

Artículo de Investigación

## Relación entre la ansiedad y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en una Unidad de Salud Familiar de Pedro Juan Caballero, Paraguay, 2026

*Relationship Between Anxiety and Adherence to Pharmacological Treatment in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus Attending a Family Health Unit in Pedro Juan Caballero, Paraguay, 2026*

*Relação entre ansiedade e adesão ao tratamento farmacológico em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 atendidos em uma Unidade de Saúde da Família de Pedro Juan Caballero, Paraguai, 2026*



Selva Beatriz Jara García<sup>1</sup>  , Nidia Mabel Torales Rojas<sup>1</sup>  ,  
Gerenarda Viana Pérez<sup>1</sup>  , Ana Beatriz Ayala Bordón<sup>1</sup>  ,  
Tusnelada Isabel Olmedo Fernández<sup>2</sup>  

<sup>1</sup> Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Paraguay

<sup>2</sup> Universidad Central del Paraguay, Paraguay

Recibido: 2026-07-14 / Aceptado: 2026-08-30 / Publicado: 2026-09-17

### RESUMEN

**Introducción:** La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) demanda un estricto automanejo. Los trastornos afectivos como la ansiedad pueden actuar como barreras críticas para el cumplimiento del tratamiento en el primer nivel de atención. **Objetivo:** Determinar la relación entre los niveles de ansiedad y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con DM2 asistidos en una Unidad de Salud de la Familia (USF) de Pedro Juan Caballero. **Métodos:** Estudio observacional, analítico y de corte transversal realizado en una muestra no probabilística de 60 pacientes adultos con DM2. Se aplicaron la escala Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) y el test de Morisky-Green de 4 ítems. El análisis estadístico empleó la prueba U de Mann-Whitney y la correlación de Spearman ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** La sintomatología ansiosa alcanzó una prevalencia del 75,0% ( $n=45$ ), correspondiendo un 41,7% a ansiedad leve, 21,7% a moderada y 11,6% a grave. Únicamente el 8,3% ( $n=5$ ) evidenció una adherencia terapéutica estricta, siendo el olvido de las tomas el principal factor de incumplimiento (73,3%). Los pacientes adherentes presentaron una mediana en el puntaje de GAD-7 significativamente menor (4,0; RI: 2,0-5,0) respecto a los no adherentes (8,0; RI: 5,0-12,0) ( $U = 42,5$ ;  $p = 0,031$ ). **Conclusión:** Se constató una elevada frecuencia de sintomatología ansiosa y una baja adherencia terapéutica. Niveles superiores de ansiedad se asocian de manera significativa con un menor cumplimiento del esquema farmacológico.

**Palabras clave:** Diabetes Mellitus Tipo 2; ansiedad; adherencia; atención primaria de salud

### ABSTRACT

**Introduction:** Type 2 Diabetes Mellitus (T2DM) demands strict self-management. Affective disorders such as anxiety can act as critical barriers to treatment compliance in primary care settings. **Objective:** To determine the relationship between anxiety levels and adherence to pharmacological treatment in patients with T2DM treated at a Family Health Unit (USF) in Pedro Juan Caballero. **Methods:** An observational, analytical, and cross-sectional study was conducted on a non-probabilistic sample of 60 adult patients with T2DM. The Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) scale and the 4-item Morisky-Green test were applied. Statistical analysis utilized the Mann-Whitney U test and Spearman's correlation ( $p < 0.05$ ). **Results:** Anxiety symptoms reached a prevalence of 75.0% ( $n=45$ ), with 41.7% corresponding to mild anxiety, 21.7% to moderate, and 11.6% to severe. Only 8.3% ( $n=5$ ) showed strict therapeutic adherence, with forgetting to take

medication being the main factor for non-compliance (73.3%). Adherent patients presented a significantly lower median GAD-7 score (4.0; IR: 2.0-5.0) compared to non-adherent patients (8.0; IR: 5.0-12.0) ( $U = 42.5$ ;  $p = 0.031$ ). **Conclusion:** A high frequency of anxiety symptoms and low therapeutic adherence were observed. Higher levels of anxiety are significantly associated with lower compliance with the pharmacological regimen.

