

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

Depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en dos centros de salud, Chiclayo

Para obtener el Título Profesional de Médico(a) Cirujano(a)

Línea de Investigación: Ciencias de la Salud

Bach. Maza Milian, Natali Gisela

Bach. Romero Julca, José Joaquín

Asesora metodológica y temática:

Dra. Blanca Santos Falla Aldana

Lambayeque - Perú

2024

APROBADO POR:



Dr. Alfonso Heredia Delgado

PRESIDENTE



Dr. Julio César Villanueva Ángeles

SECRETARIO



Dr. Miguel Ángel Marcelo Vereau

VOCAL



MiEsSalud POLICLINICO
AGUSTIN GARCIA SALCEDO-LAMBAYEQUE

Dra. Blanca Santos Falla Aldana
C.O. 15357
MÉDICO GENERAL

ASESORA METODOLÓGICA Y TEMÁTICA

ACTA DE SUSTENTACIÓN Nº 012-2024-FMH-UNPRG

Siendo las 20:00 horas del día 07 de marzo del 2024, se reunieron los miembros de jurado evaluador designados por Resolución N° 009-2024-VIRTUAL-FMH-D; reconfirmada con Resolución N° 062-2024-VIRTUAL-FMH-D; por los siguientes docentes:

Presidente: ALFONSO HEREDIA DELGADO
Secretario: JULIO CESAR VILLANUEVA ANGELES
Vocal: MIGUEL ANGEL MARCELO VERAU

Con la finalidad de evaluar y calificar la sustentación la tesis titulada:
"DEPRESIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN DOS CENTROS DE SALUD, CHICLAYO"

cuyo autor es el (los) bachiller (es):

MAZA MILIAN, NATALI GISEL y ROMERO JULCA, JOSÉ JOAQUÍN.


Teniendo como Asesor Metodológico y Temático **DRA. BLANCA SANTOS FALLA ALDANA.**

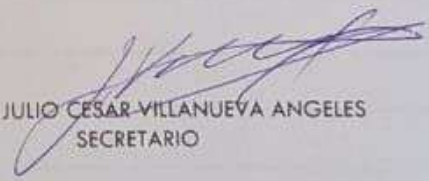
El acto de sustentación fue autorizado por Resolución N° 083-2024-VIRTUAL-FMH-D de fecha 04 de marzo del 2024


Después de la sustentación y absueltas las preguntas y observaciones de los miembros de jurado se procedió a la calificación respectiva otorgándole la calificación de 17 (diecisiete) en escala vigesimal y 87 (ochenta y siete) en la escala centesimal Nivel: BUENO

Por lo que quedan APTOS para optar el título profesional de Médico Cirujano de acuerdo con la Ley Universitaria 30220 y la normatividad vigente de la Facultad de Medicina Humana y la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Siendo las 21:00 horas se da por concluido el presente acto académico, dándose conformidad al presente acto, con la firma de los miembros del jurado.


DR. ALFONSO HEREDIA DELGADO
PRESIDENTE


DR. JULIO CESAR VILLANUEVA ANGELES
SECRETARIO


DR. MIGUEL ANGEL MARCELO VERAU
VOCAL





Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega: **Natali Maza**
Título del ejercicio: **DEPRESIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES ...**
Título de la entrega: **DEPRESIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES ...**
Nombre del archivo: **INFORME_DE_TESIS__MAZA_MILIAN_-_ROMERO_JULCA_1.docx**
Tamaño del archivo: **361.89K**
Total páginas: **54**
Total de palabras: **14,224**
Total de caracteres: **78,184**
Fecha de entrega: **03-mar.-2024 05:31p. m. (UTC-0500)**
Identificador de la entrega: **2310491862**

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS
"DEPRESIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN
DOS CENTROS DE SALUD, CHICLAYO"

Para obtener el título de Médicos Cirujanos
Línea de Investigación: Ciencias de la Salud

INVESTIGADORES:

Maza Milian, Natali Gisel
Romero Julca, José Joaquín

ASESORA METODOLÓGICA Y TEMÁTICA:

Dra. Blanca Nieves Falla Aldana

Lambayeque - Perú
2024

Derechos de autor 2024 Turnitin. Todos los derechos reservados.

Dra. Blanca Falla Aldana
C.M.P. 15357
MÉDICO GENERAL

DEPRESIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN DOS CENTROS DE SALUD, CHICLAYO"

INFORME DE ORIGINALIDAD

14%

INDICE DE SIMILITUD

15%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
2	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	2%
3	Submitted to Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo Trabajo del estudiante	1%
4	repositorio.urp.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
6	1library.co Fuente de Internet	1%
7	dspace.unl.edu.ec Fuente de Internet	1%
8	repositorio.unid.edu.pe	


Dra. Blanca Falla Aldana
C.M.P. 15167
MÉDICO GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS

Yo, DRA. BLANCA SANTOS FALLA ALDANA, asesora de tesis del trabajo de investigación de los estudiantes, NATALI GISEL MAZA MILIAN y JOSÉ JOAQUÍN ROMERO JULCA.

Titulada:

"DEPRESIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN DOS CENTROS DE SALUD, CHICLAYO"

Luego de la revisión exhaustiva del documento constato que la misma tiene un índice de similitud de **14%** verificable en el reporte de similitud del programa Turnitin.

La suscrita analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Lambayeque, 04 de marzo de 2024

 **POLICLINICO**
AGUSTIN GAVIDIA SALCEDO-LAMBAYEQUE



Dra. Blanca Falla Aldana
C.M.P. 15357
MÉDICO GENERAL

ASESORA

Dra. Blanca Santos Falla Aldana

DNI: 16463029

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Nosotros, Natali Gisel Maza Milian y José Joaquín Romero Julca, investigadores principales, y Dra. Blanca Santos Falla Aldana, asesora del trabajo de investigación “DEPRESIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN DOS CENTROS DE SALUD, CHICLAYO”, declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrara lo contrario, asumimos responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar que pueda conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 4 de marzo de 2024



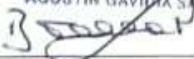
NATALI GISEL MAZA MILIAN

Investigadora principal



JOSÉ JOAQUÍN ROMERO JULCA

Investigador principal



BLANCA SANTOS FALLA ALDANA

C.M.P. 15357
MÉDICO GENERAL

Asesora

Lambayeque, Marzo 2024

DEDICATORIA

Dedico a Dios y a mi familia, por ser fortaleza durante el transcurso de la carrera profesional, brindándome apoyo incondicional y guiándome por un buen camino convirtiendo así en hermosa esta etapa.

