

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**DEPRESION COMO FACTOR DE RIESGO EN LA  
ADHERENCIA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON  
DIABETES MELLITUS EN EL HOSPITAL DE CAMANA 2023**

Tesis presentada por el Bachiller:  
**Ticona Flores, Cesar Alonso**  
Para optar el Título Profesional de:  
**Médico cirujano**

**Asesor:**  
**Dra. Yucra Sevillano Sandra**

**Arequipa - Perú**  
**2023**

UCSM-ERP

**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA**  
**MEDICINA HUMANA**  
**TITULACIÓN CON TESIS**  
**DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR**

Arequipa, 14 de Junio del 2023

**Dictamen: 009827-C-EPMH-2023**

Visto el borrador del expediente 009827, presentado por:

**2014203851 - TICONA FLORES CESAR ALONSO**

Titulado:

**DEPRESIÓN COMO FACTOR DE RIESGO EN LA ADHERENCIA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES  
CON DIABETES MELLITUS EN EL HOSPITAL DE CAMANÁ 2023**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

**29254453 - ALVARADO ACO JOSE ELISEO  
DICTAMINADOR**



**29307349 - FARFAN ASPILCUETA JULIO  
DICTAMINADOR**



**29655041 - ZEVALLOS RODRIGUEZ JUAN MANUEL  
DICTAMINADOR**



## DEDICATORIA



A mis abuelos que siempre me han apoyado de forma incondicional, brindándome su cariño infinito;  
A mis padres que nunca se cansan de enseñarme con su ejemplo, dedicación y arduo trabajo, me motivan a ser mejor persona  
A mi hermano que siempre ha sido mi modelo que seguir tanto como persona, como profesional.

## AGRADECIMIENTOS



Agradecer a mi enamorada Lucero que me ha apoyado y alentando a llegar a esta meta y nunca rendirme sin importar lo difícil que pudiera ser.

A mis mejores amigos Edson, Gino y Nando con quienes he compartido esta hermosa carrera, en especial en los buenos y malos momentos.

A mi asesora Dra. Sandra Yucra Sevillano, por su paciencia y apoyo brindado en este trabajo.

“Lo que logres de pie, agradécelo de rodillas. Lo que no consigas hablando, hazlo orando”

- San Juan Bosco.



## RESUMEN

Esta investigación se realizó con el objetivo de analizar la relación entre la depresión y la adherencia terapéutica en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que acuden al servicio de DNT del hospital de Camaná en el mes de mayo del 2023. La muestra estuvo constituida por 102 pacientes que cumplieron con los criterios de selección. Este estudio pertenece de diseño no experimental, transversal descriptivo correlacional. Para determinar la relación de las variables se requirió la prueba de chi cuadrado con un nivel de significancia del 5%.

Los resultados mostraron que el 83.3% con diagnóstico de diabetes mellitus que asisten al servicio de DNT del hospital de Camaná no muestran adherencia terapéutica al tratamiento, el 16.7% de los pacientes se consideraron adherentes; el 34.3% de los pacientes presentaron síntomas de depresión mínima. El 28.5% de los pacientes tuvieron depresión moderada, seguido por el 24.5% de los pacientes que experimentan una depresión grave. Por otro lado, solo el 12.7% de los pacientes mostraron síntomas de depresión leve.

La prueba estadística reveló que existe una relación estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ ) entre el nivel de depresión y la adherencia terapéutica, en cuanto a la relación entre la depresión y las características sociodemográficas no se encontró relación estadística significativa, excepto con el estado civil.

**Palabras clave:** Depresión, adherencia, diabetes mellitus.

## ABSTRACT

This research was carried out with the objective of analyzing the relationship between depression and therapeutic adherence in patients diagnosed with diabetes mellitus who attend the DNT service of the Camaná hospital in April 2023. The sample consisted of 102 patients who met the selection criteria. This study belongs to a non-experimental, cross-sectional, descriptive-correlational design. To determine the relationship of the variables, the chi-square test was required with a significance level of 5%.

The results showed that 83.3% with a diagnosis of diabetes mellitus who attend the DNT service of the Camaná hospital do not show therapeutic adherence to the treatment, 16.7% of the patients considered themselves adherents; 34.3% of the patients presented symptoms of minimal depression. 28.5% of patients had moderate depression, followed by 24.5% of patients experiencing severe depression. On the other hand, only 12.7% of the patients showed symptoms of mild depression.

The statistical test revealed that there is a statistically significant relationship ( $P < 0.05$ ) between the level of depression and therapeutic adherence, in terms of the relationship between depression and sociodemographic characteristics, no statistically significant relationship was found, except with marital status.

**Keywords:** Depression, adherence, diabetes mellitus.

## ÍNDICE

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR.....	II
DEDICATORIA.....	III
AGRADECIMIENTOS .....	IV
RESUMEN .....	VI
ABSTRACT .....	VII
INDICIE .....	¡Error! Marcador no definido.
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO .....	3
1. Problema de Investigación.....	4
1.1. Enunciado del problema .....	4
1.2. Descripción del problema .....	4
1.3. Justificación del problema:.....	5
2. Marco Teórico.....	6
2.1. Depresión .....	6
2.2. Epidemiología .....	6
2.3. Clínica .....	6
2.4. Clasificación .....	7
2.5. Depresión en Diabetes mellitus .....	8
3. Análisis de antecedentes investigativos:.....	10
3.1. A nivel local: .....	10
3.2. A nivel nacional: .....	11
3.3. A nivel internacional:.....	12
4. Objetivos.....	12
4.1. Objetivo general:.....	12
4.2. Objetivos específicos:.....	13
4.3. Hipótesis: planteada .....	13
CAPITULO II: .....	14
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	14
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación .....	15
2. TÉCNICA:.....	15
3. INSTRUMENTOS:.....	15
4. MATERIALES:.....	15
5. Campo de verificación .....	15

6. Ubicación espacial.....	15
7. Ubicación temporal.....	15
8. Unidades de estudio.....	15
9. Criterios de selección.....	15
10. Estrategia de recolección de datos.....	16
11. Organización.....	16
12. Recursos.....	16
13. Validación de los instrumentos.....	17
CAPITULO III:.....	18
RESULTADOS.....	18
1. Análisis descriptivos.....	19
1.1. Variables Sociodemográficos.....	19
DISCUSION.....	35
CONCLUSIONES.....	40
RECOMENDACIONES.....	41
Referencias Bibliográficas.....	42
Anexos.....	44
<b>Consentimiento informado (ANEXO 1).....</b>	<b>45</b>
<b>Test Morisky – Green – Levine (ANEXO 2).....</b>	<b>47</b>
Inventario de Beck (BDI II) (ANEXO 3).....	48
Ficha de recolección de datos (ANEXO 4).....	51
DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION.....	52
DECLARACIÓN DE COMPROMISO DE ASESORÍA.....	54

## INTRODUCCIÓN

En el Perú según las estadísticas nacionales, el 7% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) tienen más de 25 años, a pesar de que actualmente existen políticas sanitarias que intentan frenar la progresión de la enfermedad y disminuir el riesgo de complicaciones. Se ha observado que la diabetes mellitus es la enfermedad no transmisible más frecuente, aumentando de 4,7 a 8,5 en las últimas cuatro décadas (1). En 2014 y 2015, se utilizó el "Cuestionario de Salud del Paciente-9" como herramienta de cribado para la encuesta demográfica de salud familiar (ENDES), y reveló que el 14% de los encuestados tenía antecedentes de depresión (2).

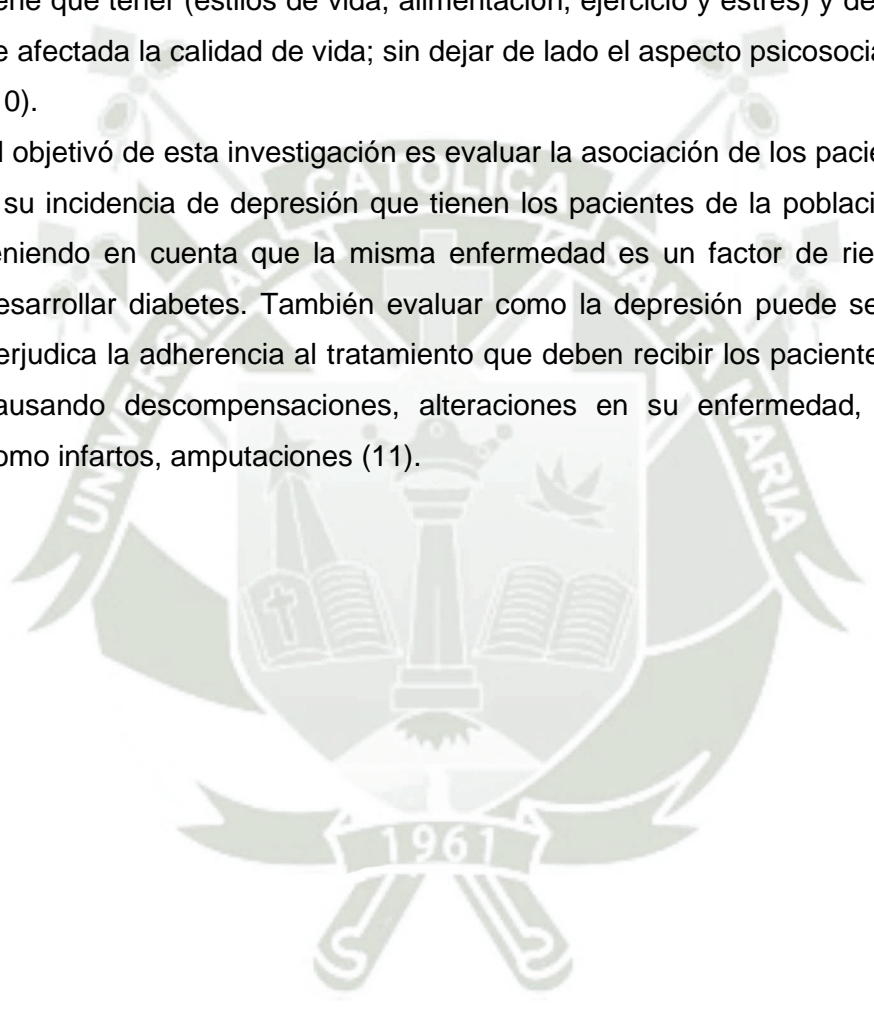
La diabetes es una de las enfermedades crónicas más demandantes en términos psicológicos, físicos y terapéuticos, con un proceso que produce reacciones y sentimientos como depresión ansiedad frustración e ideas suicidas, lo cual puede conllevar a una diabetes descontrolada, con cambios en el estado de ánimo que puede exacerbar condiciones preexistentes convirtiéndose en un círculo vicioso (3). Múltiples variables se han descrito en relación a la diabetes desde su tratamiento, automanejo, complicaciones, fisiopatología y estilos de vida, sin embargo el área de psicológico, la falta de comunicación efectiva con los profesionales de la salud, conocimiento del paciente sobre su enfermedad son de poca investigación, debido a la diversidad cultural, diversos niveles socioeconómicos e intelectuales, dificulta la comprensión e importancia que puede tener y las metas a las que se espera llegar; esto también afecta a uno de los factores más importantes como puede ser el aspecto psicológico, muchas veces infra valorado, especial el factor de la depresión que puede afectar a diferentes niveles dentro de la enfermedad (1,3).

La depresión afecta considerablemente a quienes la presentan y los problemas asociados tienen un impacto grande en la sociedad debido a la limitación en el diagnóstico, el tratamiento y control; la prevalencia en una población varía entre el 5-10%, sin embargo en los pacientes crónicos es más elevada que en una población general (4). Puesto que los síntomas físicos como la hiporexia, los problemas de memoria y la fatiga física también están relacionados con la diabetes mellitus, lo que dificulta el diagnóstico de depresión en pacientes con diagnóstico de diabetes, algunos estudios aconsejan una segunda evaluación cuando el paciente esté estable y reciba los cuidados adecuados, con valores normales (5,6).

La dificultad para a pacientes depresivos con DM no solo está dada a la confusión que hay en los síntomas físicos que están asociados a ambas enfermedades, sino por no usar unas apropiadas entrevistas estructuradas o por usar personal poco calificado para realizar dichas entrevistas (7).

En la situación en la que vivimos los tratamientos son cada vez más eficaces con menos efectos adversos, variados lo cual se ve reflejado en una mejor calidad de vida de los pacientes; pero los diagnósticos y los tratamientos no resuelven el problema más importante que es la adherencia al tratamiento, debido a que cada paciente es autónomo de tomar o no su medicina según su conocimiento o preocupación por su enfermedad (8,9). Por ende, se ha comprobado la importancia que tiene el conocimiento del paciente tanto de su propia enfermedad como del autocuidado que tiene que tener (estilos de vida, alimentación, ejercicio y estrés) y de qué manera se ve afectada la calidad de vida; sin dejar de lado el aspecto psicosocial y ocupacional (10).

El objetivo de esta investigación es evaluar la asociación de los pacientes diabéticos y su incidencia de depresión que tienen los pacientes de la población de Camaná; teniendo en cuenta que la misma enfermedad es un factor de riesgo para poder desarrollar diabetes. También evaluar como la depresión puede ser un factor que perjudica la adherencia al tratamiento que deben recibir los pacientes con diabetes, causando descompensaciones, alteraciones en su enfermedad, complicaciones como infartos, amputaciones (11).