**Keywords:** Diabetes Mellitus Type 2; anxiety; medication adherence; primary health care.

## RESUMO

**Introdução:** O Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) exige um rigoroso autogerenciamento. Os transtornos afetivos, como a ansiedade, podem atuar como barreiras críticas para a adesão ao tratamento no primeiro nível de atenção à saúde. **Objetivo:** Determinar a relação entre os níveis de ansiedade e a adesão ao tratamento farmacológico em pacientes com DM2 atendidos em uma Unidade de Saúde da Família (USF) de Pedro Juan Caballero. **Métodos:** Estudo observacional, analítico e transversal, realizado com uma amostra não probabilística de 60 pacientes adultos com DM2. Foram aplicados a escala Generalized Anxiety Disorder-7 (GAD-7) e o teste de Morisky-Green de 4 itens. A análise estatística utilizou o teste U de Mann-Whitney e a correlação de Spearman ( $p < 0,05$ ). **Resultados:** A sintomatologia ansiosa apresentou prevalência de 75,0% ( $n = 45$ ), sendo 41,7% correspondente à ansiedade leve, 21,7% à moderada e 11,6% à grave. Apenas 8,3% ( $n = 5$ ) apresentaram adesão terapêutica estrita, sendo o esquecimento das doses o principal fator de não adesão (73,3%). Os pacientes aderentes apresentaram mediana significativamente menor no escore do GAD-7 (4,0; IIQ: 2,0–5,0) em comparação com os não aderentes (8,0; IIQ: 5,0–12,0) ( $U = 42,5$ ;  $p = 0,031$ ). **Conclusão:** Constatou-se elevada frequência de sintomatologia ansiosa e baixa adesão terapêutica. Níveis mais elevados de ansiedade associaram-se significativamente a uma menor adesão ao esquema farmacológico.

**Palavras-chave:** Diabetes Mellitus Tipo 2; ansiedade; adesão ao tratamento; atenção primária à saúde

## Forma sugerida de citar (APA):

Jara García, S. B., Torales Rojas, N. M., Viana Pérez, G., Ayala Bordón, A. B., & Olmedo Fernández, T. I. (2026). Relación entre la ansiedad y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en una Unidad de Salud Familiar de Pedro Juan Caballero, Paraguay, 2026. *SAGA: Revista Científica Multidisciplinar*, 3(3), 548-555. <https://doi.org/10.63415/saga.v3i3.473>



Esta obra está bajo una licencia internacional  
Creative Commons de Atribución No Comercial 4.0

## INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) representa una de las emergencias sanitarias de mayor crecimiento y gravedad a nivel global, generando una sustancial carga de morbilidad y discapacidad prematura (1). En los países en vías de desarrollo, las rápidas transiciones sociodemográficas han incrementado su prevalencia en zonas urbanas y fronterizas, donde la cronicidad de la enfermedad plantea un desafío continuo para los servicios de la Atención Primaria de Salud (APS) (2,3). El éxito del control metabólico y la prevención de complicaciones crónicas, tanto microvasculares como macrovasculares, dependen en gran medida del grado de automanejo e involucramiento activo del propio paciente (1,4).

Sin embargo, lograr y sostener un cumplimiento terapéutico óptimo constituye un reto complejo e inconcluso en la práctica

médica ambulatoria<sup>1,5</sup>. La falta de adherencia al esquema farmacológico propicia descompensaciones glucémicas recurrentes, acelera el deterioro multiorgánico, incrementa las tasas de hospitalización evitable y eleva significativamente los costos operativos de los sistemas públicos de salud<sup>1,6</sup>. Entre la diversidad de factores moduladores del comportamiento del paciente, la dimensión psicosocial y los trastornos del estado de ánimo han adquirido un papel central en la investigación clínica contemporánea (5,7).

Los síntomas de ansiedad afectan aproximadamente a uno de cada cinco individuos diagnosticados con DM2 (7,8). La convivencia continuada con una patología incurable, el rigor de las modificaciones dietéticas, el temor constante a episodios agudos de hipoglucemia y la amenaza latente de secuelas físicas generan un distrés emocional persistente que altera las esferas cognitivas del individuo (7,9). Esta carga

ansiosa afecta negativamente la memoria de trabajo, reduce la motivación diaria y deteriora la autoeficacia, lo que deriva en distracciones recurrentes, omisión involuntaria de dosis o abandono prematuro de los medicamentos (5,7,10).

