## 8.2. Datos sociodemográficos

*Salta a la pregunta 2*

### Datos sociodemográficos

2. Tipo de enfermedad \*

*Marca solo un óvalo.*

- Diabetes
- Hipertensión arterial
- Ambas enfermedades

3. Edad \*

---

4. Sexo \*

*Marca solo un óvalo.*

- Hombre
- Mujer

5. Género

*Marca solo un óvalo.*

- Masculino
- Femenino
- No binario
- GLBTIQ+

6. Estado civil \*

*Marca solo un óvalo.*

- Soltero
- Casado
- Viudo
- En pareja

11. ¿Le ha indicado su médico que debe bajar de peso? \*

*Marca solo un óvalo.*

Sí

No

12. ¿Consume tabaco actualmente? \*

*Marca solo un óvalo.*

Sí

No

A veces

13. ¿Consume alcohol actualmente? \*

*Marca solo un óvalo.*

Sí

No

A veces

14. ¿Tiene problemas familiares y/o de pareja actualmente? \*

*Marca solo un óvalo.*

Sí

No

15. ¿Con qué frecuencia a la semana realiza actividad física? \*

*Marca solo un óvalo.*

	0	1	2	3	4	5	
Nada	<input type="radio"/>	Mucho					

### 8.3. Escala del centro de estudios epidemiológicos de la depresión (CES-D)

A continuación usted tendrá cuatro opciones de respuesta en donde debe indicar la frecuencia y/o intensidad que se han presentado cada situación durante la ÚLTIMA SEMANA

16. Me molestaron muchas cosas que generalmente no me molestan \*

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	
Raramente o nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho o siempre

17. No tenia hambre ni mucho apetito \*

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	
Raramente o nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho o siempre

18. Me he sentido tan desanimado que ni mi familia ni mis amigos me podían animar \*

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	
Raramente o nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho o siempre

19. Me he sentido que soy bueno/a en lo que hago al igual que los demás \*

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	
Raramente o nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho o siempre

20. He tenido problemas para prestar atención a lo que estaba haciendo \*

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	
Raramente o nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho o siempre

21. Me he sentido deprimido/a \*

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	
Raramente o nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho o siempre

22. He sentido que todo lo que hacía me costaba esfuerzo \*

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	
Raramente o nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho o siempre

23. He visto el futuro con esperanza \*

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	
Raramente o nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho o siempre

24. He pensado que mi vida ha sido un fracaso \*

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	
Raramente o nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho o siempre

25. He tenido miedo \*

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	
Raramente o nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho o siempre

26. He dormido sin poder descansar \*

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	
Raramente o nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho o siempre

27. Me he sentido feliz \*

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	
Raramente o nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho o siempre

28. He hablado menos que lo normal \*

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	
Raramente o nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho o siempre

29. Me he sentido solo/a \*

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	
Raramente o nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho o siempre

30. Las personas no me han caído bien \*

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	
Raramente o nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho o siempre

31. He disfrutado de la vida \*

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	
Raramente o nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho o siempre

32. He llorado a ratos \*

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	
Raramente o nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho o siempre

33. Me he sentido triste \*

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	
Raramente o nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho o siempre

34. He sentido que no le caía bien a otras personas \*

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	
Raramente o nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho o siempre

35. No pude animarme a hacer algo \*

*Marca solo un óvalo.*

	1	2	3	4	
Raramente o nunca	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mucho o siempre

## 8.4. Escala de ansiedad de Hamilton (HARS)

A continuación señale la intensidad en la que se presentan en usted las siguientes situaciones, utilice la siguiente escala: 0 ausente, 1 leve, 2 moderado, 3 grave y 4 muy grave.

36. Estado de ánimo ansioso \*

Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión(anticipación temerosa), irritabilidad

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Ausente	<input type="radio"/>	Muy grave				

37. Tensión \*

Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Ausente	<input type="radio"/>	Muy grave				

38. Temores \*

A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Ausente	<input type="radio"/>	Muy grave				

39. Insomnio \*

Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Ausente	<input type="radio"/>	Muy grave				

40. Intelectual (cognitivo) \*

Dificultad para concentrarse, mala memoria.

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Ausente	<input type="radio"/>	Muy grave				

41. Estado de ánimo deprimido \*

Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Ausente	<input type="radio"/>	Muy grave				

42. Síntomas musculares \*

Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Ausente	<input type="radio"/>	Muy grave				

43. Síntomas sensoriales \*

Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Ausente	<input type="radio"/>	Muy grave				

44. Síntomas cardiovasculares \*

Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Ausente	<input type="radio"/>	Muy grave				

45. Síntomas respiratorios \*

Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Ausente	<input type="radio"/>	Muy grave				

46. Síntomas gastrointestinales \*

Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborignos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Ausente	<input type="radio"/>	Muy grave				

47. Síntomas genitourinarios \*

Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotenci

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Ausente	<input type="radio"/>	Muy grave				

48. Síntomas autónomos \*

Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Ausente	<input type="radio"/>	Muy grave				

49. ¿Cómo fue su comportamiento al responder las preguntas? \*

Tenso, no relajado, nervioso, inquietud, temblor de manos, ceño fruncido, aumento del tono muscular, suspiros, aceleración de latidos del corazón, temblor, sudor, tics en los párpados.

Marca solo un óvalo.

	0	1	2	3	4	
Ausente	<input type="radio"/>	Muy grave				