Natali Gisel Maza Milian

Dedicado a mis padres, por el apoyo brindado durante todo este tiempo y ser parte fundamental de la motivación que ha permitido la culminación de la carrera profesional y el inicio de la práctica en la medicina humana.

José Joaquín Romero Julca

ÍNDICE

ÍNDICE DE TABLAS.....	vii
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO	4
ANTECEDENTES	4
BASE TEÓRICA.....	7
DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES.....	16
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	17
CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS	18
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	18
POBLACIÓN Y MUESTRA	18
CÁLCULO DE TAMAÑO MUESTRAL.....	19
TÉCNICAS, INSTRUMENTOS, EQUIPOS Y MATERIALES.....	19
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS	21
ASPECTOS ÉTICOS	21
CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	23
RESULTADOS	23
DISCUSIÓN.....	28
CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES.....	32
CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES.....	33
BIBLIOGRAFÍA	34
ANEXOS	40

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Factores relacionados con la falta de adherencia	14
Tabla 2. Características epidemiológicas de los pacientes con diabetes mellitus tipo de 2, según procedencia de centro de salud	23
Tabla 3. Características epidemiológicas de los pacientes con diabetes mellitus tipo de 2 de los centros de salud “Cerropon” y “Fernando Carbajal Segura – El Bosque” en relación a la adherencia al tratamiento	25
Tabla 4. Características epidemiológicas de los pacientes con diabetes mellitus tipo de 2 de los centros de salud “Cerropon” y “Fernando Carbajal Segura – El Bosque” en relación a la presencia o no de depresión	26
Tabla 5. Adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y presencia de depresión	27
Tabla 6. Asociación entre adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y presencia de depresión	27

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar si existe asociación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos por Consultorio Externo de los Centros de Salud Nivel I-3: “Cerropon” y “Fernando Carbajal Segura – El Bosque” en Chiclayo, 2024. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio cualitativo, transversal y analítico, en una muestra de 114 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 pertenecientes a los centros de salud mencionados que respondieron dos encuestas para determinar el grado de adherencia al tratamiento y presencia o no de depresión. La información recolectada fue compilada en el programa Microsoft Excel 2016, elaborándose la base de datos; posteriormente, mediante el programa STATA 16, se realizó el análisis estadístico. **RESULTADOS:** De la población encuestada, hubo predominio del sexo femenino con 64,91% ($n = 74$), pertenecían a la etapa de vida adulto mayor con 65,79% ($n = 75$) y presentaban más de cinco años de diagnóstico de enfermedad en 71,05% ($n = 81$). Respecto a la variable depresión, la presenta el 30,70% ($n = 35$); mientras que en relación con la variable adherencia al tratamiento, el 38,60% ($n = 44$) presenta una buena adherencia, 35,96% ($n = 51$) presentó parcial adherencia y 16,67% ($n = 19$) presentó una mala adherencia. Al relacionar ambas variables, se obtuvo un valor de chi cuadrado de 11,30, con un valor $p = 0,004$ ($p < 0,05$). **CONCLUSIONES:** La presencia de depresión influye en la adherencia al tratamiento de manera negativa, llevando a un peor desenlace.

Palabras claves: Diabetes mellitus tipo 2, depresión, adherencia, salud mental (Fuente: DeCS)

ABSTRACT

OBJETIVE: To determine if there is an association between depression and adherence to treatment in patients with Type 2 Diabetes Mellitus treated to consulting out room of the health centers level I-3: “Cerropon” and “Fernando Carbajal Segura – El Bosque” in Chiclayo, 2024. **MATERIALS AND METHODS:** A qualitative, transversal and analytical study was carried out, in a sample of 114 patients with type 2 diabetes mellitus belonging to the aforementioned health centers who responded to two surveys to determine the degree of adherence to treatment and presence or absence of depression. The information collected was compiled in the Microsoft Excel 2016 program, creating the database; Subsequently, using the STATA 16 program, the statistical analysis was performed. **RESULTS:** Between the population surveyed, there was a predominance of the female sex with 64,91% (n=74), they belonged to older adult life stage with 65,79% (n=75) and had been diagnosed with the disease for more than five years in 71,05% (n=81). About the depression variable, it is present to 30,70% (n=35); while in relation to the treatment adherence variable, 38,60% (n=44) presented good adherence, 35,96% (n=51) presented partial adherence and 16,67% (n=19) presented poor adherence. By relating both variables, a chi square value of 11,30 was obtained, with a p-value = 0,004 ($p < 0,05$). **CONCLUSIONS:** The presence of depression influence treatment adherence in a negative way, leading to a worse outcome.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, depression, adherence, mental health (Source: MeSH)

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Mellitus es una enfermedad endocrino-metabólica que, desde la industrialización y junto con la globalización, ha incrementado significativamente a nivel mundial, convirtiéndose en un relevante problema de salud pública en países tanto con altos y bajos ingresos. Esta patología conlleva a la disminución de la salud física y mental, debido a la cantidad de complicaciones desarrolladas a corto y largo plazo en las que deriva, siendo lo más comúnmente reportado por quienes la padecen las relacionadas con el ámbito físico y desplazando a un segundo plano lo concerniente a la salud mental. Recalcar que, la morbilidad y mortalidad que esta implica ha aumentado en nuestros días, esto debido a un inadecuado control metabólico por parte de la persona diagnosticada con esta enfermedad (1).

El Perú, según el último reporte de la Sala Situacional de Salud en el 2023 a través del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú), reporta un total de 16 383 personas diagnosticadas con esta enfermedad en aquel año. De estas, se encontró que 10 183 (62,16%) eran mujeres, 579 (3,53%) correspondían a la edad adulta y 15 783 (96,34%) a la edad adulta mayor. En relación a los tipos de diabetes notificados, se presentan 15 784 (96,34%) con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, mientras que 533 (3,25%) fueron reportados como diabetes gestacional y 66 (0,4%) como otros tipos de diabetes (2).