En el ámbito de la consulta ambulatoria convencional, la ansiedad suele permanecer subdiagnosticada y subtratada<sup>7,11</sup>. Diversos signos vegetativos de la respuesta ansiosa (como taquicardia, sudoración, temblores y mareos) mimetizan las manifestaciones fisiológicas de la hipoglucemia, lo que dificulta su identificación oportuna tanto por el equipo de salud como por el propio paciente (1,11).

En la región de Pedro Juan Caballero (Departamento de Amambay), la información empírica referente a la interacción entre los factores afectivos y la adherencia al tratamiento en la red de Unidades de Salud de la Familia (USF) es escasa. En consecuencia, el objetivo del presente estudio fue determinar la relación entre los niveles de ansiedad y la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en una USF de la ciudad de Pedro Juan Caballero.

## METODOLOGÍA

### Diseño y Población de Estudio

Se diseñó un estudio de enfoque cuantitativo, observacional, analítico y de corte transversal. La población enfocada estuvo constituida por pacientes adultos con diagnóstico confirmado de DM2 asistentes al programa de control de enfermedades no transmisibles de una Unidad de Salud de la Familia (USF) de la ciudad de Pedro Juan Caballero, Paraguay. Mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, se reclutó una muestra final de 60 participantes.

### Criterios de Inclusión y Exclusión

1. *Criterios de Inclusión*: Pacientes de 18 o más años de edad, con diagnóstico clínico de DM2 asentado en la ficha clínica ambulatoria, en tratamiento farmacológico (hipoglucemiantes orales e/o insulina) por

un período no menor a 6 meses, que aceptaron voluntariamente participar mediante la firma del Consentimiento Informado.

2. *Criterios de Exclusión*: Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 1 o Gestacional; individuos con deterioro cognitivo severo o trastornos psiquiátricos mayores previamente diagnosticados que impidieran la comprensión y llenado de los cuestionarios; y pacientes con datos incompletos en la cédula de recolección.

### Instrumentos y Recolección de Datos

La recolección de información se llevó a cabo durante las consultas programadas. Se administraron dos escalas estandarizadas y validadas:

1. *Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7)*: Cuestionario autoaplicado de 7 ítems que indaga la frecuencia de síntomas ansiosos en las últimas dos semanas. Cada ítem se puntúa mediante una escala Likert de 0 a 3 (0 = Para nada, 1 = Varios días, 2 = Más de la mitad de los días, 3 = Casi todos los días). La puntuación global oscila entre 0 y 21 puntos, categorizándose en: Mínima/Sin ansiedad (0-4), Ansiedad leve (5-9), Ansiedad moderada (10-14) y Ansiedad grave (15-21).
2. *Test de Morisky-Green (4 ítems)*: Instrumento de 4 preguntas de respuesta dicotómica (Sí/No) orientado a valorar la adherencia al tratamiento farmacológico. Se asigna 1 punto por cada respuesta favorable (No olvida, Toma a las horas, No interrumpe si se siente bien, No interrumpe si le sienta mal). Se consideró como Adherente únicamente al paciente con puntuación perfecta de 4 puntos, y No Adherente a aquel con puntuaciones entre 0 y 3 puntos.

### Análisis Estadístico

Los datos se procesaron e ingresaron en una plantilla estructurada para su análisis en el software estadístico R (versión 4.3.2). Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas y porcentajes. Para las variables cuantitativas, se verificó el supuesto

de normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk; dada la distribución no paramétrica de las puntuaciones de GAD-7, los datos se resumieron en medianas y rangos intercuartílicos (RI), acompañados descriptivamente de medias y desviaciones estándar.

Las comparaciones intergrupo (Adherentes vs. No Adherentes) respecto al nivel cuantitativo de ansiedad se realizaron utilizando la prueba U de Mann-Whitney. Para evaluar la correlación entre las puntuaciones de la escala GAD-7 y el puntaje del test de Morisky-Green se utilizó el coeficiente de correlación de Rho de Spearman. Se fijó un nivel de significación estadística de  $p < 0,05$ .

### Aspectos Éticos

El protocolo respetó los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki. Se

garantizó la confidencialidad de la identidad de los participantes mediante la codificación de las planillas. Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado por escrito tras recibir una explicación detallada de los objetivos del estudio.