**CAPITULO I: PLANTEAMIENTO  
TEÓRICO**

## 1. Problema de Investigación

### 1.1. Enunciado del problema

¿la depresión es un factor de riesgo en la adherencia del tratamiento en pacientes con diabetes mellitus en el hospital de Camaná 2022?

### 1.2. Descripción del problema

#### 1.2.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área Específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Salud mental

#### 1.2.2. Análisis u operacionalización de variables e indicadores

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD /CATEGORÍA	ESCALA
Datos demográficos	Edad	Años	Cuantitativa
	Sexo	Masculino Femenino	Cualitativa nominal
	Estado civil	Soltero/a Casado/a Viudo/a Divorciado/a	Cualitativa nominal
	Ocupación	Hogar Empleado Independiente Desempleado	Cualitativa nominal
	Educación	Sin estudios Primario incompleto Primario completo Secundario incompleto Secundario completo Técnico incompleto Técnico completo Superior incompleto Superior completo	Cuantitativa ordinal
Adherencia terapéutica	Test Morisky – Green – Levine	Adherente No adherente	Cualitativo nominal
Depresión en pacientes diabéticos	Inventario de depresión de Beck	Depresión mínima Depresión leve Depresión moderada Depresión grave	Cualitativo ordinal

### 1.2.3. Interrogantes básicas

- ¿Qué relevancia tiene la depresión en la adherencia del tratamiento de pacientes diabéticos del hospital de Camaná?
- ¿Cuál es la incidencia de pacientes con depresión en los pacientes con diabetes que acuden a DNT del hospital de Camaná?
- ¿Cuál es el porcentaje de adherencia terapéutica que tienen los pacientes diabéticos que acuden a DNT del hospital de Camaná?
- ¿los factores demográficos son un factor protector para la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus?

### 1.2.4. Tipo de investigación

Analítico

### 1.2.5. Diseño de investigación

Observacional, de correlación y transversal

### 1.2.6. Nivel de investigación

Nivel correlacional

## 1.3. Justificación del problema:

### 1.3.1. Justificación científica:

Se pretende aportar al conocimiento de la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus que frecuentan el programa de DNT del hospital de Camaná, así como la forma en que la depresión impacta esta adherencia, siendo necesaria la detección precoz y el apoyo psicológico.

### 1.3.2. Justificación social:

Dado que las complicaciones que pueden derivarse de una mala adherencia al tratamiento son los mayores causantes de hospitalización en el sistema médico y el elevado coste de la rehabilitación, es posible que esta enfermedad sea diagnosticada y tratada en un centro de salud de atención primaria, existe un elevado coste social asociado a su tratamiento.

### 1.3.3. Factibilidad:

El procedimiento propuesto en este trabajo es viable porque contribuiría a reducir las complicaciones derivadas de la falta de adherencia terapéutica que pueden padecer los afectados.

### 1.3.4. Justificación personal:

Tras haber cursado parte de mis prácticas en un centro de atención primaria en el que la mayoría de los pacientes que llegaban al centro, recibían tratamiento para la diabetes con una pobre adherencia terapéutica, sin ser diagnosticados ni evaluados por depresión. Al realizar la segunda parte del internado, en la rotación de medicina me percate que del porcentaje que estaba hospitalizado por complicaciones de la

diabetes mellitus, había abandonado el tratamiento por problemas familiares, personales, “no se sentían bien”.

## 2. Marco Teórico

### 2.1. Depresión

En contraste con la melancolía o el duelo, la depresión se refiere a un grupo de trastornos mentales que se caracterizan por la falta de afectividad positiva, incluida la pérdida de interés, la incapacidad para disfrutar de actividades que antes eran placenteras, la culpa, la inutilidad, la baja autoestima y la falta de confianza (12,13). El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-V), divide la depresión en cuatro categorías: episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor único y recurrente, trastorno distímico y enfermedad no especificada. Los signos y síntomas pueden ser muy inespecíficos, de modo que la depresión está relacionado con enfermedad físicas coexistentes; con síntomas como fatiga, anorexia, insomnio, palpitaciones, dolor músculo-esquelético difuso, cefalea, parestesias (14).

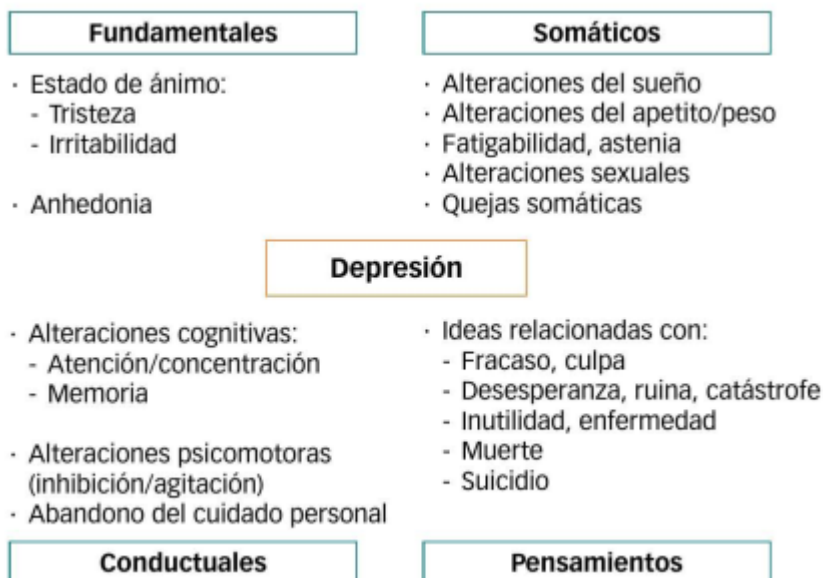
### 2.2. Epidemiología

La OMS, que llevó a cabo una investigación en 2017, constató que, de 2005 a 2015, se calcula que había 322 millones más de personas que sufrían depresión que entonces (un aumento del 18,4%), de las cuales es más frecuente en mujeres en un porcentaje de 5.1% en comparación con los varones, del mismo modo se observó un aumento en las personas adultas mayores (15).

### 2.3. Clínica

Lo síntomas depresivos se pueden reunir en cuatro grupos:

- Síntomas afectivos o fundamentales: refiere a un estado de ánimo bajo, tristeza, en casos más graves falta total de reactividad a las cosas que le rodean falta de sentimientos, irritabilidad o a veces ansiedad.
- Síntomas biológicos o somáticos: alteraciones en el sueño, apetito (pérdida de peso), sensación de falta de energía, quejas somáticas (molestias físicas, fatigas), alteraciones sexuales
- Alteraciones del comportamiento: alteración en la concentración, conducta, aspecto personal (ropa, peinado, aseo)
- Pensamientos o cogniciones depresivas: visión negativa de la vida (distorsiones cognitivas), autorreproches, depreciación, sentimientos de desesperanza, catástrofe, llegando en casos severos hasta ideas suicidas y muerte (16,17).



*Ilustración 1 Manifestaciones Clínicas de la depresión (16,17).*

## 2.4. Clasificación

### 2.4.1. Trastorno depresivo mayor

Constituye un síndrome que dura al menos 2 semanas y con una intensidad que afecta claramente el funcionamiento de las personas. En formas más graves es posible presentar síntomas psicóticos (delirios, alucinaciones).

Criterios para el diagnóstico: más de 2 semanas durante casi todos los días además de la existencia de más de cinco síntomas, y que comiencen en un momento específico e identificable: "estado de ánimo deprimido, reducción significativa del interés por casi todas las actividades y/o sensaciones placenteras asociadas, aumento o disminución del apetito, o pérdida o aumento significativo (no relacionado con la dieta) del peso corporal (por ejemplo, un 5% en un mes), insomnio o hipersomnia, agitación o inhibición psicomotora, sensación de fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad infundada, disminución de las capacidades cognitivas, dificultades de atención o de toma de decisiones, recurrentes aunque leves" (18,19), no debe estar sujeto a otros efectos directos de otras sustancias, duelo o una enfermedad. Además no debe haber un episodio maníaco dentro de las experiencias previas; además este estado debe interferir en el funcionamiento y/o causar angustia de forma importante y significativa. Este estado está dentro de los más comunes en los diagnósticos de psiquiatría, el mismo se asocia con una mayor discapacidad, menor calidad de vida y alto riesgo de suicidio (7).

### 2.4.2. Trastorno depresivo persistente o distimia

Éstos son síndromes depresivos leves de corta duración, que duran menos de dos años. Un estado de ánimo depresivo que dura la mayor parte del día y la mayoría de

los días durante un periodo de dos años; dos de los síntomas enumerados a continuación. Disminución o aumento del apetito; trastornos del sueño como hipersomnia o insomnio; sensación de agotamiento o falta de energía; baja autoestima; problemas de toma de decisiones, concentración y atención; y sensación de desesperanza; los síntomas persisten durante más de dos meses seguidos en el transcurso de dos años. El diagnóstico de depresión grave requiere tanto la eliminación de una etiología biológica como la presencia de síntomas crónicos y remisión parcial (18,19).



*Ilustración 2 Relación intensidad duración de los trastornos depresivos. Autoría propia*

## 2.5. Depresión en Diabetes mellitus

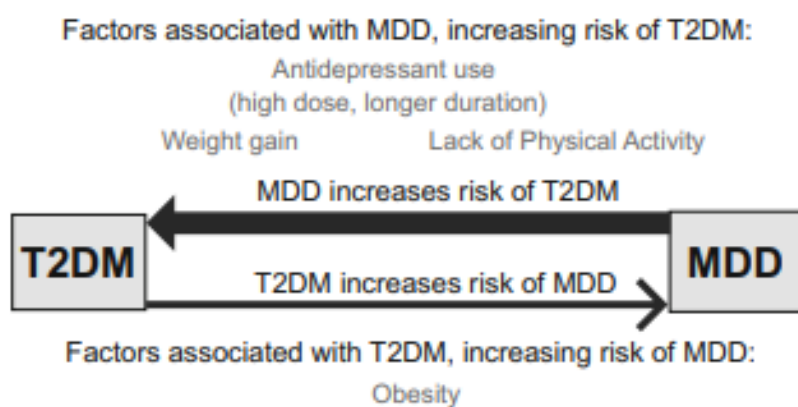
2.6. Hay una conexión entre la diabetes mellitus tipo 2 y la depresión; según algunos estudios, la depresión en la adolescencia aumenta el riesgo de padecer la enfermedad en etapas posteriores de la vida debido a conductas como la obesidad, la falta de ejercicio, los niveles elevados de cortisol, la resistencia a la insulina y los marcadores inflamatorios elevados (20). En estudios previos se encontró evidencia de un vínculo entre la depresión y la hiperglucemia (21), en otro estudio se midió la relación entre los síntomas depresivos al inicio y la HbA1c; mediante indicadores de comportamiento de salud (IMC, ejercicio y tabaquismo) con un resultado significativo. Aunque en otros ensayos controlados aleatorios de tratamiento para la depresión no

se logró ninguna mejoría en el cuidado de comportamiento de salud ni en la adherencia al tratamiento (21,22).

La diabetes mellitus tiene complicaciones como amputación, infarto de miocardio, disminución de la vista, además aumenta y/o empeora los episodios depresivos. Sin embargo, son pocos los estudios que hablan sobre la relación entre la diabetes y la depresión; y otros estudios recientes indican la relación entre estos y la presencia de demencia (20).

### 2.6.1. Relación bidireccional entre diabetes mellitus tipo 2 y Desorden depresivo mayor

Diversos estudios sugieren que un episodio previo de depresión puede aumentar el riesgo de diabetes, hasta en un 30% más de posibilidades de tener un episodio de depresión previa (22).

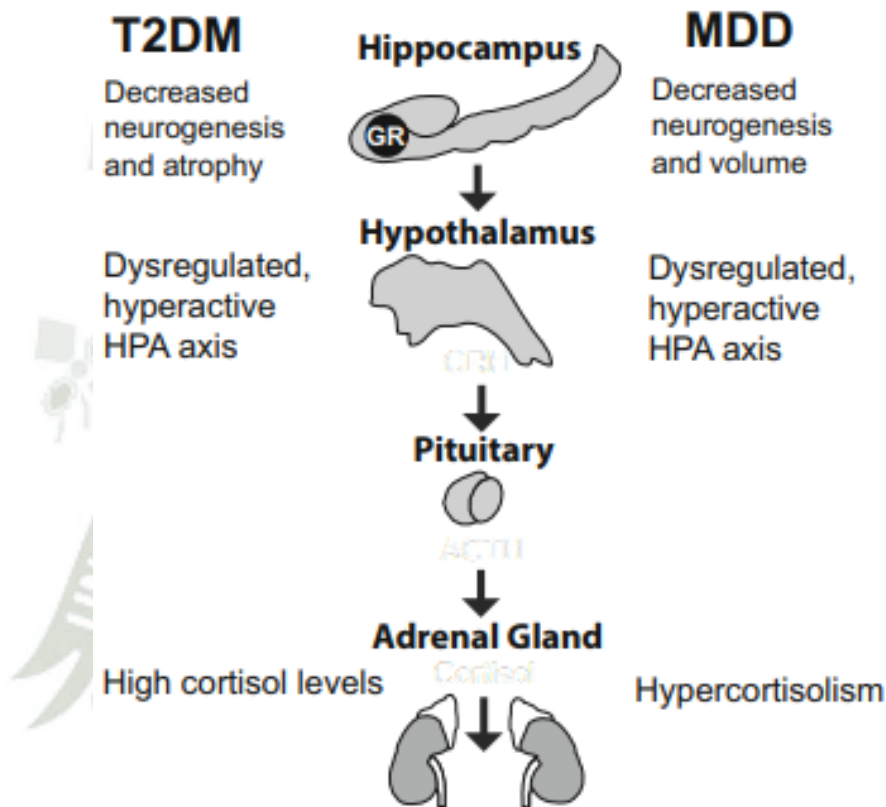


*Ilustración 3 factores asociados con la relación bidireccional entre diabetes mellitus tipo 2 y desorden depresivo mayor (22).*

### 2.6.2. Mecanismos Biológicos

en algunos estudios se ha visto aumentado los niveles de grelina (la grelina es una hormona que aumenta los niveles del apetito y también los depósitos de grasa) e hiperinsulinemia, seguido de un aumento de la grasa parda en áreas intraescapular y visceral. Todo esto causa una alteración en el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (eje HPA) el cual controla la liberación y producción del cortisol; por lo que se produce una sobre activación y aumento de los niveles de cortisol (23).