Por su parte, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) reportó en el 2022 que el 5,1% de la población mayor o igual a 15 años fue diagnosticada de diabetes mellitus, concentrándose el mayor porcentaje en la costa (6%). Además, menciona que del total de pacientes diagnosticados, solo el 69,4% refirió llevar tratamiento médico en los últimos 12 meses (3).

Desde un enfoque holístico, el control metabólico de un paciente con diabetes mellitus no solo depende del cumplimiento de medidas recomendadas por el personal de salud, sino que se ve influenciado por otras condiciones externas o internas relacionadas a la vida del paciente, las cuáles se pueden agrupar como factores sociales, económicos y psicológicos (4). Si bien es cierto, se propone el enfoque de tratamiento multidisciplinario para un mejor manejo de la persona diagnosticada con diabetes, es la salud mental muchas veces subestimada o solo se toma en cuenta en casos severos de la enfermedad, no

realizándose un tamizaje general sobre enfermedades que puedan afectarla como la depresión, ansiedad, estrés, etc. (5).

Además, la salud mental juega un papel central en patologías crónicas como la diabetes mellitus, ya que mientras esta se mantenga controlada, los cambios conductuales del paciente para el tratamiento de su patología presentan considerables mejoras. Por otro lado, el deterioro físico del paciente también puede empeorar la salud mental del mismo, con lo que se reduce la probabilidad de un adecuado control metabólico (6).

La Dirección Ejecutiva de Enfermedades No Transmisibles, reportó que uno de cada cinco individuos presenta sintomatología asociada a depresión en el Perú, según el cuestionario ENDES 2015. Asimismo, se evidenció que la existencia de algún grado de depresión se relacionaba a enfermedades crónicas concomitantes como hipertensión arterial, diabetes o ingesta de bebidas alcohólicas. A partir de eso, se infiere que la presencia de sintomatología depresiva incrementa en población diagnosticada con diabetes en contraste con quienes no la presentan (7).

Con respecto a la relación que se encuentra específicamente entre la depresión y la diabetes mellitus, el desenlace resulta perjudicial. La presencia de depresión está vinculada a tasas más elevadas de complicaciones en la diabetes, mayor discapacidad y pérdida de años de vida. En consonancia con otros trastornos mentales, las causas de muerte no muestran diferencias significativas en comparación con la población que no padece un trastorno depresivo (8). Estudios han demostrado un incremento en discapacidad funcional, y aumento de los costos de tratamiento en pacientes con diabetes y depresión que con diabetes por sí sola. Además, la presencia de depresión en personas con diabetes conduce a un peor autocuidado, incluida la falta de atención física, ejercicio irregular, incumplimiento de la dieta y una ingesta irregular de medicamentos con cualquier propósito. Esto aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares y complicaciones vasculares, tanto microvasculares como macrovasculares (5,8)

Debido a lo anterior, el presente estudio busca establecer la existencia de asociación entre la depresión y el grado de adherencia al tratamiento (farmacológico y no farmacológico), con el fin de que se pueda brindar, dentro de este control multidisciplinar, una adecuada atención psicológica al paciente con diabetes mellitus, así como permitir plantear estrategias preventivo-promocionales sobre este tema, con el fin de mejorar las conductas saludables.

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Existe asociación entre depresión y adherencia al tratamiento en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos por Consultorio Externo de los Centros de Salud Nivel I-3: “Cerropon” y “Fernando Carbajal Segura – El Bosque” en Chiclayo, 2024?

HIPÓTESIS

- H0: No existe asociación entre depresión y adherencia al tratamiento en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos por Consultorio Externo de los Centros de Salud Nivel I-3: “Cerropon” y “Fernando Carbajal Segura – El Bosque” en Chiclayo, 2024.
- H1: Existe asociación entre depresión y adherencia al tratamiento en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos por Consultorio Externo de los Centros de Salud Nivel I-3: “Cerropon” y “Fernando Carbajal Segura – El Bosque” en Chiclayo, 2024.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar si existe asociación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos por Consultorio Externo de los Centros de Salud Nivel I-3: “Cerropon” y “Fernando Carbajal Segura – El Bosque” en Chiclayo, 2024.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar las características epidemiológicas de los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos por Consultorio Externo de los Centros de Salud Nivel I-3: “Cerropon” y “Fernando Carbajal Segura – El Bosque”, 2024.
- Determinar la proporción de buena adherencia al tratamiento y sin este, en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos por Consultorio Externo de los Centros de Salud Nivel I-3: “Cerropon” y “Fernando Carbajal Segura – El Bosque”, 2024.
- Determinar la proporción de depresión y sin este, en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos por Consultorio Externo de los Centros de Salud Nivel I-3: “Cerropon” y “Fernando Carbajal Segura – El Bosque”, 2024.

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO

ANTECEDENTES

Vásquez y col (2020), elaboraron un estudio descriptivo y transversal. Se planteó por objetivo identificar algunos factores relacionados con la depresión en pacientes diabéticos y su efecto en el control glucémico. Por resultados se obtuvo que la frecuencia con la cual se llegaría a expresar sintomatología como depresión y de alteraciones depresivas en consultorio externo fue de 32,3% y 24,3%, respectivamente. Asimismo, se encontró que tanto el ser mujer, pérdida del cónyuge o divorciado, no realizar un oficio fuera de casa ($p < 0,05$) son los principales factores asociados a la depresión. Se concluye que la frecuencia con la cual se manifiesta la depresión en pacientes con diabetes mellitus está incrementada y se encuentra relacionada a constantes sociodemográficas, con eventos vitales y con un mal control glucémico (9).

Rondón y col (2021) elaboraron un estudio prospectivo, transeccional. El objetivo planteado fue determinar el modelo en diabetes que posea una mejor precisión: aquel donde la adherencia al tratamiento predice la depresión o aquel en que la depresión es el predictor de la adherencia. Obteniéndose los siguientes resultados; en la población estudiada existe poca presencia de sintomatología depresiva pero sí se logró observar una considerable variabilidad en la existencia de pacientes con un nivel moderado a grave de depresión. En conclusión, en lo referente adherencia y depresión se encontró lo contrario a lo esperado pues se observó que pacientes con una adecuada adherencia tenían mayores incidencias de sintomatología depresiva (10).