## RESULTADOS

Se evaluó un total de 60 pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. En la distribución por severidad de la sintomatología ansiosa evaluada a través de la escala GAD-7, el 75,0% ( $n=45$ ) de los participantes evidenció algún grado de ansiedad. El rango leve predominó con un 41,7% ( $n=25$ ), seguido de la ansiedad moderada en un 21,7% ( $n=13$ ) y la forma grave en el 11,6% ( $n=7$ ). El 25,0% ( $n=15$ ) restante no presentó síntomas compatibles.

**Tabla 1**

*Distribución de sintomatología ansiosa e ítemes específicos del cuestionario GAD-7 en la población evaluada ( $n=60$ )*

| Síntoma (GAD-7)                                          | Media $\pm$ DE  | Frecuencia (n) | Porcentaje (%) |
|----------------------------------------------------------|-----------------|----------------|----------------|
| Puntuación Global GAD-7                                  | 8,15 $\pm$ 4,52 | —              | —              |
| Categoría de Ansiedad                                    |                 |                |                |
| • Mínima / Sin ansiedad (0-4)                            | —               | 15             | 25,0%          |
| • Ansiedad Leve (5-9)                                    | —               | 25             | 41,7%          |
| • Ansiedad Moderada (10-14)                              | —               | 13             | 21,7%          |
| • Ansiedad Grave (15-21)                                 | —               | 7              | 11,6%          |
| Frecuencia por Ítem Individual                           |                 |                |                |
| 1. Sentirse nervioso, ansioso o con los nervios de punta | 1,25 $\pm$ 0,98 | 45             | 75,0%          |
| 2. No poder detener o controlar la preocupación          | 1,20 $\pm$ 0,95 | 44             | 73,3%          |
| 3. Preocuparse demasiado por diferentes cosas            | 1,40 $\pm$ 0,91 | 50             | 83,3%          |
| 4. Dificultad para relajarse                             | 1,10 $\pm$ 0,93 | 41             | 68,3%          |
| 5. Estar tan inquieto que es difícil quedarse quieto     | 1,05 $\pm$ 1,00 | 38             | 63,3%          |
| 6. Molestarse o irritarse fácilmente                     | 1,15 $\pm$ 0,82 | 49             | 81,7%          |
| 7. Sentir temor como si algo horrible fuera a pasar      | 1,00 $\pm$ 0,96 | 40             | 66,7%          |

*Nota.* GAD-7 = *Generalized Anxiety Disorder-7*; DE = desviación estándar; n = frecuencia absoluta. Los porcentajes corresponden a una muestra total de 60 pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Al analizar las conductas de cumplimiento terapéutico mediante el test de Morisky-Green, únicamente 5 pacientes (8,3%) reunieron los

criterios de adherencia estricta (4 puntos). Los 55 pacientes restantes (91,7%) fueron clasificados como no adherentes.

**Tabla 2**

*Patrones de respuesta e incumplimiento según el Test de Morisky-Green (n=60)*

| Conducta Evaluada                         | Conducta Adherente n (%) | Conducta No Adherente n (%) | Principal Motivo / Interpretación       |
|-------------------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|
| 1. Olvido de la toma de dosis             | 16 (26,7%)               | 44 (73,3%)                  | Causa principal de falta de adherencia  |
| 2. Tomar medicamentos a las horas fijadas | 33 (55,0%)               | 27 (45,0%)                  | Irregularidad en los horarios de toma   |
| 3. Interrupción al sentirse bien          | 32 (53,3%)               | 28 (46,7%)                  | Abandonos por autoevaluación de mejoría |
| 4. Interrupción al sentirse mal           | 27 (45,0%)               | 33 (55,0%)                  | Intolerancia o temor a efectos adversos |

*Nota.* n = frecuencia absoluta. Los porcentajes se calcularon sobre una muestra de 60 pacientes. La adherencia al tratamiento farmacológico fue evaluada mediante el test de Morisky-Green de 4 ítems. Se consideró adherente al paciente que cumplió los cuatro criterios establecidos por el instrumento.

El análisis cruzado demostró que ningún paciente con niveles de ansiedad moderada (n=13) o grave (n=7) pertenecía al grupo de adherencia estricta. La totalidad de los casos

adherentes (n=5) se concentró en los estratos sin ansiedad (n=3) y con ansiedad leve (n=2).