Además, existen cambios endocrinos que son afectados tanto por la depresión y la diabetes a nivel neurológico que causan alteraciones en el hipocampo y en el sistema límbico, responsable del procesamiento de la memoria y de las emociones; mostrando síntomas de anhedonia, incluida la evitación de los alimentos la inmovilidad lo que sugiere alteración del hipocampo (23).



*Ilustración 4 Efectos de la diabetes tipo 2 y desorden depresivo mayor en el cerebro y sistema neuroendocrino (23).*

### 3. Análisis de antecedentes investigativos:

#### 3.1. A nivel local:

**Autor:** Diego Enrique Anchante Meza; Noelia Andrea Chaparro Marca

**Título:** ANSIEDAD Y DEPRESION POR CUARENTENA EN DEPORTISTAS DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2021

**Revista:** Repositorio De La Universidad Autónoma De Ica

**Resumen:** El propósito de este trabajo fue conocer la relación entre la ansiedad y la depresión provocadas por la cuarentena en deportistas de Arequipa, 2021. La naturaleza de la investigación fue transversal, no experimental, descriptiva y correlativa. Los cuestionarios utilizados y modificados fueron el Cuestionario de Ansiedad y el Cuestionario de Depresión, ambos de 21 ítems y aplicables a ambos sexos, cada uno de ellos aprobado

por tres expertos. La muestra incluía 35 deportistas de la ciudad de Arequipa que competían en diversos deportes y tenían edades comprendidas entre los 18 y los 35 años. Se puede concluir que existe un nivel significativo de ansiedad y que no existe un nivel significativo de depresión en los deportistas de la ciudad de Arequipa, luego de haber utilizado a 39 deportistas como población para este tipo de investigación y encontrar que el 28,6% de los deportistas presentan niveles mínimos y moderados de ansiedad, seguido de un 54,3% que presentan niveles mínimos de depresión (6).

**Cita en Vancouver:** Zavala DEG. ANSIEDAD Y DEPRESION POR CUARENTENA EN DEPORTISTAS DE LA CIUDAD DE AREQUIPA, 2021. Universidad Autónoma de Ica. 2021;

### 3.2. A nivel nacional:

**Autor:** Rosas-Matías J, Villanueva-Bejarano A, Pantani-Romero F, Lozano-Vargas A, Ticse-Aguirre R

**Título:** Frecuencia de depresión y ansiedad no diagnosticadas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la consulta externa de un hospital general de Lima, Perú.

**Revista:** Revista de Neuro-Psiquiatría

**Resumen:** Las personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) padecen, por lo general, una incidencia mayor de trastornos psiquiátricos que la demás población. Objetivo: Evaluar la incidencia de cuadros depresivos y ansiosos no diagnosticados en pacientes con DM2 que acuden a la consulta externa de un hospital general de Lima. Método: Estudio descriptivo transversal realizado en pacientes con diagnóstico de DM2 con el fin de establecer la presencia de depresión y ansiedad según la Escala de Psicopatología Depresiva (EPD-6) y la Escala de Ansiedad de Lima (EAL-20). Resultados: De la muestra de 327 pacientes, el 23,9% presentó depresión, el 32,7% ansiedad y el 7,95% suicidalidad, mientras que el 5,5% presentó síntomas de ambos tipos de depresión y ansiedad. El 17,94% de los pacientes con depresión y el 16,82% de los pacientes con ansiedad presentaban suicidalidad. La frecuencia de ansiedad fue del 39,9% en mujeres y del 16,7% en hombres ( $p < 0,01$ ). La edad media de los pacientes con depresión fue de 59 años (IQT: 51-64) frente a los 62 años (IQT: 54-69) de los pacientes sin depresión ( $p = 0,038$ ). Conclusiones: Prácticamente un cuarto (23,9%) de los pacientes con DM2 presentaron evidencias de depresión, y un tercio (33,7%) presentaron ansiedad. Asimismo, el sexo y la edad de las mujeres parecen estar significativamente relacionados con la ansiedad y la depresión, respectivamente (24).

**Cita en Vancouver:** Rosas-Matías J, Villanueva-Bejarano A, Pantani-Romero F, Lozano-Vargas A, Ticse-Aguirre R. Frecuencia de depresión y ansiedad no diagnosticadas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la consulta externa de un hospital general de Lima, Perú. Rev Neuropsiquiatr. 1 de octubre de 2019;82(3):166.

### 3.3. A nivel internacional:

**Autor:** Juan F. Sánchez-Cruz, Alicia Hipólito-Lóenzo, Sharon G. Mugártegui-Sánchez, Rosa M. Yáñez-González

**Título:** Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2

**Revista:** Atención Familiar

**Resumen:** El propósito de este estudio fue determinar la relación entre el estrés y la depresión y la adherencia a la medicación en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de una clínica de medicina familiar de Mérida, Yucatán, México. El método utilizado fue una entrevista transversal a 101 personas con diabetes mellitus tipo 2. Se aplicó el examen de Morinsky-Green Levine, la prueba de Holmes-Rae y la prueba de Zung, respectivamente, para evaluar la adherencia a la medicación. Para evaluar la adherencia, el estrés y la depresión se utilizaron el examen de Morinsky-Green Levine, el test de Holmes-Rae y el test de Zung, respectivamente. Por medio de la estadística inferencial, se estableció si la adherencia al tratamiento, el estrés y la depresión estaban relacionados con el control metabólico de acuerdo con las normas de la Asociación Americana de Diabetes. Resultados: El 26% de los pacientes estaban deprimidos y el 65% estresados debido al cumplimiento del tratamiento. El estrés se relacionó tanto con la falta de adherencia al tratamiento (rm 7,2, ic 95%, 2,3-22,5, p0, 05) como con el descontrol glucémico (rm 4,3, ic 95%, 1,4-12,9, p=0,01). El estrés también se relacionó con el descontrol glucémico (rm 3,7, ic 95%, 1,4-9,6, p=0,006). Conclusiones: La falta de adherencia a la medicación de la diabetes mellitus tipo 2 se correlaciona con el estrés (25).

**Cita en Vancouver:** 1. Sánchez-Cruz JF, Hipólito-Lóenzo A, Mugártegui-Sánchez SG, Yáñez-González RM. Estrés y depresión asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. Aten Fam. 1 de abril de 2016;23(2):43-7.

## 4. Objetivos

### 4.1. Objetivo general:

Analizar la relación entre la depresión y la adherencia terapéutica en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que acuden al servicio de DNT del hospital de Camaná en el mes de mayo del 2023

#### 4.2. Objetivos específicos:

- Determinar si la depresión es un factor de riesgo para la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus en el hospital de Camaná
- Determinar la Adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes en el hospital de Camaná.
- Establecer los niveles de depresión en los pacientes con diabetes mellitus en el hospital de Camaná
- Describir demográficamente a los pacientes y su relación con la depresión.
- Describir demográficamente a los pacientes y su relación con el diagnóstico de diabetes

#### 4.3. Hipótesis: planteada

Dado que los diabéticos precisan de un tratamiento continuado y la depresión provocada por la propia enfermedad que los hace más vulnerables, es probable que haya una relación entre la depresión y la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos, logrando así que el paciente diabético con depresión tenga una pobre adherencia terapéutica, o, por el contrario, las personas sin depresión tengan una mejor adherencia a la terapia, evitando complicaciones severas.



**CAPITULO II:  
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

**1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación**

**2. TÉCNICA:**

Recolección de datos mediante encuesta

**3. INSTRUMENTOS:**

- Consentimiento informado (ANEXO 1)
- Test Morisky – Green – Levine (ANEXO 2)
- Inventario de Beck (BDI II) (ANEXO 3)
- Ficha de recolección de datos (ANEXO 4)

**4. MATERIALES:**

- Laptop
- Ficha de recolección de datos
- Hojas de consentimiento informado
- Material de escritorio

**5. Campo de verificación**

**6. Ubicación espacial**

El estudio se realizó en las instalaciones del Hospital de Camaná - Arequipa

**7. Ubicación temporal**

El estudio se desarrolló en el periodo comprendido entre mayo del año 2023.

**8. Unidades de estudio**

**8.1.1. Universo:**

Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus que acuden a su control en DNT en el hospital de Camaná

**8.1.2. Tamaño de muestra:**

No se realizó el cálculo muestral por lo que se considerara a todos los pacientes que concurrieran a su control en el servicio de DNT del hospital de Camaná

**9. Criterios de selección**

**9.1.1. Criterios de inclusión:**

- Diabetes mellitus diagnosticada
- Pacientes mayores a 18 años
- Pacientes que deseen participar voluntariamente del estudio
- Pacientes que acudan al servicio de DNT del hospital de Camaná

**9.1.2. Criterio de exclusión:**

- Fichas: incompletas o mal llenadas
- Pacientes analfabetos o con alguna discapacidad neurológica
- Embarazo

- Lactancia
- Retinopatía diabética
- Nefropatía diabética
- Malignidad
- Consumo de alcohol
- Enfermedad del hígado

#### **9.1.3. Tamaño de la Muestra:**

Pacientes que acudan a control por el DNT del hospital de Camaná, durante el mes de mayo del 2023

#### **9.1.4. Procedimiento de muestreo:**

Voluntario

#### **9.1.5. Aspectos éticos:**

El autor declara no tener conflictos de interés, todo participante de la investigación es previamente informado, y decide por voluntad propia participar.

### **10. Estrategia de recolección de datos**

#### **11. Organización**

- Se coordinará con el hospital de Camaná para acceder al servicio de DNT y poder encuestar a los pacientes que acuden al servicio para su control, recolectar los datos para poder realizar visitas domiciliarias o llamadas telefónicas en caso de que los pacientes no acudan al hospital.
- Se explicará a los pacientes en que consiste la investigación y se les instará a responder un cuestionario
- Se les explicara el consentimiento informado en el que se permite la utilización de los datos recolectados por investigador
- Los resultados serán pasados a un sistema de base de datos para luego ser analizados y procesados estadísticamente
- Se procederá a interpretar los datos obtenidos y se sacará las conclusiones pertinentes.

### **12. Recursos**

#### **12.1.1. Humanos**

- Investigador
- Asesor
- Pacientes que se ofrezcan voluntariamente a participar en el proyecto

#### **12.1.2. Materiales**

- Hojas de cuestionarios
- Materiales de escritorio

- Computadora con programas de procesamiento de textos y base de datos

### 12.1.3. Financieros

- Autofinanciado

## 13. Validación de los instrumentos

- **Anexo 1 y anexo 4 No se requiere validación del instrumento.**
- **Test Morisky – Green – Levine (ANEXO 2);** la versión española de esta encuesta, verificada por Val Jiménez y colaboradores en una cohorte de pacientes hipertensos, se utiliza en investigaciones para evaluar la adherencia terapéutica. También ha sido validada en diversas poblaciones con enfermedades crónicas (26,27).
- **Inventario de Beck (BDI II) (ANEXO 3);** La respuesta en español de esta encuesta, contrastada por Val Jiménez y colaboradores en una cohorte de pacientes hipertensos, se aplica en estudios de seguimiento terapéutico. Además, ha sido validada en distintas muestras de población con patologías crónicas.

Las preguntas están en una escala de 0 a 3, excepto la pregunta 16 y 18 que contienen 7 categorías. La puntuación general del test va de 0 a 63 puntos con los cuales los clasificamos en: 1 – 12 (depresión mínima); 14 – 19 (depresión leve); 20 – 28 (depresión moderada); 29 – 63 (depresión grave) (28,29).



**CAPITULO III:  
RESULTADOS**

1. Análisis descriptivos

1.1. Variables Sociodemográficos

Tabla N°. 1

Características sociodemográficas de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que acuden al servicio de DNT del hospital de Camaná

Sociodemográficos	Nº.	%
<b>Edad</b>		
35 a 45	10	9,8
46 a 56	35	34,3
57 a 67	47	46,1
68 a 78	9	8,8
≥79	1	1,0
<b>Sexo</b>		
Femenino	57	55,9
Masculino	45	44,1
<b>Estado civil</b>		
Casado/a	42	41,2
Divorciado/a	30	29,4
Soltero/a	15	14,7
Viudo/a	15	14,7
<b>Ocupación</b>		
Desempleado	12	11,8
Empleado	29	28,4
Hogar	22	21,6
Independiente	39	38,2
<b>Instrucción</b>		
Primario completo	6	5,9
Primario incompleto	13	12,7
Secundario completo	20	19,6
Secundario incompleto	16	15,7
Superior completo	13	12,7
Superior incompleto	9	8,8
Técnico completo	19	18,6
Técnico incompleto	6	5,9
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

*Fuente: Elaboración Propia.*

Según los datos presentados, se aprecia que el 46.1% de los pacientes que reciben atención en el Departamento de Daños No Transmisibles (DNT) en el hospital de Camaná tienen entre los 57 y 67 años. Además, el 55.9% de estos pacientes son mujeres, el 41.2% están casados y el 38.2% son trabajadores independientes. Con respecto al grado de instrucción, el 19.6% de los pacientes tienen instrucción secundaria completa.