Palacio (2021) elaboró un estudio observacional, transversal y comparativo. El objetivo del estudio fue determinar si se encuentran relacionados la depresión y distrés con la adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo II. Se obtuvo por resultados que, al dicotomizar la variable paciente con depresión, de los individuos que no se adhieren al tratamiento, el 44,7% mostró un cuadro depresivo, mientras que de los individuos que sí se adhieren al tratamiento fue del 7,2%, mostrando una diferencia con criterios estadísticos relevantes, con un OR de 2,4 (IC 95%; 1,99 - 3,05), se observa en general que los pacientes que no se adhieren al tratamiento presentan el doble de posibilidad de cursar con depresión en comparación con los de una adecuada adherencia. Se concluye que existen diferencias estadísticas significativas en cuanto a pacientes que presentan

depresión y no tienen adherencia al tratamiento, por lo que se resalta el hecho de efectuar un adecuado manejo integral del paciente con diabetes mellitus (11).

Rodríguez y col (2020) desarrolló una investigación observacional básica de tipo analítico transversal. El cual se planteó el objetivo de encontrar la relación existente entre la depresión y la adherencia al tratamiento de personas con diabetes tipo 2. Por resultados se obtuvo que el 84,6% padecían algún grado de depresión y solo el 15,4% no la padecían. Además, el grado de depresión con mayor prevalencia fue la depresión grave obteniendo un 39,2%. Asimismo, se evidencio destacables diferencias entre los pacientes con mal control y buen control, presentando mayor incidencia los pacientes con un mal control en todos los grados de depresión. Por lo cual concluyen que se encuentra una relación directa entre la depresión y la adherencia a la terapéutica en los pacientes evaluados en la investigación (12).

Constantino y col (2014) realizaron un estudio descriptivo transversal. El objetivo primordial fue evaluar la frecuencia de ansiedad y depresión y sumado a esto indagar sobre si se asocia con un adecuado manejo de glucemia en individuos con diabetes tipo 2. Se obtuvo lo siguiente: la relación entre depresión y control glucémico fue de 44,07% pacientes no controlados con depresión y 13,7% pacientes controlados con depresión; no se halló una relación entre el manejo adecuado de glicemia y paciente con depresión (RP = 0,94, IC95% 0,83-1,07, $p > 0,05$). En cuanto a HbA1c y glucosa en ayunas no se encontró diferencia de resultados entre los pacientes con diabetes con y sin criterios depresivos ($p = 0,97$ y $0,15$). Se concluye que existe un mayor número de pacientes con diabetes y depresión, no se logra encontrar una relación directa entre la depresión y el control glucémico del paciente con diabetes (13).

Quedena (2018) realizó un estudio tipo observacional, transversal, analítico. El objetivo del estudio se enfocó en determinar la asociación que existe entre la depresión y la adherencia al tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos por consultorio externo. Se obtuvo un 67,6% de participantes que sí cumplían con su tratamiento, en tanto que el 23,9% no cumplían con el tratamiento indicado, en cuanto el porcentaje restante se encontraba en inicio de su terapia médica. Evaluando depresión se encontró un 47,88% de pacientes con depresión moderada; el 22,53% padecía de una depresión intermitente, 14,08% de pacientes con depresión leve, el 8,45% presentaba altibajos; por último, el 7,4% padecía depresión grave. Concluyendo que, aunque se observó una alta incidencia de adherencia al tratamiento también se presentó depresión

en casi la mitad de los participantes evaluados, cabe resaltar que ninguno de ellos con depresión extrema (14).

Loo (2019) elaboró un estudio de corte transversal, observacional y analítico. El objetivo planteado fue determinar la frecuencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su interacción con el control glucémico de los pacientes. Los resultados presentan que al correlacionar depresión con glicemia se obtuvo que el 14,5% de los pacientes con depresión presentaban glicemia no controlada en tanto los pacientes sin depresión y glicemia no controlada eran 22,9%. En lo referente a pacientes con glicemia controlada los resultados fueron 12,2% y 50,4% para depresión y sin depresión respectivamente. Concluyendo que existe mayor presencia de depresión en pacientes que no poseen un adecuado control glucémico sea por motivos de una inadecuada adherencia al tratamiento o por falta de apoyo de la red profesional al brindar el manejo terapéutico o por otros factores sociodemográficos fuera del alcance del profesional sanitario (15).

BASE TEÓRICA

Diabetes mellitus

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como una enfermedad crónica de origen metabólico, la cual su fisiopatología gira en relación a la elevación de glucosa en sangre, debido a defectos asociados a la deficiencia en la insulina, sea su déficit parcial o total y/o de su acción (1).

La importancia en salud pública de esta enfermedad crónica no transmisible es debido a la morbilidad asociada. Es así que presenta complicaciones agudas como cetoacidosis diabética, estado hiperosmolar hiperglicémico e hipoglicemia, además complicaciones crónicas que se clasifican: macrovasculares (p. ej. enfermedad vascular periférica, cardiopatía isquémica, accidente cerebrovascular) y microvasculares (p. ej. retinopatía, nefropatía y neuropatía periférica) (16).

Alrededor del mundo, las cifras de pacientes que viven con diabetes han incrementado de 108 millones a 420 millones en las últimas tres décadas, de los cuales 62 millones de estos pacientes habitan en el continente americano. Se estima también que alrededor 1 de cada 11 adultos entre los 20 a 79 años (aproximadamente 415 millones) padecen de diabetes tipo 2 alrededor de todo el mundo. Sin embargo, las cifras podrían ser mayores y no demostrar la real carga global que representa la diabetes mellitus (16,17).

Este incremento en la cantidad de casos diagnosticados presenta diversas causas, entre los que se pueden resaltar algunos factores de riesgo como el estilo de vida (sedentarismo) y los genéticos (18).

La diabetes tiene por característica que en algún punto de su evolución ocurre destrucción o alteración del tejido celular pancreático, esto resulta primordial para explicar la fisiopatología de la enfermedad. El páncreas, pasado la etapa de juventud, no es capaz de reemplazar dichas células productoras de insulina. Asimismo, existen varios mecanismos que podrían precipitar este detrimento en la funcionalidad o la destrucción total de las células beta, entre ellas tenemos algunas como la carga genética del paciente, los procesos epigenéticos, insulinoresistencia, factores autoinmunes, enfermedades concurrentes, la inflamación y determinados factores ambientales (16).