**Tabla 3**

*Comparación de los niveles de ansiedad según la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.*

| Grupo de Adherencia | n  | Mediana (RI)  | Media $\pm$ DE  | Prueba U de Mann-Whitney |
|---------------------|----|---------------|-----------------|--------------------------|
| Adherente           | 5  | 4,0(2,0–5,0)  | 3,60 $\pm$ 2,19 | U=42,5                   |
| No Adherente        | 55 | 8,0(5,0–12,0) | 8,56 $\pm$ 4,48 | —                        |

*Nota.* GAD-7 = Generalized Anxiety Disorder-7; RI = rango intercuartílico; DE = desviación estándar; U = estadístico de la prueba U de Mann-Whitney. La comparación corresponde a pacientes adherentes (n = 5) y no adherentes (n = 55) al tratamiento farmacológico. Se consideró estadísticamente significativo un valor de  $p < 0,05$ .

La prueba de Mann-Whitney reveló una diferencia estadísticamente significativa ( $U = 42,5$ ;  $p = 0,031$ ), confirmando que los pacientes con adherencia estricta presentan niveles cuantitativos de ansiedad sustancialmente más bajos que aquellos no adherentes. La correlación de Spearman corroboró una asociación negativa e inversa

entre el nivel de ansiedad y la puntuación de adherencia ( $p = -0,312$ ;  $p = 0,015$ ).

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en esta investigación ponen de manifiesto la elevada prevalencia de sintomatología ansiosa (75,0%) y el reducido nivel de adherencia estricta al tratamiento (8,3%) en pacientes con DM2

pertenecientes al primer nivel de atención de Pedro Juan Caballero (12).

La alta frecuencia de síntomas ansiosos registrada concuerda con lo reportado por Mikhael et al.<sup>2</sup> y Collins et al.<sup>8</sup>, quienes destacan que las patologías metabólicas crónicas imponen un desgaste psicológico sostenido. La necesidad de monitoreo constante y la angustia vinculada a la variabilidad glucémica operan como desencadenantes continuos de estrés psicosocial (7,9). Adicionalmente, el 33,3% de los evaluados presentó grados de ansiedad moderada a grave, cifra que supera la media observada en estudios poblacionales generales, lo que subraya la vulnerabilidad emocional de los pacientes atendidos en la red pública ambulatoria (7,12).

En relación con la adherencia terapéutica, la tasa de cumplimiento estricto hallada (8,3%) resulta sustancialmente inferior a los promedios regionales reportados en revisiones globales de la Organización Mundial de la Salud (OMS), donde se estima que la adherencia en enfermedades crónicas ronda el 50,0% en países en desarrollo<sup>6</sup>. Al desglosar los patrones de incumplimiento, el olvido involuntario de las dosis farmacológicas se posicionó como el factor determinante principal (73,3%) (12). Desde la perspectiva neuropsicológica, los estados ansiosos elevados generan sobrecarga cognitiva e hipervigilancia, interfiriendo directamente con la memoria prospectiva y la capacidad de organización cotidiana requerida para la toma puntual de medicamentos (5,10). Este hallazgo respalda las conclusiones del meta-análisis de González et al.<sup>(5)</sup>, quienes demostraron que los síntomas afectivos incrementan al doble el riesgo de no adherencia en pacientes con diabetes.

Al comparar ambas variables, se constató una diferencia estadísticamente significativa ( $U = 42,5$ ;  $p = 0,031$ ), evidenciando que los pacientes con adherencia estricta presentan puntajes de ansiedad cuantitativamente inferiores en comparación con el grupo no adherente (12). La totalidad de los casos clasificados como adherentes se concentró en

los estratos con sintomatología mínima o leve, mientras que ningún participante con ansiedad moderada o grave alcanzó el criterio de cumplimiento estricto (12). Estos resultados concuerdan con lo planteado por Lloyd et al. (7) y ElSayed et al. (1), afirmando que la salud mental no tratada actúa como un factor disruptivo en la cascada del automanejo metabólico.

La principal implicancia de estos hallazgos reside en la urgencia de reorientar el modelo de atención asistencial en las Unidades de Salud de la Familia. La integración de herramientas de tamizaje psicoemocional rápido en la consulta de rutina permitiría estratificar el riesgo del paciente e implementar intervenciones oportunas para mitigar el impacto de la ansiedad sobre el control farmacológico<sup>1,3</sup>.