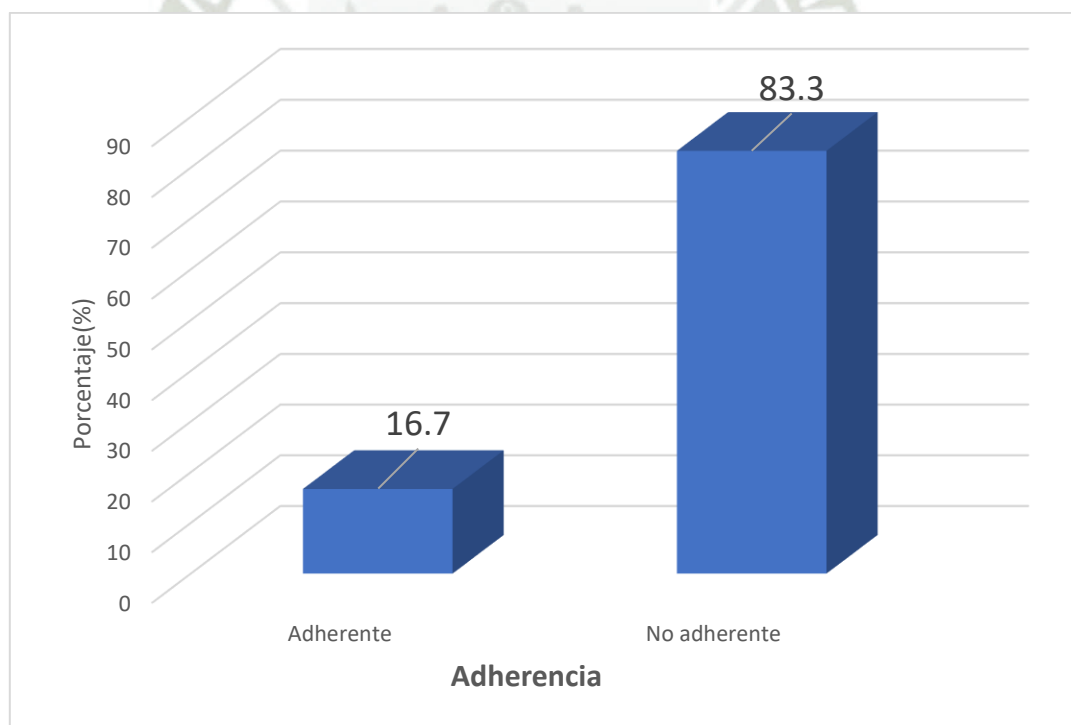
Tabla Nº. 2

**Adherencia terapéutica en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus  
que acuden al servicio de DNT del hospital de Camaná**

Adherencia	Nº.	%
Adherente	17	16,7
No adherente	85	83,3
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Elaboración Propia.

Los datos demuestran que la mayoría de los pacientes (83,3%) diagnosticados con diabetes mellitus que acuden al servicio de DNT del hospital de Camaná no presentan adherencia terapéutica al tratamiento. Sólo el 16,7% de los pacientes, por el contrario, se califican de adherentes por haber respondido de forma correcta a las preguntas del Test Verde de Morisky (NO, SÍ, NO, NO).



**Fuente:** Elaboración Propia.

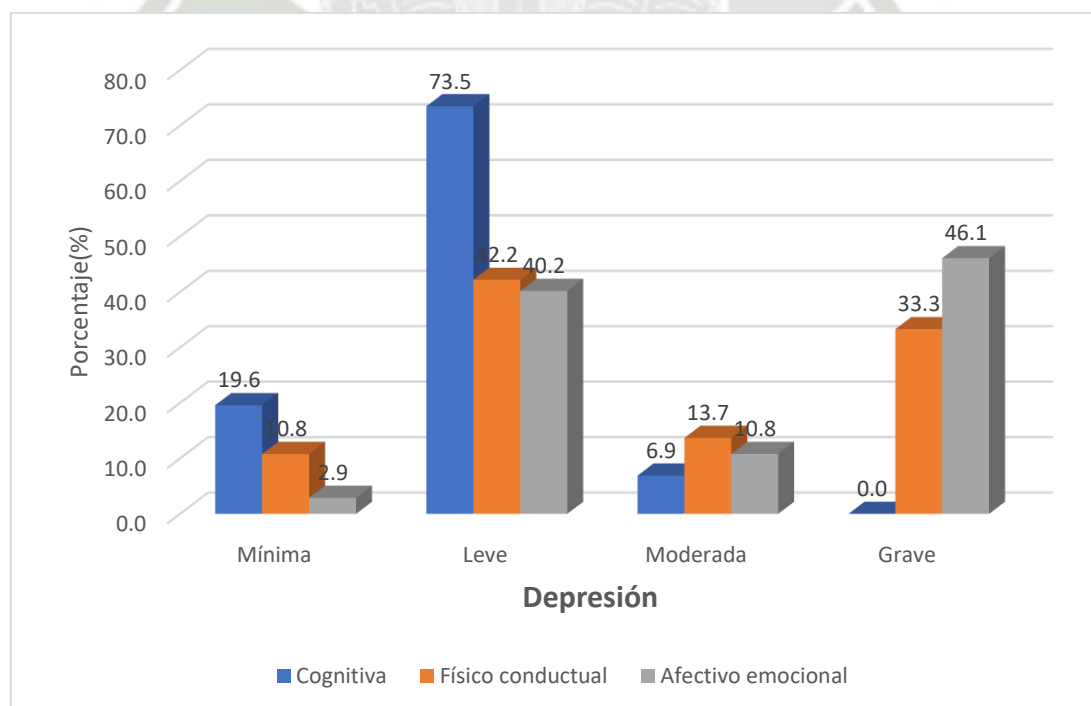
**Tabla Nº. 3**

**Indicadores de depresión en pacientes con diabetes mellitus que acuden al servicio de DNT en el hospital de Camaná**

Depresión	Cognitiva		Físico conductual		Afectivo emocional	
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%
<b>Mínima</b>	20	19,6	11	10,8	3	2,9
<b>Leve</b>	75	73,5	43	42,2	41	40,2
<b>Moderada</b>	7	6,9	14	13,7	11	10,8
<b>Grave</b>	0	0,0	34	33,3	47	46,1
<b>TOTAL</b>	102	100	102	100	102	100

**Fuente:** *Elaboración Propia.*

La depresión cognitiva leve se observa en el 73,5% de los pacientes diabéticos que utilizan el servicio de DNT del hospital de Camaná, el 33,3% de pacientes en la dimensión físico/conductual tienen depresión grave, mientras que el 40,2% de los pacientes en la dimensión afectivo emocional tienen depresión leve.



**Fuente:** *Elaboración Propia.*

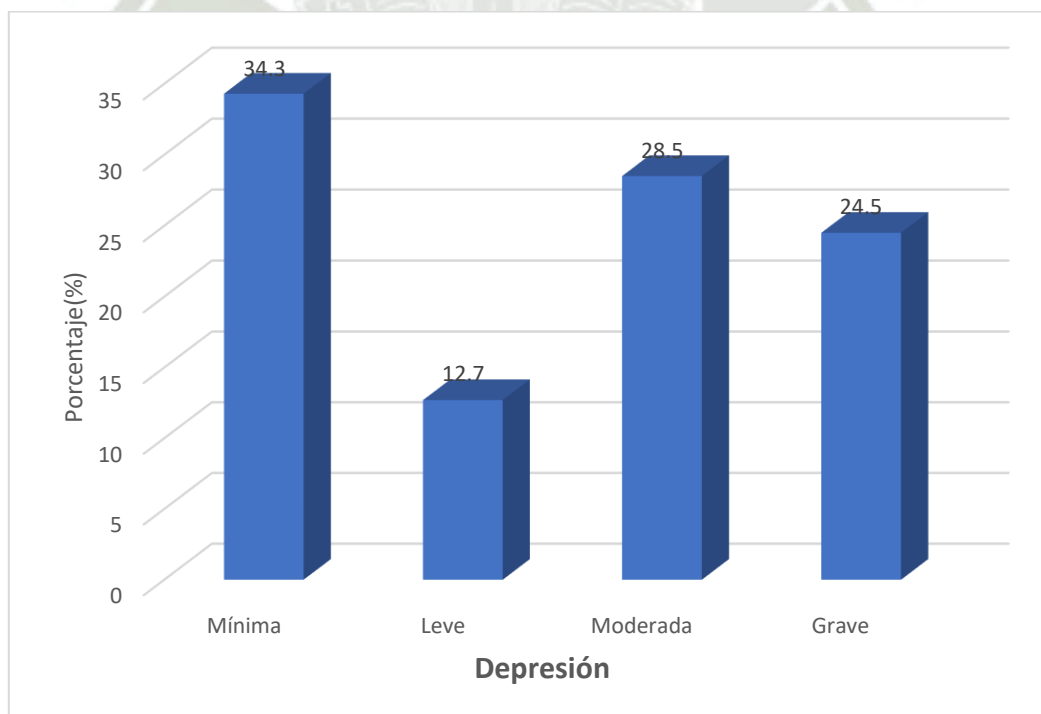
**Tabla Nº. 4**

**Nivel de depresión en pacientes con diabetes mellitus que acuden al servicio de DNT en el hospital de Camaná**

Depresión	Nº.	%
Mínima	35	34,3
Leve	13	12,7
Moderada	29	28,5
Grave	25	24,5
<b>TOTAL</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

**Fuente:** *Elaboración Propia.*

Según la información del cuadro 4, se aprecia que el 34,3% de los diabéticos mellitus que reciben tratamiento en el programa de DNT del hospital de Camaná presentan sólo síntomas depresivos leves. A continuación, se encuentra el 28,5% de los pacientes con depresión moderada, seguido por el 24,5% de los pacientes que experimentan una depresión grave. Por otro lado, el 12,7% muestran síntomas de depresión leve.



**Fuente:** *Elaboración Propia.*

**Tabla Nº. 5**

**Relación entre la depresión y la adherencia terapéutica en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que acuden al servicio de DNT del hospital de Camaná**

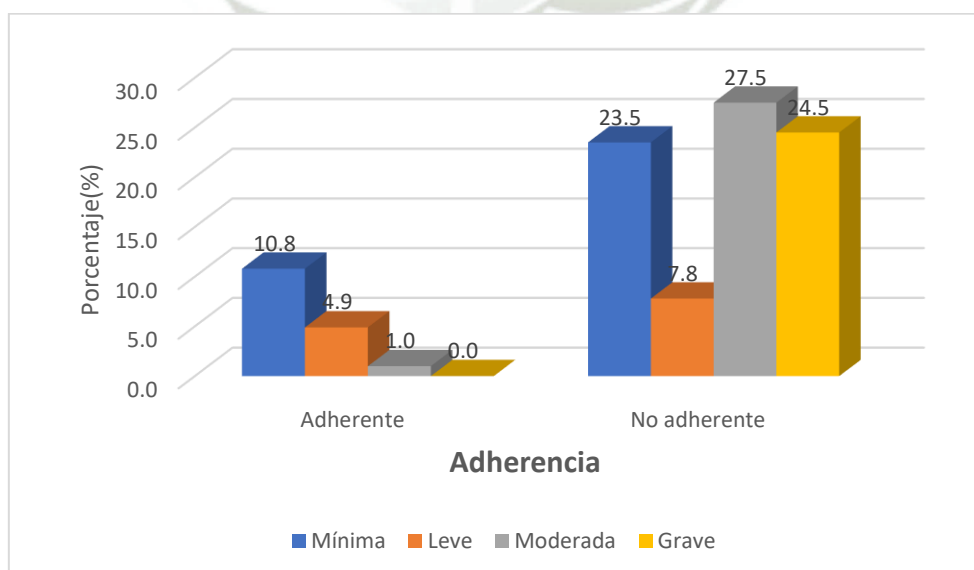
Adherencia	Depresión								TOTAL	
	Mínima		Leve		Moderada		Grave		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
<b>Adherente</b>	11	10,8	5	4,9	1	1,0	0	0,0	17	16,7
<b>No adherente</b>	24	23,5	8	7,8	28	27,5	25	24,5	85	83,3
<b>TOTAL</b>	35	34,3	13	12,7	29	28,4	25	24,5	102	100

**Fuente:** *Elaboración Propia.*

$$X^2=18.58 \quad P<0.05 \quad P=0.00$$

La prueba chi-cuadrado de la Tabla nº 5 ( $X^2=18,58$ ) indica una correlación estadísticamente significativa ( $P 0,05$ ) entre la severidad de la depresión y el cumplimiento terapéutico.

Adicionalmente, se ha encontrado que el 10,8% de los sujetos con depresión leve se adhieren a sus planes de tratamiento, comparado con el 27,5% de los sujetos con depresión mayor.