En cuanto a la clasificación de diabetes la *American Diabetes Association* (ADA) describe 4 tipos (18):

- Diabetes tipo 1: Es de carácter autoinmune (el cuerpo destruye las células beta), lo que conlleva a una carencia total de insulina, condicionando a los pacientes a ser insulino-dependientes.
- Diabetes tipo 2: A partir de una merma gradual de la secreción y/o producción de insulina por parte de las células beta-pancreáticas, relacionada comúnmente con resistencia insulínica.
- Otras formas específicas de diabetes: se presentan los relacionados a defectos a nivel genético en la funcionalidad de la insulina, enfermedades que afecten de forma primaria al páncreas exocrino (fibrosis, pancreatitis) o enfermedades producidas por medicamentos o químicos que se ingieren por padecer otras enfermedades como en el tratamiento de VIH – SIDA o posterior a ser órgano trasplantados.
- Por último, la diabetes gestacional, suele diagnosticarse durante el embarazo entre en segundo y tercer trimestre, que no fuere expresamente una diabetes declarada antes de la gestación.

Esta enfermedad, durante su etapa inicial no suele presentar sintomatología, por lo que suele pasar desapercibida durante varios años antes de su diagnóstico. Sin embargo, en este momento ya existen desórdenes en el metabolismo, siendo los tejidos blancos con mayor afectación el páncreas endocrino (islotas), el adiposo y el musculoesquelético. Una vez que la enfermedad se vuelve sintomática, los síntomas más comunes reportados por los pacientes son: polidipsia (sed excesiva), poliuria (micción frecuente), alteraciones visuales, fatiga y la pérdida de peso (19).

El diagnóstico de esta enfermedad tiene sustento en los resultados obtenidos a través de la evaluación de los criterios de hemoglobina A1C o los criterios de glucosa plasmática, de esta manera se tienen los siguientes (18):

- Prueba de hemoglobina A1C $\geq 6,5\%$ (48 mmol/mol), efectuada en un laboratorio certificado por la NGSP (National Glycohemoglobin Standardization Program) además de contar con estándares para el ensayo DCCT. *

En la última actualización de la guía publicada por la Asociación Americana de Diabetes refieren que la hemoglobina A1C presenta más ventajas si se compara con la glicemia en ayunas y la prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTOG), una de las cuales es que no requiere un plazo de ayuno haciéndola más cómoda para el paciente, además posee una mayor estabilidad preanalítica y menores alteraciones de rutina que

pueden generar el estrés, variaciones en la alimentación o algún padecimiento. No obstante, la sensibilidad de la hemoglobina A1C presenta un punto límite designado el cual es inferior a las pruebas de glucosa, del mismo modo que resulta ser más costosas generando así menor accesibilidad para algunos pacientes. A lo anterior, se suma que en nuestro país no todos los laboratorios se encuentran validados para determinar el correcto resultado de esta prueba sérica.

- Glucosa plasmática en ayunas ≥ 126 mg/dL (7,0 mmol/L). Teniendo por definición de ayuno a la privación de consumo calórico por un intervalo mínimo de 8 horas desde la última ingesta alimentaria. *
- Prueba de tolerancia a la glucosa a las 2 h ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L). La OMS recomienda para su realización que se realice con una dosis de glucosa equivalente a 75 gr de glucosa anhidra, la cual debe ingerirse diluida en agua. *
- En un paciente que presente sintomatología clásica de hiperglicemia o algún tipo de crisis hiperglucémicas, con una glucosa al azar que sea ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L).

** En carencia de hiperglicemia irrefutable, se necesitará para el diagnóstico dos resultados de exámenes alterados de una misma muestra o, en caso contrario, de dos muestras de pruebas separadas.*

El tratamiento se basa en el manejo no farmacológico y farmacológico. El primero se realiza a través de la dieta y el cambio de estilo de vida; mientras que el segundo, con el uso de hipoglicemiantes orales e insulina.

La base del tratamiento no farmacológico es una alimentación saludable el cual tiene como fin primordial alcanzar o mantener un peso adecuado para cada paciente, sumado a una rutina de ejercicio regular, estos son los puntos clave del tratamiento. Algunas de las recomendaciones con respecto a este punto son (19,20):

- Adquirir una dieta alimentaria saludable con un balance equilibrado de los alimentos, similar a la sugerida para la población común.
- En los pacientes que presenten sobrepeso, disminuir el consumo de alimentos con un alto índice calórico con el fin de lograr reducirlo.
- Realizar ejercicio físico diario con una intensidad adecuada según la resistencia de cada paciente (es aconsejable caminatas diarias). En general, los adultos deben llevar

a cabo ejercicio físico como mínimo 150 minutos durante la semana con esfuerzo de regular a vigoroso.

- Evitar consumir tabaco e ingerir bebidas alcohólicas.

En relación al tratamiento farmacológico, algunas de las recomendaciones que se tienen sobre este son las siguientes (19,20):

- Si el paciente no consigue una glucemia adecuada mediante el tratamiento no farmacológico, la terapia a iniciar será con metformina. Esta, según estudios, no produce incremento de peso ni hipoglicemia. La dosis irá aumentando paulatinamente según normas establecidas para la diabetes.
- El inicio de la terapia con una sulfonilurea de primera o segunda generación puede ser considerado siempre y cuando el paciente presente algún efecto no deseado con la metformina o esta no sea tolerable. Recordar que la sulfonilurea, en contraste con la metformina, si puede generar incremento de masa corporal e hipoglucemia.
- Con respecto al control glicémico y resultados a largo plazo, tanto la metformina como las sulfonilureas han expresado ser las mejores opciones para iniciar terapia farmacológica.
- Si se desea un apropiado control de la diabetes mellitus, se aconseja realizar evaluaciones periódicas mediante el análisis de hemoglobina glicosilada (HbA1C), puesto que brinda una medida de glucosa plasmática promedio de 8 a 12 semanas. Si no es posible contar con este análisis, los valores de glucemia en ayunas son adecuados para sustituirla y evaluar el control glucémico para poder sustentar el tratamiento. Otra forma de evaluación sería un análisis combinado: a) glicemia en ayunas; b) glucosa plasmática postprandial, y un perfil de glicemia el cual se evaluará pre y postprandial a lo largo del día.