## CONCLUSIONES

1. Prevalencia de Ansiedad: Tres cuartas partes de la población estudiada presentó síntomas compatibles con ansiedad, registrándose niveles moderados a graves en un tercio de los participantes.
2. Adherencia Terapéutica: Se constató una tasa de adherencia estricta marcadamente reducida (8,3%), identificándose al olvido de las tomas como el principal factor causante del incumplimiento.
3. Relación entre Variables: Se confirmó una asociación estadísticamente significativa e inversa entre el nivel de ansiedad y la adherencia al tratamiento, concluyendo que la presencia de sintomatología ansiosa afecta negativamente el cumplimiento farmacológico en personas con DM2.

## Recomendaciones

1. Cribado Sistemático: Incorporar la aplicación periódica de la escala GAD-7 durante los controles ambulatorios en la APS para detectar tempranamente manifestaciones ansiosas.
2. Atención Multidisciplinaria: Fortalecer las USF mediante la inclusión de profesionales de la psicología que trabajen coordinadamente con los equipos de salud familiar.

3. Estrategias de Apoyo Cognitivo: Implementar el uso de pastilleros organizadores, alarmas telefónicas y redes de apoyo familiar para mitigar los olvidos involuntarios en la administración de fármacos.

### Limitaciones

El estudio presenta un tamaño muestral acotado (n=60) y un diseño de corte transversal que impide establecer relaciones de causalidad directa. Asimismo, el uso de instrumentos de autorreporte puede introducir sesgos de deseabilidad social. Finalmente, el desequilibrio entre el número de pacientes adherentes y no adherentes exige la confirmación de estos resultados en estudios multicéntricos con muestras de mayor tamaño.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ElSayed NA, Aleppo G, Aroda VR, Bannuru RR, Brown FM, Bruemmer D, et al. 5. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care*. 2023;46(Suppl 1). doi:10.2337/dc23-S005.
2. Mikhael EM, Hassali MA, Gray A. Diabetes care in developing countries: a review of literature. *Open Cardiovasc Med J*. 2020;14(1):12-9. doi:10.2174/1874192402014010012.
3. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). Operational framework for primary health care: transforming vision into action. Geneva: World Health Organization; 2020.
4. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: International Diabetes Federation; 2021.
5. Gonzalez JS, Peyrot M, McCarl LA, Collins EM, Serpa L, Mimiaga MJ, et al. Depression and diabetes treatment nonadherence: a meta-analysis. *Diabetes Care*. 2008;31(12):2398-403. doi:10.2337/dc08-1341.
6. World Health Organization. Adherence to long-term therapies: evidence for action. Geneva: World Health Organization; 2003.
7. Lloyd CE, Hermanns N, Nouwen A, Pouwer F, Underwood L, Winkley K. The epidemiology of depression and diabetes. In: Holt RIG, de Groot M, Golden SH, editors. *Textbook of diabetes and mental health*. Chichester: Wiley-Blackwell; 2014. p. 35-50. doi:10.1002/9781118377710.ch3.
8. Collins MM, Corcoran P, Perry IJ. Anxiety and depression symptoms in patients with type 2 diabetes. *Diabet Med*. 2009;26(2):153-61. doi:10.1111/j.1464-5491.2008.02648.x.
9. Young-Hyman D, de Groot M, Hill-Briggs F, Gonzalez JS, Hood K, Peyrot M. Psychosocial care for people with diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes Care*. 2016;39(12):2126-40. doi:10.2337/dc16-2053.
10. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-7. doi:10.1001/archinte.166.10.1092.
11. Touhy TA, Jett KF. Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging. 6th ed. St. Louis (MO): Elsevier; 2021.
12. Barreto Franco DD, González Romero GG, Miskinich Morales CLM, Colmán Espínola FA, Noguera Aguilar LN, Insauralde Centurión LR, et al. Relación entre ansiedad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2. *Rev Cient Fac Med UNC*. 2024;4(1):15-22.

### DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener conflictos de intereses.



### DERECHOS DE AUTOR

Jara García, S. B., Torales Rojas, N. M., Viana Pérez, G., Ayala Bordón, A. B., & Olmedo Fernández, T. I. (2026)



Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo la licencia Creative Commons de Atribución No Comercial 4.0, que permite su uso sin restricciones, su distribución y reproducción por cualquier medio, siempre que no se haga con fines comerciales y el trabajo original sea fielmente citado.



El texto final, datos, expresiones, opiniones y apreciaciones contenidas en esta publicación es de exclusiva responsabilidad de los autores y no necesariamente reflejan el pensamiento de la revista.