**Fuente:** *Elaboración Propia.*

Tabla Nº. 6

Relación entre el nivel de depresión y la edad de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que acuden al servicio de DNT del hospital de Camaná

Edad	Depresión								TOTAL	
	Mínima		Leve		Moderada		Grave		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
35 a 45	1	1,0	2	2,0	3	2,9	4	3,9	10	9,8
46 a 56	15	14,7	3	2,9	10	9,8	7	6,9	35	34,3
57 a 67	13	12,7	7	6,9	15	14,7	12	11,8	47	46,1
68 a 78	5	4,9	1	1,0	1	1,0	2	2,0	9	8,8
≥79	1	1,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,0
<b>TOTAL</b>	35	34,3	13	12,7	29	28,4	25	24,5	102	100

*Fuente: Elaboración Propia.*

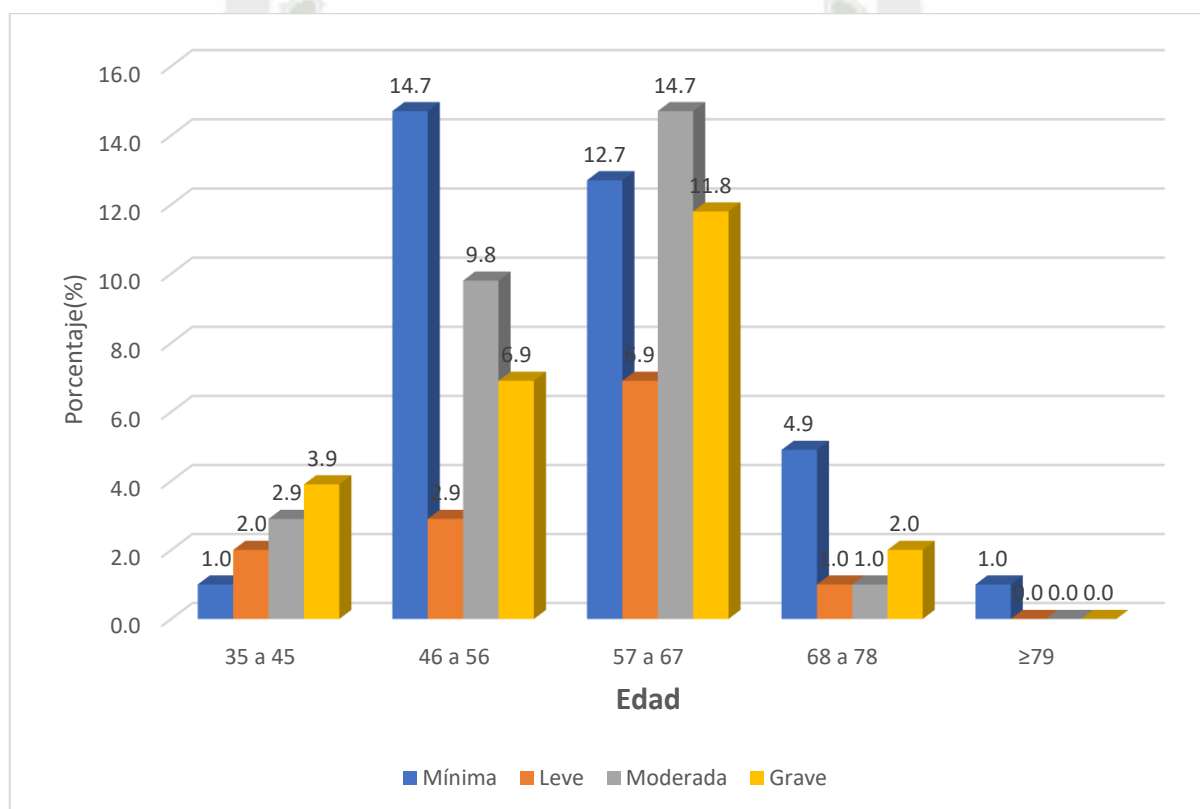
$$X^2=9.72 \quad P>0.05 \quad P=0.64$$

La prueba chi-cuadrado ( $X^2=9,72$ ) muestra que no hay relación estadísticamente significativa entre la edad y la gravedad de la depresión ( $P>0,05$ ).

Se observa también que el 6,9% de los pacientes con una depresión grave tienen entre 46 y 56 años, frente al 14,7% de los pacientes con una depresión moderada, que tienen entre 57 y 67 años.

**Gráfico N°. 5**

**Relación entre el nivel de depresión y la edad de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que acuden al servicio de DNT del hospital de Camaná**



**Fuente:** *Elaboración Propia.*

Tabla N°. 7

Relación entre el nivel de depresión y el sexo de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que acuden al servicio de DNT del hospital de Camaná

Sexo	Depresión								TOTAL	
	Mínima		Leve		Moderada		Grave		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
<b>Femenino</b>	16	15,7	8	7,8	19	18,6	14	13,7	57	55,9
<b>Masculino</b>	19	18,6	5	4,9	10	9,8	11	10,8	45	44,1
<b>TOTAL</b>	35	34,3	13	12,7	29	28,4	25	24,5	102	100

**Fuente:** Elaboración Propia.

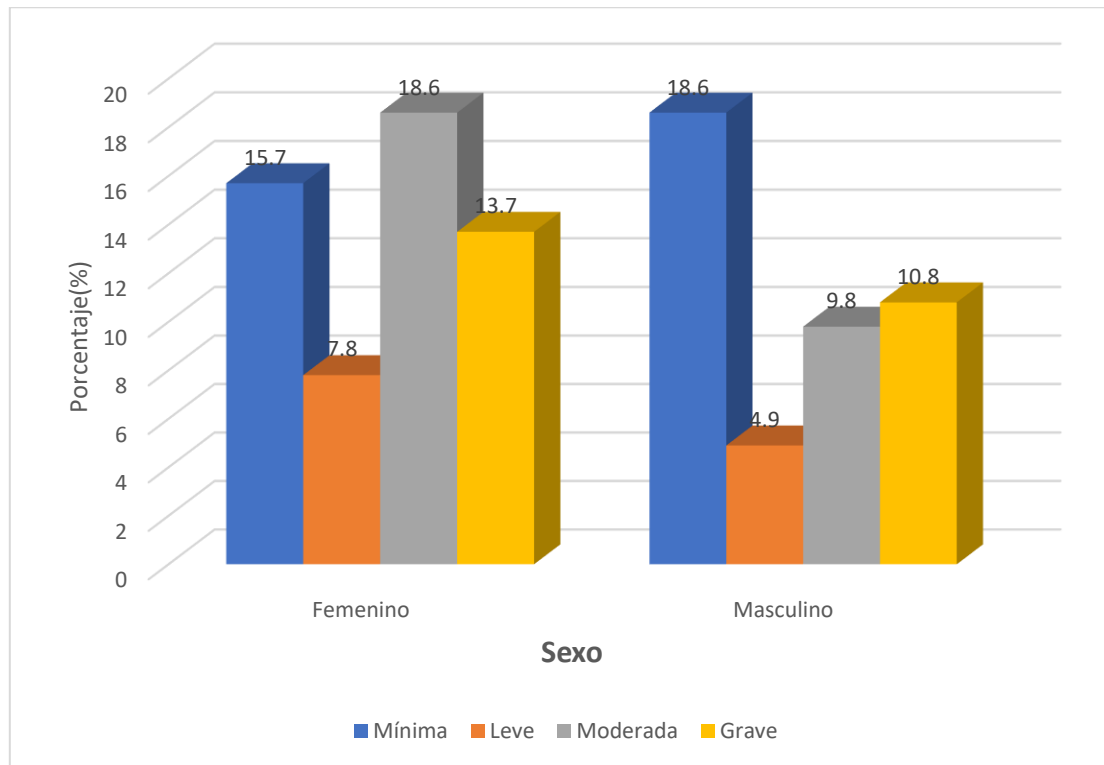
$$X^2=2.72 \quad P>0.05 \quad P=0.43$$

No existe correlación estadísticamente significativa ( $P>0,05$ ) del grado de depresión con el sexo, en la que se utilizó la prueba chi-cuadrado ( $X^2=2,72$ ).

Cabe destacar que el 18,6% de los pacientes con depresión leve y el 18,6% de los pacientes con depresión significativa son de sexo femenino, respectivamente.

Gráfico N°. 6

Relación entre el nivel de depresión y el sexo de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que acuden al servicio de DNT del hospital de Camaná



**Fuente:** Elaboración Propia.

**Tabla N°. 8**

**Relación entre el nivel de depresión y el estado civil de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que acuden al servicio de DNT del hospital de Camaná**

Estado civil	Depresión								TOTAL	
	Mínima		Leve		Moderada		Grave		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
<b>Casado/a</b>	21	20,6	7	6,9	10	9,8	4	3,9	42	41,2
<b>Divorciado/a</b>	3	2,9	3	2,9	11	10,8	13	12,7	30	29,4
<b>Soltero/a</b>	5	4,9	2	2,0	4	3,9	4	3,9	15	14,7
<b>Viudo/a</b>	6	5,9	1	1,0	4	3,9	4	3,9	15	14,7
<b>TOTAL</b>	35	34,3	13	12,7	29	28,4	25	24,5	102	100

*Fuente: Elaboración Propia.*

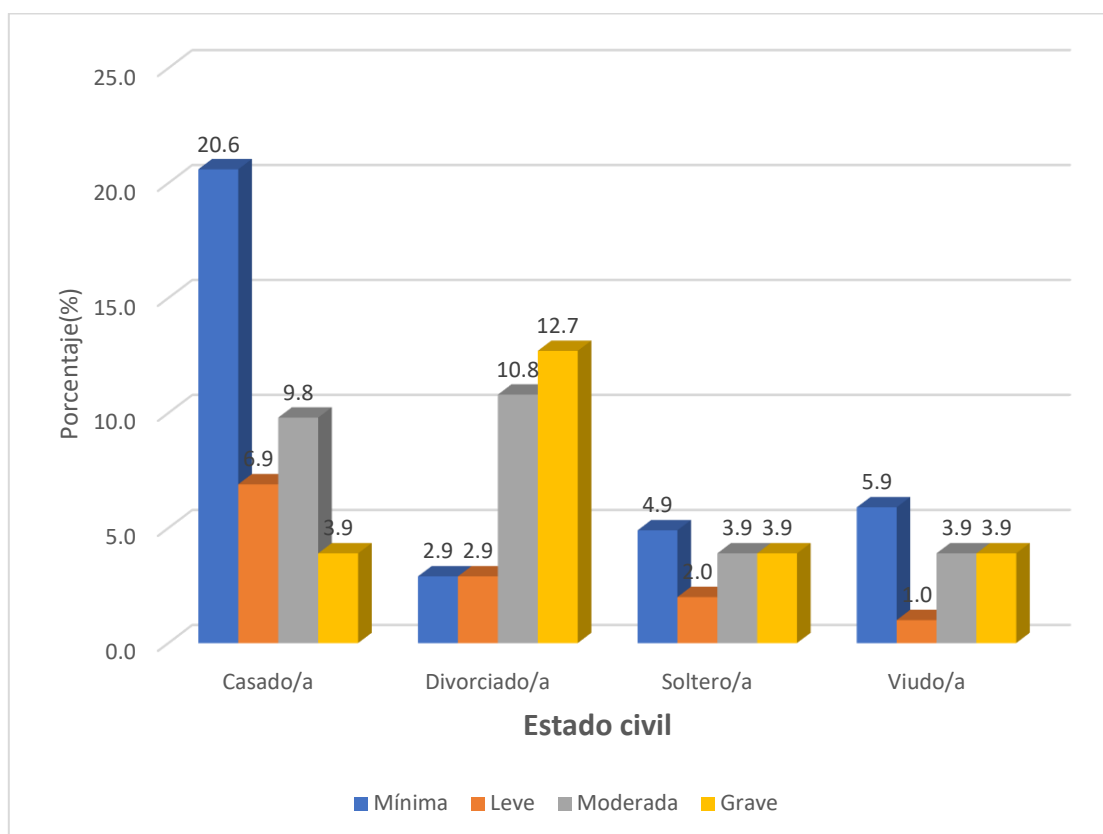
$$X^2=18.75 \quad P<0.05 \quad P=0.02$$

El grado de depresión y el estado civil están estadísticamente relacionados ( $P>0,05$ ), de acuerdo con la prueba de chi-cuadrado ( $X^2=18,75$ ).

Además, se constata que el 12,7% de los sujetos con depresión grave son divorciados, frente al 20,6% de los sujetos con depresión leve que están casados.