Si el paciente no logró un control glicémico con un solo fármaco (metformina), se continuará la intensificación del mismo de la siguiente manera (19):

- Si no se logró este objetivo mediante el uso de metformina, se debe sumar una sulfonilurea de segunda generación (preferentemente glicazida), además de una dieta saludable y ejercicio físico continuo.
- En los pacientes hiperglicémicos con síntomas, prescribir una sulfonilurea o derivarlos para el tratamiento con insulina.

- Una de las contraindicaciones del uso de sulfonilureas es la hipoglucemia, y se observa con mayor frecuencia con el uso de glibenclamida que con glicazida.

Dado el caso de que aún con el uso combinado de metformina más una sulfonilurea no se logra controlar la glicemia, el tratamiento puede intensificarse de la siguiente forma (19):

- Derivar para el tratamiento con insulina o agregar insulina al medicamento oral.
- Si no es conveniente el uso de insulina en el paciente, podría sumarse a la terapia un inhibidor del cotransportador de sodio y glucosa tipo 2 (SGLT-2), un inhibidor de la dipeptidil peptidasa 4 (DPP-4) o una tiazolidinediona (TZD). La desventaja de estos medicamentos es su elevado costo, por lo que no se indican generalmente, a excepción de los inhibidores de SGLT-2.

Depresión

La OMS describe a la depresión como una enfermedad psiquiátrica en la cual está comprometido el estado de ánimo, disminuyendo el placer o interés por las actividades que el paciente disfrutaba con anterioridad (21).

A nivel mundial la depresión afecta a un 3,8% de todos los individuos, que representa alrededor de 280 millones aproximadamente. Segregando por etapa de vida, tenemos que los adultos con depresión son alrededor del 5%, en población adulta mayor tenemos un 5,7% con depresión (22).

Esta depresión se explica como la expresión de diversas interacciones de factores (social, biológico, psicológico). Además, las personas que hayan sufrido adversidades esenciales (muerte de un familiar, pérdida de trabajo, trauma) presentan una mayor probabilidad de padecer depresión en un futuro mediato o inmediato. Asimismo, esta enfermedad puede generar una mayor carga de estrés e inestabilidad en las actividades diarias y complicar aún más la forma de enfrentar la situación adversa que esté atravesando la persona y entonces esto, como en un ciclo, no hace más que acentuar la misma depresión. Se encontró que el estado de salud y depresión tienen una relación directa, según estudios los individuos que presentan fallas cardíacas pueden generar cuadros de depresión y viceversa (21).

Entre la sintomatología que presenta esta patología tenemos: disminución de la masa corporal, incapacidad para conciliar el sueño o incremento del mismo, estados de hiperactividad o ralentización de las actividades diarias, falta de energía, tendencia a sentirse poco útil para su familia o para él mismo, incapacidad para lograr concentrarse en una actividad o disminución del pensamiento, la característica con mayor frecuencia en estos pacientes son la ideación suicida o fallecimiento (22).

El CIE-10, actualmente, agrupa dentro del diagnóstico de “episodio depresivo” (ED) a los siguientes: ED leve, ED moderado, ED grave asociado o no a síntomas psicóticos y otros episodios depresivos. Además, para su diagnóstico, la DSM-V propone como criterios que se presente un estado de ánimo depresivo en condición anormal en el paciente que se mantiene en la mayor parte del día sumado a la disminución del goce a la realización de actividades, durante casi todos los días por un mínimo de dos semanas, no asociado al consumo de alguna sustancia alucinógena o enfermedad psiquiátrica de base. Acompañado a lo anterior, debe de presentarse uno o más de los siguientes síntomas: pérdida de confianza y estima en sí mismo, culpabilidad desmedida, pensamientos o comportamientos suicidas recurrentes, disminución de la capacidad de concentración, problemas al conciliar el sueño, disminución del apetito y peso (23).

La depresión es una respuesta emocional que se encuentra relacionada frecuentemente a diversas enfermedades crónicas generando un efecto que supera al simple malestar que conlleva, dado que implica el comienzo o no de comportamientos de autocuidado y de manejo de esta afección (24).

Adherencia al tratamiento

En la literatura relacionada a este punto, existen diferentes términos que presentan confusión entre sí. Entre estos podemos mencionar a los siguientes: adherencia y cumplimiento (25).

En diversas ocasiones son tomados como sinónimos, sin embargo, su diferencia radica en la posición que toma el paciente ante su tratamiento y recomendaciones del mismo. Esto debido a que “cumplimiento” solo hace referencia al grado en el que el paciente sigue y se rige a las indicaciones del médico. Esto, según el campo de la psicología, coloca al paciente como un ente pasivo, que lo presupone incapaz de tomar decisiones propias. En

otras palabras, este término y su concepto presentan un alcance restringido en cuanto a lo complejo que resulta (25,26).

En cambio, al referirse al término de adherencia, se toma en cuenta su participación dentro del tratamiento, con el fin de cumplir un objetivo en específico. De esta manera, el paciente se implica desde el elegir un tratamiento o aceptar las indicaciones desde el inicio, así como se compromete en mantener su cumplimiento de manera rigurosa. Este término, entonces, toma en cuenta tanto la participación de quien prescribe un tratamiento, así como la del paciente (“ambas partes están en juego”), involucrando a este último en la responsabilidad sobre la toma de decisiones de su tratamiento (25,27).

El término adherencia también fue descrito por la OMS como el grado en el que el paciente mantiene una conducta que se rija a las recomendaciones del prestador de servicios de salud, en relación con la reestructuración de su estilo de vida y la toma de su medicación (28). Como se entiende de lo anterior, esta definición aborda el término “adherencia” más allá de mencionar solo la toma del medicamento.