**Gráfico N°. 7**

**Relación entre el nivel de depresión y el estado civil de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que acuden al servicio de DNT del hospital de Camaná**



**Fuente:** *Elaboración Propia.*



**Tabla Nº. 9**

**Relación entre el nivel de depresión y la ocupación de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que acuden al servicio de DNT del hospital de Camaná**

Ocupación	Depresión								TOTAL	
	Mínima		Leve		Moderada		Grave		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
<b>Desempleado</b>	3	2,9	1	1,0	3	2,9	5	4,9	12	11,8
<b>Empleado</b>	12	11,8	5	4,9	7	6,9	5	4,9	29	28,4
<b>Hogar</b>	8	7,8	3	2,9	7	6,9	4	3,9	22	21,6
<b>Independiente</b>	12	11,8	4	3,9	12	11,8	11	10,8	39	38,2
<b>TOTAL</b>	35	34,3	13	12,7	29	28,4	25	24,5	102	100

**Fuente:** *Elaboración Propia.*

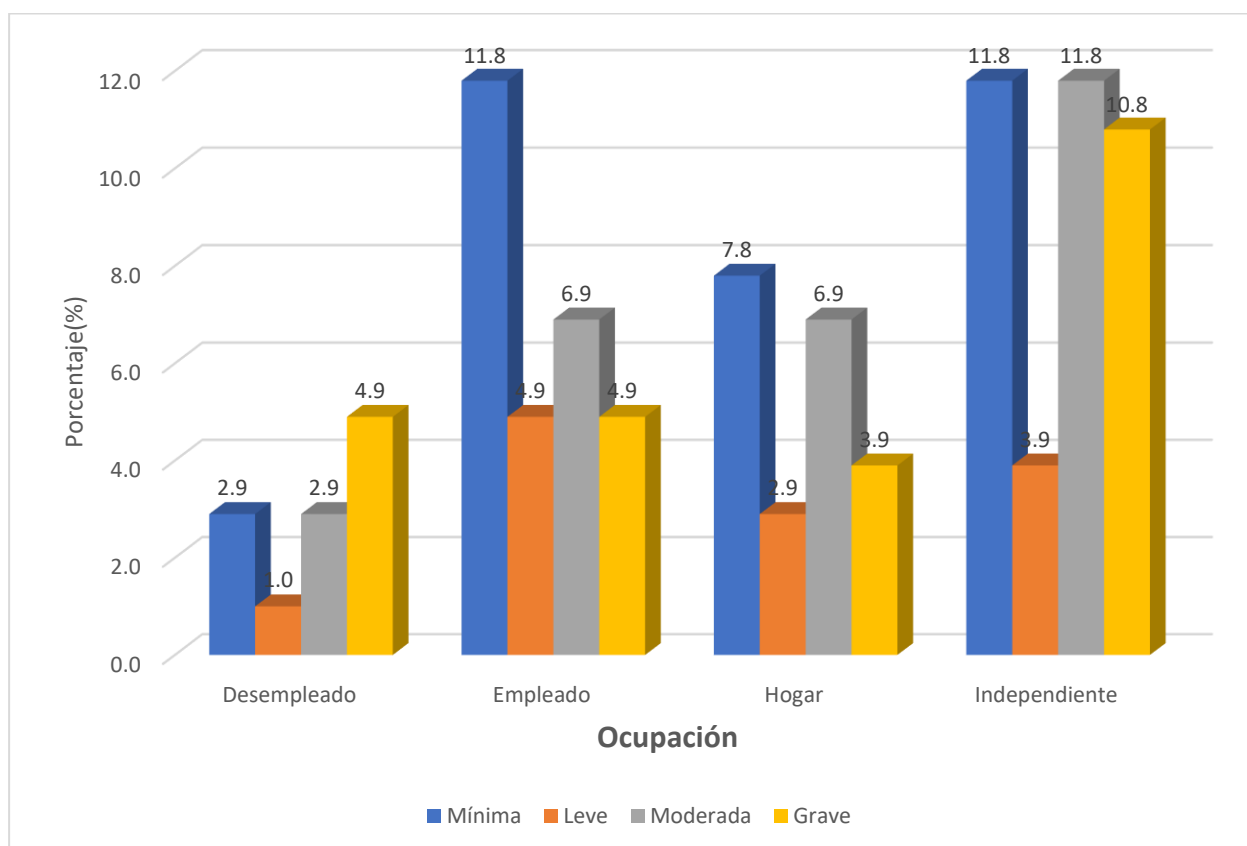
$$X^2=4.78 \quad P>0.05 \quad P=0.85$$

No existe relación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión y la ocupación, de acuerdo con la prueba de chi-cuadrado ( $X^2=4,78$ ) ( $P>0,05$ ).

Como dato adicional, se ha observado que el 10,8% de los pacientes con depresión grave trabajan para sí mismos, frente al 11,8% de los pacientes con depresión leve que están empleados.

**Gráfico N°. 8**

**Relación entre el nivel de depresión y la ocupación de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que acuden al servicio de DNT del hospital de Camaná**



**Fuente:** *Elaboración Propia.*

Tabla Nº. 10

Relación entre el nivel de depresión y el grado de instrucción de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que acuden al servicio de DNT del hospital de Camaná

Educación	Depresión								TOTAL	
	Mínima		Leve		Moderada		Grave		Nº.	%
	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%	Nº.	%		
P. completa	1	1,0	1	1,0	2	2,0	2	2,0	6	5,9
P. Incompleta	3	2,9	0	0,0	6	5,9	4	3,9	13	12,7
S. completa	9	8,8	2	2,0	5	4,9	4	3,9	20	19,6
S. incompleta	3	2,9	3	2,9	6	5,9	4	3,9	16	15,7
Sup.completa	7	6,9	2	2,0	1	1,0	3	2,9	13	12,7
Sup.incompleta	5	4,9	2	2,0	2	2,0	0	0,0	9	8,8
T.completo	6	5,9	2	2,0	5	4,9	6	5,9	19	18,6
T.incompleto	1	1,0	1	1,0	2	2,0	2	2,0	6	5,9
<b>TOTAL</b>	<b>35</b>	<b>34,3</b>	<b>13</b>	<b>12,7</b>	<b>29</b>	<b>28,4</b>	<b>25</b>	<b>24,5</b>	<b>102</b>	<b>100</b>

*Fuente: Elaboración Propia.*

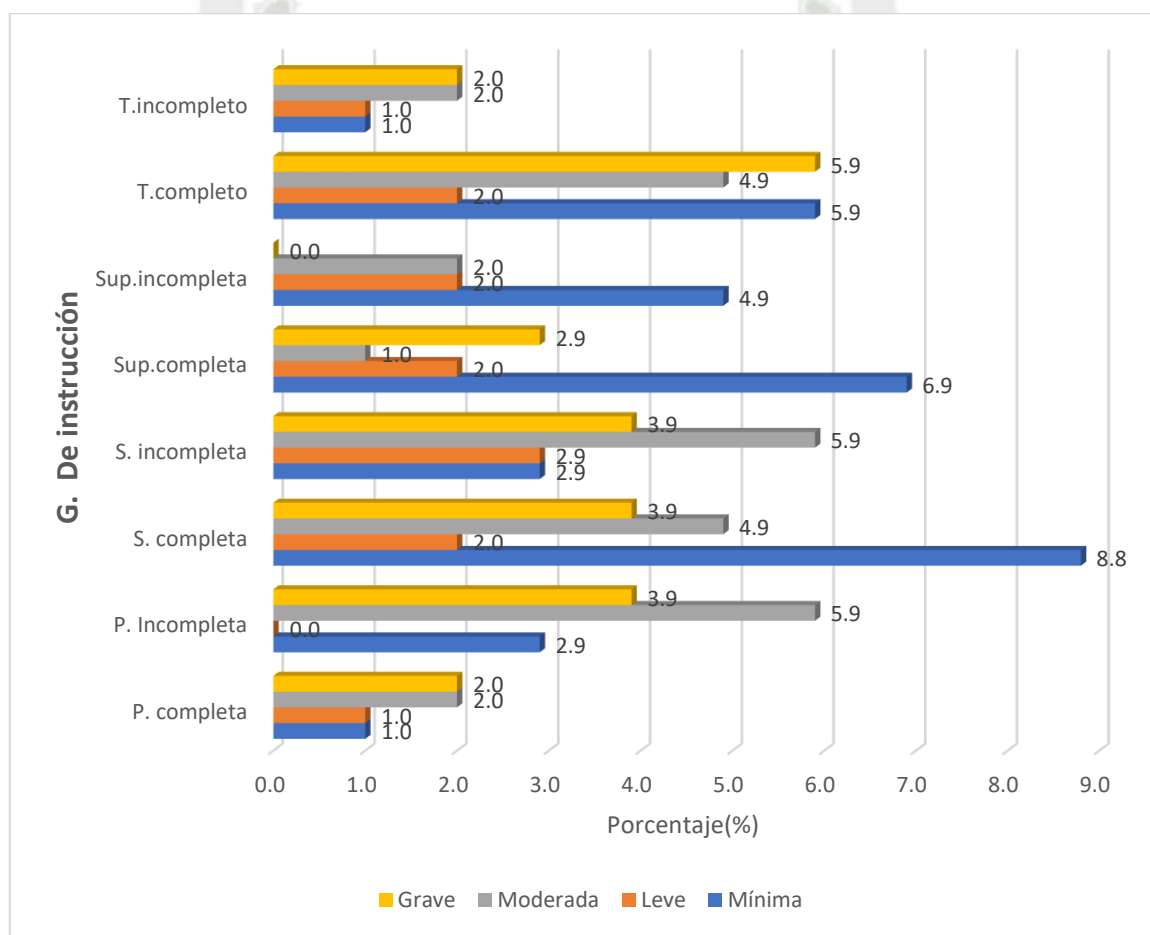
$$X^2=16.74 \quad P>0.05 \quad P=0.72$$

No hay una correlación estadísticamente significativa entre el grado de depresión y la educación, según la prueba chi-cuadrado de la Tabla nº 10 ( $X^2=16,74$ ;  $P>0,05$ ).

Hay que añadir que el 8,8% de los casos de depresión leve han terminado la enseñanza secundaria, comparado con el 5,9% de los casos de depresión moderada que no han terminado la enseñanza elemental.

**Gráfico N°. 9**

**Relación entre el nivel de depresión y el grado de instrucción de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que acuden al servicio de DNT del hospital de Camaná**



**Fuente:** *Elaboración Propia.*

## DISCUSION

Esta tesis, titulada "La depresión como factor de riesgo en la adherencia terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus en el Hospital de Camaná 2023", está dedicada a analizar la relación entre la depresión y la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos mellitus atendidos en este centro hospitalario específico.

Del análisis de los resultados arrojados en la primera tabla, se desprende que se aporta información importante sobre las características demográficas de los pacientes que acuden al Departamento de Daños No Transmisibles (DNT). Resulta pertinente destacar que un porcentaje significativo de pacientes (46,1%) se encuentra en el grupo de edad de 57-67 años. Estas cifras pueden tener importantes implicaciones, ya que la edad puede influir en la forma en que los pacientes manejan y cumplen el tratamiento de la diabetes mellitus. Por otro lado, llama la atención que más de la mitad de los pacientes (55,9%) son mujeres, lo que puede tener también un impacto en el manejo y tratamiento de la enfermedad, ya que los factores socioculturales y las diferencias biológicas de género pueden desempeñar un papel en la adherencia terapéutica. También se observa que una proporción considerable de pacientes (41.2%) está casada y que un número significativo (38.2%) son trabajadores independientes. Estos factores pueden influir en la disponibilidad de tiempo y recursos para dedicar al cuidado y seguimiento adecuado del tratamiento. En cuanto al nivel educativo, se destaca que el 19.6% de los pacientes cuentan con educación secundaria completa, lo que puede influir en la comprensión de las indicaciones y en la capacidad para seguir adecuadamente el tratamiento prescrito.

Son preocupantes los resultados en cuanto a la adherencia terapéutica, pues evidencian que la gran mayoría de los pacientes diabéticos mellitus que reciben tratamiento en el servicio de DNT del hospital de Camaná (83,3%) no se adhieren suficientemente al tratamiento recomendado. Esto indica que existe una brecha significativa en cuanto a la adherencia terapéutica en esta población específica. Solo un pequeño porcentaje de los pacientes (16.7%) se considera adherente, lo que implica que cumplen con las indicaciones del tratamiento según las respuestas proporcionadas en el Test de Morisky Green. Estos resultados son consistentes con los hallazgos de otros estudios, como el realizado por Juan F. Sánchez-Cruz et al. (25), donde se encontró una asociación entre el estrés, la depresión y la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. La alta prevalencia de estrés observada en los pacientes puede estar relacionada con las demandas diarias del manejo de la enfermedad, los cambios en el estilo de vida y la preocupación constante por el control glucémico. Este estrés crónico puede dificultar el cumplimiento adecuado del tratamiento y contribuir al descontrol metabólico. Además, la presencia de síntomas depresivos también puede influir negativamente en la adherencia al tratamiento, ya que la depresión puede afectar la motivación, el interés y la capacidad para llevar a cabo las actividades diarias, incluido el seguimiento del tratamiento prescrito. Esto puede resultar en un incumplimiento de las recomendaciones médicas y un mayor riesgo de complicaciones asociadas a la diabetes mellitus. Los resultados de esta tesis resaltan la importancia de reconocer y abordar la relación entre la depresión y la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus. La falta de adherencia al tratamiento es un problema

significativo en esta población, y la presencia de estrés y depresión puede ser un factor de riesgo importante. Estos hallazgos destacan la necesidad de implementar estrategias de intervención que aborden tanto los aspectos médicos como los psicológicos en el manejo de la diabetes mellitus, con el fin de mejorar la adherencia terapéutica y, en última instancia, los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes.

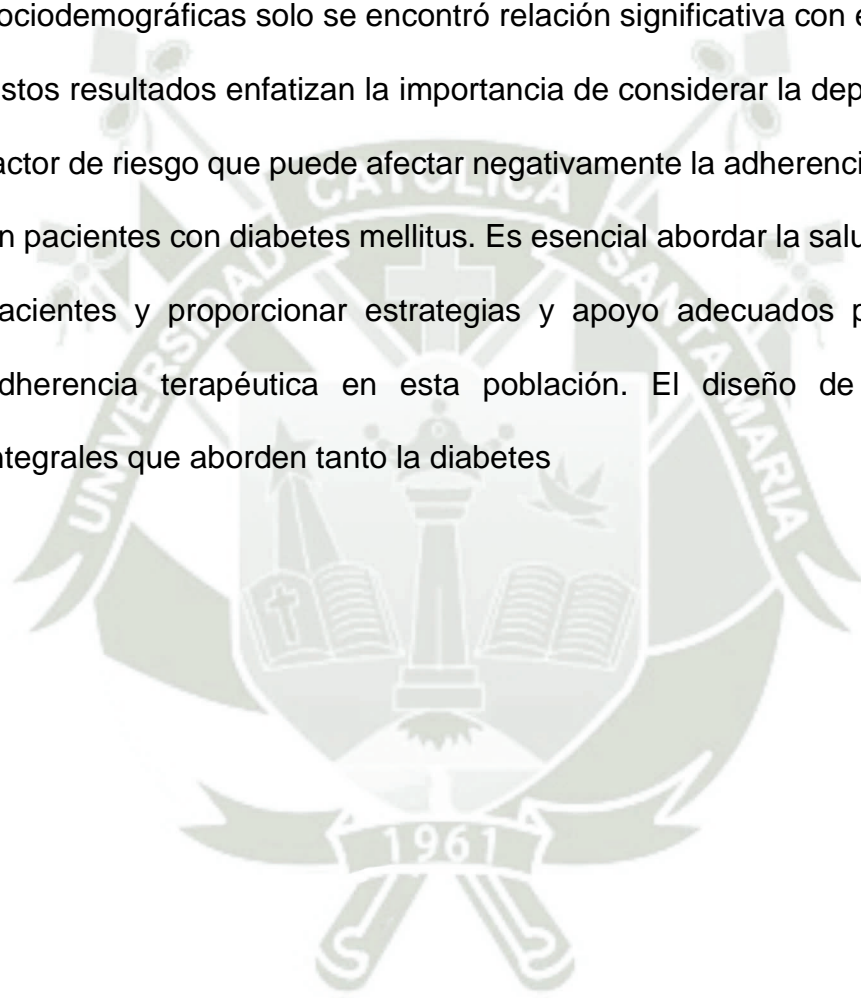
Por otro lado, los resultados revelan la prevalencia de la depresión en los pacientes con diabetes mellitus que reciben atención en el servicio de DNT. Se observa que un porcentaje considerable de pacientes (34.3%) presenta síntomas de depresión mínima, seguido de aquellos con depresión moderada (28.5%) y depresión grave (24.5%). Por el contrario, solo un porcentaje bajo de pacientes (12.7%) muestra síntomas de depresión leve. En su estudio, Diego Enrique Anchante Meza y Noelia Andrea Chaparro Marca encontraron que existen niveles significativos de ansiedad y no niveles significativos de depresión entre los deportistas de la ciudad de Arequipa (6). De los deportistas, el 28,6% posee niveles mínimos o moderados de ansiedad, seguido de un 54,3% que presenta niveles mínimos de depresión. Por otro lado, el estudio de Rosas-Matas J, et al. reveló que casi una cuarta parte (23,9%) de los pacientes con DM2 mostraban signos de depresión, y un tercio (33,7%) presentaba ansiedad. Además, parece que la ansiedad y la tristeza están muy correlacionadas con el sexo femenino y la edad, respectivamente (24). Según los estudios realizados por Rosas-Matas J, Villanueva-Bejarano A, Pantani-Romero F, Lozano-Vargas A y Ticse-Aguirre R, existen disparidades considerables entre hombres y mujeres en cuanto a la frecuencia de la ansiedad (24). Los hombres sólo mostraban una frecuencia de ansiedad

del 16,7%, frente a la frecuencia de las mujeres del 39,9%. Esto podría indicar diferencias en la manifestación de los síntomas o en la vulnerabilidad de género hacia la ansiedad en pacientes con DM2. Estas diferencias resaltan la importancia de considerar el género como un factor relevante en la evaluación y el abordaje de la salud mental en esta población. En cuanto a la relación entre la edad y la depresión, se observó que los pacientes con depresión tenían una mediana de edad de 59 años, mientras que los pacientes sin depresión tenían una mediana de edad de 62 años. Aunque la diferencia en la edad es pequeña, es interesante notar que los pacientes más jóvenes parecen tener una mayor prevalencia de depresión. Esto sugiere la necesidad de prestar atención especial a los pacientes más jóvenes con DM2 y considerar sus circunstancias individuales y factores de riesgo asociados. En conclusión, los resultados de este estudio muestran una alta frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con DM2 que acuden a una consulta externa en un hospital general de Camaná, Perú. Estos hallazgos respaldan la importancia de una evaluación integral que incluya la salud mental en el manejo de la DM2. Asimismo, los resultados resaltan la necesidad de considerar el género y la edad como factores relevantes en la identificación y el abordaje de la depresión y la ansiedad en esta población. Un enfoque integral de atención médica que aborde tanto la salud física como la salud mental puede ser crucial para mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida de los pacientes con DM2. El análisis de la tabla N°. 5, utilizando la prueba de chi cuadrado, arroja resultados significativos que respaldan la relación entre el nivel de depresión y la adherencia terapéutica en los pacientes con diabetes mellitus. La prueba demuestra que existe una asociación estadísticamente significativa ( $P < 0.05$ )

entre estos dos factores. Además, se destaca que los pacientes con depresión moderada presentan una falta significativa de adherencia al tratamiento (27.5%), mientras que los pacientes con depresión mínima muestran una mayor proporción de adherencia (10.8%).

En cuanto a la relación de la depresión con las características sociodemográficas solo se encontró relación significativa con el estado civil.

Estos resultados enfatizan la importancia de considerar la depresión como un factor de riesgo que puede afectar negativamente la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. Es esencial abordar la salud mental de los pacientes y proporcionar estrategias y apoyo adecuados para mejorar la adherencia terapéutica en esta población. El diseño de intervenciones integrales que aborden tanto la diabetes



## CONCLUSIONES

- PRIMERA:** La intensidad de la depresión y el cumplimiento terapéutico están correlacionados de forma estadísticamente significativa ( $P < 0,05$ ). El 10,8% de los pacientes con depresión leve siguen el tratamiento, mientras que algo más de la cuarta parte de las personas con depresión moderada no lo hacen.
- SEGUNDA:** Una tercera parte de los casos presenta una depresión leve, seguida de un 28,5% de depresión moderada y un 24,5% de depresión grave. En cambio, sólo el 12,7% de los pacientes presentan síntomas depresivos leves.
- TERCERA:** En el servicio de DNT del hospital de Camana, la mayor parte de los pacientes (83,3%) diagnosticados de diabetes mellitus no siguen su plan de tratamiento. En cambio, sólo el 16,7% de los encuestados se consideran cumplidores.
- CUARTA:** Existe relación estadística significativa entre el nivel de depresión y el estado civil ( $P < 0,05$ ), mientras que el resto de las características sociodemográficas como el sexo, la edad, la ocupación y el grado de instrucción no se relacionan con la depresión.

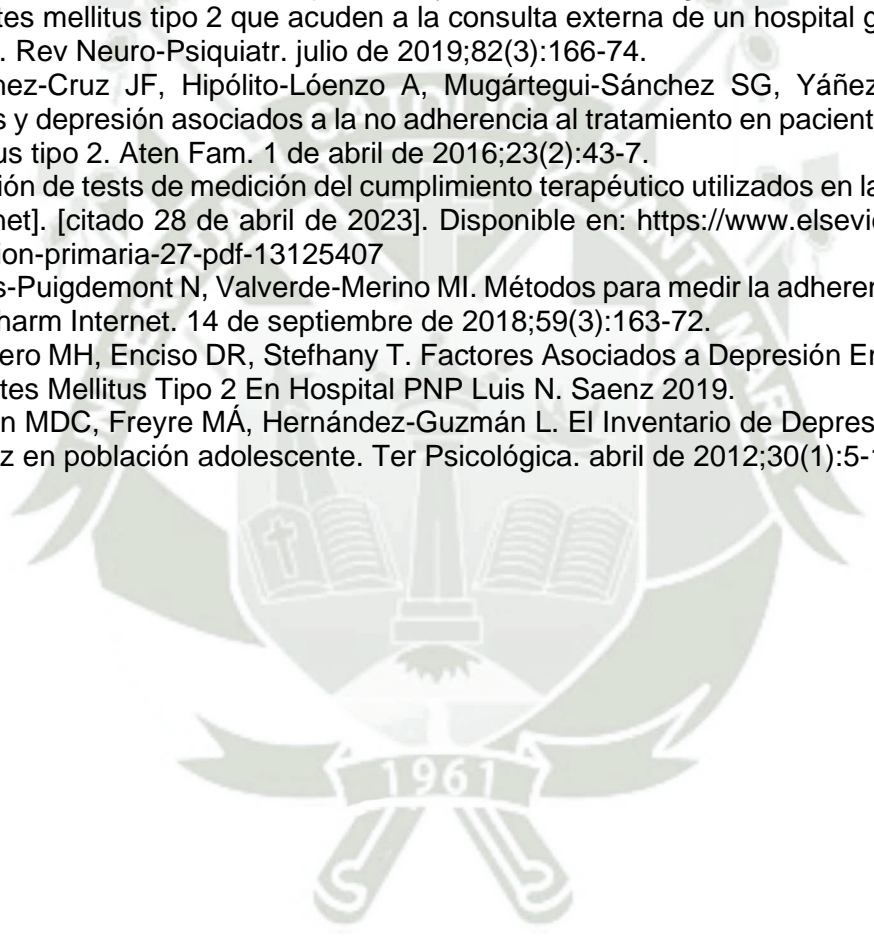
## RECOMENDACIONES

1. Al director del hospital de Camaná, hacer charlas de concientización al personal médico, servicio de enfermería y técnicos sobre la depresión en los pacientes y como puede esta repercutir en su tratamiento, para que en conjunto puedan avisar de forma oportuna al servicio de salud mental del hospital.
2. Al responsable de salud mental del hospital, que trabaje en la salud mental de los pacientes con diabetes para que por medio de un tamizaje se pueda identificar oportunamente si hay depresión y se pueda hacer la interconsulta a psicología o psiquiatría.
3. Al personal que atiende en el módulo de DNT del hospital que al momento de atender a un paciente con enfermedades crónicas no solo fijarnos en un solo diagnóstico sino evaluar al paciente en todas sus dimensiones debido a que unas afectan a las otras afectando su tratamiento.
4. A los futuros colegas que realicen investigaciones similares sugiero comparar los datos obtenido con diferentes poblaciones y con diferentes niveles socioeconómicos; tomar en cuenta que esta investigación se realizó cuando las normativas de la pandemia se habían levantado; sin embargo, algunos aún se encuentran con el mismo miedo a acercarse a los centros de salud por su medicación.
5. A los pacientes que acuden al servicio de DNT acudir a las actividades grupales que se realizan en el Club de diabéticos.

## Referencias Bibliográficas

1. Rosas-Matías J, Villanueva-Bejarano A, Pantani-Romero F, Lozano-Vargas A, Ticse-Aguirre R. Frecuencia de depresión y ansiedad no diagnosticadas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la consulta externa de un hospital general de Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatr.* 1 de octubre de 2019;82(3):166.
2. Martina M, Ara MA, Gutiérrez C, Nolberto V, Piscoya J. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *An Fac Med.* 23 de marzo de 2018;78(4):393.
3. Jiménez Chafey MI, Dávila M. Psicodiabetes. *Av En Psicol Latinoam.* junio de 2007;25(1):126-43.
4. Antunez M, Bettiol Menegaldo AA. Depresión en pacientes con diabetes tipo 2 que acuden a una consulta externa de Medicina Interna. *Acta Médica Colomb [Internet].* 30 de octubre de 2017 [citado 25 de abril de 2023];41(2). Disponible en: <http://actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/579>
5. Udovichenko OV, Maximova NV, Amosova MV, Yunilaynen OA, Berseneva EA, Starostina EG. Prevalence and Prognostic Value of Depression and Anxiety in Patients with Diabetic Foot Ulcers and Possibilities of their Treatment. *Curr Diabetes Rev.* 2017;13(1):97-106.
6. Zavala DEG. Ansiedad Y Depresión Por Cuarentena En Deportistas De La Ciudad De Arequipa, 2021. *Univ Autónoma Ica.* 2021;
7. Millones-Morales PE, Gonzales-Guevara A. Depresión, ansiedad y estrés durante la emergencia sanitaria por Covid-19, en jefes de hogar residentes en un Asentamiento Humano en Comas. *Rev Científica Ágora.* 12 de julio de 2021;8(1):34-41.
8. Alfonso LM. Repercusiones para la salud pública de la adherencia terapéutica deficiente. *Rev Cuba Salud Pública [Internet].* 2006 [citado 25 de abril de 2023];32(3). Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420864013>
9. Cerda JJO, Herrera DS, Miranda ÓAR, Legaspi JMO. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. 2018;(3):7.
10. Rubin RR. Psychotherapy and Counselling in Diabetes Mellitus. En: *Psychology in Diabetes Care [Internet].* John Wiley & Sons, Ltd; 2000 [citado 12 de mayo de 2023]. p. 235-63. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/0470846569.ch9>
11. Park S, Park K. Association between the level of adherence to dietary guidelines and depression among Korean patients with type 2 diabetes mellitus. *J Psychosom Res.* 1 de junio de 2021;145:110463.
12. Cia Puyuelo AC. Ansiedad y depression, consulta de enfermería de atención primaria.
13. Pichot P, Aliño JJLI, Miyar MV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
14. Jiménez MA, Sánchez NG, Sáiz RE. DEPRESIÓN Y ANSIEDAD. :7.
15. World Health Organization. Organización Mundial de la Salud. Depression and Other Common Mental Disorders Global Health Estimates. 2017 [Internet]. World Health Organization; 2017. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
16. C. Soutullo Esperón, C. Collins. Depresión mayor en niños y adolescentes | *Pediatría integral [Internet].* 2022 [citado 25 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2022-03/depresion-mayor-en-ninos-y-adolescentes/>
17. S. López Chamón. Manifestaciones clínicas de la depresión. Sintomatología: síntomas afectivos, de ansiedad, somáticos, cognitivos y conductuales [Internet]. 2006 [citado 11 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-X1138359306908115>
18. Hasin DS, Sarvet AL, Meyers JL, Saha TD, Ruan WJ, Stohl M, et al. Epidemiology of Adult DSM-5 Major Depressive Disorder and Its Specifiers in the United States. *JAMA Psychiatry.* abril de 2018;75(4):336-46.
19. American Psychiatric Association, editor. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2014. 438 p.