Debido a que la adherencia al tratamiento (farmacológico y no farmacológico) es un proceso complejo y, a su vez, está influenciado por distintos factores. Algunos autores evaluaron que, para que pueda producirse esta, deben de tenerse en cuenta cuatro momentos clave: a) aceptación; b) cumplimiento; c) participación activa; d) carácter voluntario de las acciones. (26,29)

Para poder analizar adecuadamente la adherencia de un individuo a un tratamiento, no solo debe de observarse desde una sola dimensión. Este proceso presenta múltiples factores que de manera recíproca van a actuar sobre el individuo y lo condicionarán a su adherencia o no. Estos factores, que también describe la OMS, son los factores socioeconómicos, los relacionados al personal de salud, a la enfermedad, al tratamiento y al paciente (28,29). Estos factores o dimensiones, a su vez presentan cada uno de ellos variables que se asocia en mayor o menor medida al grado de adherencia al tratamiento. Es así que, la literatura menciona que la variable más significativa que influía en el comportamiento de los pacientes era la relación médico-paciente, en referencia a su calidad, la empatía presentada por el médico, la capacidad de motivación y la receptividad del prescriptor (25).

Tabla 1. Factores relacionados con la falta de adherencia

Enfermedad	<ul style="list-style-type: none"> • Patologías crónicas • Asistencia de síntomas • Tiempo de evolución • Expectativas de curación • Aceptación de la enfermedad • Gravedad • Discapacidad
Paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Edad / Sexo • Problemas psicológicos / psiquiátricos • Vergüenza por el estigma social • Abuso de drogas / alcohol
Tratamiento	<ul style="list-style-type: none"> • Complejidad • Confianza en la efectividad • Efectos adversos • Cambio en el estilo de vida
Socioeconómicos	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción laboral • Nivel de formación • Condiciones de vida inestables
Sistema sanitario / Equipo asistencial	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de confianza recíproca • Comunicación deficiente (médico-paciente) • Problemas en la continuidad asistencial • Accesibilidad al sistema • Satisfacción del profesional sanitario

Disponible en: Ibarra-Barrueta O, Morillo-Verdugo R. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. 2017 (25)

El término “falta de adherencia al tratamiento” presenta utilidad en el seguimiento y pronóstico de un paciente. Este sirve para cuantificar la magnitud con la que el paciente ha seguido o no las recomendaciones impartidas por el equipo de salud, si esta es negativa, entonces el pronóstico del paciente empeora y lleva a resultados poco favorables a largo plazo (27).

La falta en la adherencia al tratamiento constituye actualmente un problema a nivel mundial en la salud pública, de la cual es necesaria reconocer su prevalencia total y por cada enfermedad con el objetivo de enfrentarla y obtener un mejor nivel en la salud de la población (29).

Otro punto a mencionar es que, actualmente, las enfermedades crónicas van cada vez más en aumento, llegando a superar a las enfermedades infecciosas en prevalencia (conocido como “transición epidemiológica”). En todo el mundo, las enfermedades que representan la mayor morbilidad son las cardiovasculares en hasta el 75%, en particular en la región de América Latina (27). Es así que, en los países de esta región, los cuales en su mayoría se encuentran en vías de desarrollo, se ha observado que las tasas de adherencia de este tipo de enfermedades no llegan al 50%, pudiendo ser incluso menor o mayor dependiendo de la patología en específico (30).

En relación a la diabetes mellitus, se ha propuesto una versión de adherencia terapéutica adaptado, en la cual se la define como el logro o conservación de prácticas saludables como el incremento de ejercicio físico, cumplimiento de una dieta apropiada para sus requerimientos, el manejo emocional de situaciones de estrés y la administración de los hipoglucemiantes siguiendo las indicaciones pactadas con el especialista. Además, incluye el seguimiento del paciente con el monitoreo de la glicemia y la asistencia a las revisiones médicas de manera regular. Todas estas actividades presentan como objetivo lograr un adecuado control de la glicemia, mejorar la calidad de vida del paciente y postergar las complicaciones que puedan desarrollarse (4).

En relación a las situaciones en las cuales se ha relacionado menor adherencia a los pacientes con diabetes mellitus son, por ejemplo, la polimedicación, una mala relación médico-paciente, el bajo nivel de instrucción, el mayor tiempo de enfermedad diagnosticado, la presencia de complicaciones concomitantes, el olvido de la toma del medicamento y los factores psicológicos (31).

DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES

Diabetes Mellitus: Enfermedad crónica de origen metabólico, la cual su fisiopatología gira en relación a la elevación de glucosa en sangre, debido a defectos asociados a la deficiencia en la insulina, sea su déficit parcial o total y/o de su acción (1).

Entre las características clínico-epidemiológicas con mayor frecuencia en los pacientes, tenemos que esta enfermedad suele aparecer en la etapa de adultez en adelante, con respecto a la incidencia según al sexo este se presenta con mayor frecuencia en mujeres, y más si los pacientes viven en áreas urbanas, suelen tener familiares con diagnóstico de esta enfermedad, así como padecer de obesidad. Hay que mencionar que en muchos de ellos el diagnóstico de diabetes se realiza de forma incidental y tardía, por lo que el tratamiento es de carácter individual y según la situación comórbida del paciente (32).

Adherencia al tratamiento: Grado en el que el paciente mantiene una conducta que se rija a las recomendaciones del prestador de servicios de salud, en relación con la reestructuración de su estilo de vida y la toma de su medicación (28).

Depresión: Trastorno psiquiátrico en el que se encuentra comprometido el estado de ánimo caracterizado tristeza persistente en el paciente, que se mantiene en la mayor parte del día sumado a la disminución del goce a la realización de actividades, por un mínimo de dos semanas, pudiendo asociarse a pérdida de confianza y estima en sí mismo, culpabilidad desmedida, pensamientos o comportamientos suicidas recurrentes, disminución de la capacidad de concentración y problemas al conciliar el sueño (23,33).