20. Park M, Reynolds CF. Depression among older adults with diabetes mellitus. *Clin Geriatr Med.* febrero de 2015;31(1):117-37.
21. Lustman PJ, Griffith LS, Freedland KE, Kissel SS, Clouse RE. Cognitive Behavior Therapy for Depression in Type 2 Diabetes Mellitus. *Ann Intern Med.* 15 de octubre de 1998;129(8):613-21.
22. Katherine Semenkovich, Miriam E. Brown, Dragan M. Svrakic, Patrick J. Lustman. Depression in Type 2 Diabetes Mellitus: Prevalence, Impact, and Treatment | SpringerLink [Internet]. [citado 28 de abril de 2023]. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s40265-015-0347-4>
23. B. Weber, U. Schweiger, M. Deuschle, I. Heuser. Major depression and impaired glucose tolerance. *Exp Clin Endocrinol Diabetes.* 2000;
24. Rosas-MatÃ- as J, Villanueva-Bejarano A, Pantani-Romero F, Lozano-Vargas A, Ticse-Aguirre R. Frecuencia de depresiÃ- n y ansiedad no diagnosticadas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la consulta externa de un hospital general de Lima, PerÃ- o. *Rev Neuro-Psiquiatr.* julio de 2019;82(3):166-74.
25. SÃ- nchez-Cruz JF, HipÃ- lito-LÃ- onzo A, Mugartegui-SÃ- nchez SG, YÃ- ñez-GonzÃ- lez RM. EstrÃ- s y depresiÃ- n asociados a la no adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Aten Fam.* 1 de abril de 2016;23(2):43-7.
26. RevisiÃ- n de tests de mediciÃ- n del cumplimiento terapÃ- utico utilizados en la prÃ- ctica clÃ- nica [Internet]. [citado 28 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-pdf-13125407>
27. PagÃ- s-Puigdemont N, Valverde-Merino MI. MÃ- todos para medir la adherencia terapÃ- utica. *Ars Pharm Internet.* 14 de septiembre de 2018;59(3):163-72.
28. Guerrero MH, Enciso DR, Stefhany T. Factores Asociados a DepresiÃ- n En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2 En Hospital PNP Luis N. Saenz 2019.
29. BeltrÃ- n MDC, Freyre MÃ- A, HernÃ- ndez-GuzmÃ- n L. El Inventario de DepresiÃ- n de Beck: Su validez en poblaciÃ- n adolescente. *Ter PsicolÃ- gica.* abril de 2012;30(1):5-13.





## Consentimiento informado (ANEXO 1)

### Consentimiento informado (ANEXO 1)

Mediante la presente se le invita a usted participar en un estudio de investigación, que tiene como propósito determinar si la depresión es un factor de riesgo para la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus.

**Título del estudio:** DEPRESIÓN COMO FACTOR DE RIESGO EN LA ADHERENCIA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN EL HOSPITAL DE CAMANÁ 2023.

**Investigador(a):** Cesar Alonso Ticona Flores.

**Institución:** Universidad Católica de Santa María.

#### **Propósito del estudio:**

Lo estamos invitando a participar en un estudio que se realizará en la ciudad de Camaná, con el fin de conocer si la depresión es un factor de riesgo para la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus. Este es un estudio realizado con respaldo de la Universidad Católica de Santa María.

#### **Participación voluntaria:**

Luego de terminar de revisar este consentimiento, usted es la única persona que decide si desea participar en el estudio. Su participación es completamente voluntaria.

#### **Procedimientos:**

1. Una vez que tengamos la autorización del consentimiento informado, procederemos a recopilar los datos principales del paciente, mediante la Ficha de Recolección de Datos.
2. Se aplicará la escala correspondiente de depresión y ansiedad.
3. Se procesará la información obtenida por medio de la Ficha de Recolección de Datos y la escala correspondiente, por medio de un Software Estadístico.

#### **Riesgos y procedimientos para minimizar los riesgos:**

El siguiente estudio, no conlleva ningún tipo de riesgo, debido a que se basa exclusivamente en la recopilación de la información, organización y proceso de la misma.

#### **Costos y compensación:**

No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

#### **Beneficios:**

Puede ser que no haya un beneficio inmediato para usted por participar de este estudio. Sin embargo, usted estará contribuyendo decisivamente a determinar si la depresión es un factor de riesgo para la adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus.

#### **Confidencialidad:**

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres, en una plataforma segura. Sólo los investigadores tendrán acceso a las bases de datos. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participaron en este estudio.

**Contacto:**

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio, el personal asignado, puede responder preguntas adicionales sobre los ítems en cuestión o cualquier procedimiento, por favor contacte a **Cesar Alonso Ticona Flores**, investigador responsable, al siguiente correo electrónico: **cesar\_ito\_9@hotmail.com**

Si a pesar de ello, continua con dudas acerca de los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente, puede contactar con la Dra. Agueda Muñoz del Carpio Toia, Presidenta del Comité Institucional de Ética en Investigación, de la Universidad Católica de Santa María, llamar al siguiente número: (054) 251210 o al siguiente link: <https://www.ucsm.edu.pe/>

Una copia de este Consentimiento Informado, le será otorgada.

**Uso futuro de la información:**

Deseamos almacenar los datos recaudados en esta investigación. Estos datos podrán ser usados para investigaciones futuras, de explotación de estas variables con otras del contexto prospectivo, o continuar con estudios comparativos multipaís. Estos datos almacenados no tendrán nombres ni otro dato personal, sólo serán identificables con códigos.

Si no desea que los datos recaudados en esta investigación permanezcan almacenados ni utilizados posteriormente, aún puede seguir participando del estudio. En ese caso, terminada la investigación sus datos serán eliminados.

Previamente al uso de sus datos en un futuro proyecto de investigación, ese proyecto contará con el permiso del Comité Institucional de Ética en Investigación UCSM.

Autorizo a tener mis datos almacenados por 5 años para un uso futuro en otras investigaciones. (Después de este periodo de tiempo se eliminarán).

SI ( ) NO ( )

---

Firma del Participante

Nombre:

DNI:

Fecha:

### Test Morisky – Green – Levine (ANEXO 2)

Marque la alternativa que se asemeje a su situación actual

- |   |       |
|---|-------|
| 1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad? | Sí No |
| 2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?                        | Sí No |
| 3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?              | Sí No |
| 4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?                 | Sí No |



## Inventario de Beck (BDI II) (ANEXO 3)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito)

### 1. Tristeza

0. No me siento triste.
1. Me siento triste gran parte del tiempo
2. Me siento triste todo el tiempo.
3. Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

### 2. Pesimismo

0. No estoy desalentado respecto del mi futuro.
1. Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
2. No espero que las cosas funcionen para mí.
3. Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

### 3. Fracaso

0. No me siento como un fracasado.
1. He fracasado más de lo que hubiera debido.
2. Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
3. Siento que como persona soy un fracaso total.

### 4. Pérdida de Placer

0. Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto.
1. No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo.
2. Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
3. No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

### 5. Sentimientos de Culpa

0. No me siento particularmente culpable.
1. Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
3. Me siento culpable todo el tiempo.

### 6. Sentimientos de Castigo

0. No siento que este siendo castigado
1. Siento que tal vez pueda ser castigado.
2. Espero ser castigado.
3. Siento que estoy siendo castigado.

#### **7. Disconformidad con uno mismo.**

0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.

1. He perdido la confianza en mí mismo.

2. Estoy decepcionado conmigo mismo.

3. No me gusto a mí mismo.

#### **8. Autocrítica**

0. No me critico ni me culpo más de lo habitual

1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo

2. Me critico a mí mismo por todos mis errores

3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

#### **9. Pensamientos o Deseos Suicidas**

0. No tengo ningún pensamiento de matarme.

1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría

2. Querría matarme

3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

#### **10. Llanto**

0. No lloro más de lo que solía hacerlo.

1. Lloro más de lo que solía hacerlo

2. Lloro por cualquier pequeñez.

3. Siento ganas de llorar, pero no puedo.

#### **11. Agitación**

0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.

1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.

2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto

3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

#### **12. Pérdida de Interés**

0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.

3. Me es difícil interesarme por algo.

#### **13. Indecisión**

0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones

3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

#### **14. Desvalorización**

0. No siento que yo no sea valioso

1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme

2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.

3. Siento que no valgo nada.

#### **15. Pérdida de Energía**

0. Tengo tanta energía como siempre

1. Tengo menos energía que la que solía tener.

2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

### **16. Cambios en los Hábitos de Sueño**

- 0. No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.
- 1a. Duermo un poco más que lo habitual.
- 1b. Duermo un poco menos que lo habitual.
- 2a. Duermo mucho más que lo habitual.
- 2b. Duermo mucho menos que lo habitual.
- 3a. Duermo la mayor parte del día.
- 3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

### **17. Irritabilidad**

- 0. No estoy tan irritable que lo habitual.
- 1. Estoy más irritable que lo habitual.
- 2. Estoy mucho más irritable que lo habitual.
- 3. Estoy irritable todo el tiempo.

### **18. Cambios en el Apetito**

- 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1<sup>a</sup>. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.
- 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.
- 2a. Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.
- 3a. No tengo apetito en absoluto.
- 3b. Quiero comer todo el día.

### **19. Dificultad de Concentración**

- 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.

- 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3. Encuentro que no puedo concentrarme.

### **20. Cansancio o Fatiga**

- 0. No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.
- 1. Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.
- 2. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.
- 3. Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

### **21. Pérdida de Interés en el Sexo**

- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3. He perdido completamente el interés en el sexo.

PUNTAJE TOTAL

Ficha de recolección de datos (ANEXO 4)

Edad (años)		
Sexo	Masculino	
	Femenino	
Estado civil	Soltero/a	
	Casado/a	
	Viudo/a	
	Divorciado/a	
Ocupación	Hogar	
	Empleado	
	Independiente	
	Desempleado	
Educación	Sin estudios	
	Primario incompleto	
	Primario completo	
	Secundario incompleto	
	Secundario completo	
	Técnico incompleto	
	Técnico completo	
	Superior incompleto	
Superior completo		



## COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



### DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 15 de mayo de 2023

Investigador Cesar Alonso Ticona Flores

Presente. -

De mi especial consideración.

Me dirijo a usted para hacerle llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

**TÍTULO:** “Depresión Como Factor De Riesgo En La Adherencia De Tratamiento En Pacientes Con Diabetes Mellitus En El Hospital De Camaná 2023”.

Investigador a cargo de la investigación: Cesar Alonso Ticona Flores.

**TIPO Y DISEÑO:** Observacional, de correlación, transversal, analítico.

**OBJETIVO:** La investigación tiene como objetivo: Analizar la relación entre la depresión y la adherencia terapéutica en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus que acuden al servicio de DNT del hospital de Camaná en el mes de abril del 2023.

**PROCEDIMIENTOS:** Ficha de recolección de datos.

#### **SUJETOS DE ESTUDIO:**

Pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus que acuden a su control en DNT en el hospital de Camaná.



## COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



### DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

**RIESGO DEL ESTUDIO:**

Mínimo

**OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:**

Debe proteger confidencialidad de la data sensible

**DICTAMEN:**

***DICTAMEN FAVORABLE***  
***069 - 2023***



Águeda Muñoz del Carpio Toia  
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: [comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com](mailto:comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com)

# DEPRESIÓN COMO FACTOR DE RIESGO EN LA ADHERENCIA DE TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS EN EL HOSPITAL DE CAMANÁ 2023

## INFORME DE ORIGINALIDAD

15%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

12%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

## FUENTES PRIMARIAS

1	<a href="https://tesis.ucsm.edu.pe">tesis.ucsm.edu.pe</a> Fuente de Internet	3%
2	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	3%
3	<a href="http://www.scielo.org.pe">www.scielo.org.pe</a> Fuente de Internet	2%
4	<a href="https://repositorio.ucv.edu.pe">repositorio.ucv.edu.pe</a> Fuente de Internet	2%
5	<a href="https://repositorio.upch.edu.pe">repositorio.upch.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
6	<a href="https://revistas.upch.edu.pe">revistas.upch.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
7	<a href="https://repositorio.upsjb.edu.pe">repositorio.upsjb.edu.pe</a> Fuente de Internet	1%
8	Submitted to Universidad de San Martín de Porres	1%



dspace.uazuay.edu.ec  
Fuente de Internet

1 %

---

Excluir citas

Apagado

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Apagado