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADORES	CRITERIO DE MEDIDA	ESCALA DE MEDICIÓN
Características del paciente con Diabetes Mellitus	Interviniente	Edad	Edad en años cumplidos	- 18 – 30 años - 30 – 60 años - > 60 años	Nominal
		Sexo	Identidad sexual	- Masculino - Femenino	Nominal
		Tiempo de enfermedad	Tiempo que lleva diagnosticado(a) con la enfermedad	- 1 año - 3-5 años - > 5 años	Nominal
		Patologías Concomitantes	Enfermedades diagnosticadas además de Diabetes Mellitus	- Hipertensión arterial - Sobrepeso / - Obesidad - Dislipidemia - Otros	Nominal
		Complicaciones	Complicaciones Agudas y Crónicas de la Diabetes Mellitus	- Agudas - Crónicas	Nominal
		Tipo de Tratamiento	Medidas que presenta el paciente para tratar su enfermedad	- Dieta y ejercicio - Antidiabéticos orales - Insulina	Nominal
Depresión	Independiente	Nivel de depresión según Escala de Psicopatología Depresiva (EPD-6) *	Depresión (≥ 8 puntos) No depresión (< 8 puntos)	- (a) = 0 - (b) = 1 - (c) = 2 - (d) = 3	Nominal
Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus	Dependiente	Nivel de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus **	Buena Adherencia (≥ 38 puntos) Parcial Adherencia (29-37 puntos) Mala Adherencia (≤ 27 puntos)	- Nunca = 0 - A veces = 1 - Siempre = 2	Nominal

* En el Ítem 3 de la EPD-6, los valores son: (a) = 3; (b) = 2; (c) = 1; (d) = 0

** En el Ítem 4, 15, 16, 17, 18, 19 y 20 de la encuesta de Nivel de Adherencia al Tratamiento, los valores son: “Siempre”: 0; “A veces”: 1; “Nunca”: 2

CAPÍTULO II: MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo sigue un enfoque cualitativo, de tipo analítico y transversal.

El diseño es analítico porque se pretende buscar asociación entre la variable adherencia al tratamiento y la variable depresión. Es transversal porque los datos se recolectarán en un solo momento en el tiempo.

POBLACIÓN Y MUESTRA

POBLACIÓN EN ESTUDIO:

Constituida por los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos a través de Consultorio Externo de los Centros de Salud Nivel I-3: “Ceropón” y “Fernando Carbajal Segura – El Bosque” en Chiclayo, durante los meses de enero y febrero del 2024. La población con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo 2 que se encuentra registrada en el C.S. “Ceropón” consta de 168 pacientes, mientras que el C.S. “Fernando Carbajal Segura – El Bosque” consta de 201 pacientes.

CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA:

a. Criterios de inclusión:

- Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 mayores o igual a 18 años.
- Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que acepten participar del estudio.
- Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que completen totalmente el instrumento.

b. Criterios de exclusión:

- Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que hayan recibido el diagnóstico de depresión o en algún momento han utilizado medicación para esta patología.
- Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 con algún grado de discapacidad intelectual.
- Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 que han sido transferidos a un establecimiento de salud de mayor complejidad.

CÁLCULO DE TAMAÑO MUESTRAL

El tamaño de la muestra ha sido determinado utilizando como valores de referencia las proporciones obtenidas en un estudio previo realizado en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus atendidos en un Centro de Salud en el año 2023 (34).

Las proporciones estimadas fueron establecidas según el grado de adherencia: “Buena adherencia al tratamiento” que fue de 13,59% y “Sin buena adherencia al tratamiento” de 52,43%, incluyendo esta última los grados de adherencia “parcial” y “malo”. El nivel de confianza a utilizar es del 95%, con una potencia de 80%, una relación entre tamaños muestrales de 1 a 4, y tras la corrección por continuidad de Yates en el programa estadístico EPIDAT 4.2, se obtuvo un total de 85 pacientes con Diabetes Mellitus como muestra. Además, al estimar como pérdida probable un 10% de la muestra obtenida, se han incluido a un total de 94 participantes en el presente estudio.

La muestra se obtendrá a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia.

TÉCNICAS, INSTRUMENTOS, EQUIPOS Y MATERIALES

Técnica

Para la presente investigación se dispuso de dos instrumentos, uno tuvo en cuenta la evaluación de la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico, mientras que el otro está relacionado a la presencia o no de depresión. Los datos se obtuvieron a través de un cuestionario (Anexo 1) para los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en la Consulta Externa de los Centros de Salud Nivel I-3: “Ceropón” y “Fernando Carbajal Segura – El Bosque” en Chiclayo.

Instrumento

Ortiz C, en el año 2010, modificó un instrumento previamente validado y confiable, el cual tenía como fin evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico en pacientes con presencia de factores de riesgo cardiovasculares. Su propuesta de instrumento consta de 24 ítems, agrupados en cuatro dimensiones: socioeconómicos (6 ítems), relacionados al proveedor (8 ítems), relacionados con la terapia (6 ítems) y relacionados con el paciente (4 ítems). Cada ítem se evalúa según una escala tipo Likert, siendo las opciones: “Nunca”, “A veces”, “Siempre”, equivalentes a 0,

1 y 2, respectivamente, a excepción de los ítems 4, 15, 16, 17, 18, 19 y 20, en donde los puntajes son los siguientes: “Nunca”: 2, “A veces”: 1, “Siempre”: 0. Dependiendo de la sumatoria de estos, se presentan tres niveles: “En ventaja de adherencia” (38 a 48 puntos), “En riesgo de no adherencia” (29 a 37 puntos), “No adherencia” (menor a 29 puntos). Se determinó que existe asociación entre los ítems y su dimensión respectiva, con una validez factorial de 0,39 y 0,40 a través del método de extracción de componentes principales para el primero, y la rotación varimax con Kaiser para el segundo. La confiabilidad del instrumento, determinado por alfa de Cronbach, fue de 0,60, presentando índices de consistencia interna por cada dimensión entre 0,46 a 0,74 (35).

Vega-Dienstmaier J, en el año 2018, con el fin de elaborar una versión corta de la Escala de Psicopatología Depresiva (EPD) que consta de 20 ítems, identificó y seleccionó seis de ellos para la elaboración de una nueva escala, la cual denominaron EPD-6, sin perder la efectividad diagnóstica de la original. Cada una de estos ítems se evalúa según una escala tipo Likert, donde cada opción equivale a un puntaje: (a) = 0, (b) = 1, (c) = 2, (d) = 3; a excepción del ítem tres, en donde los puntajes son los siguientes: (a) = 3, (b) = 2, (c) = 1, (d) = 0. Dependiendo de su sumatoria, se define que una persona presenta o no depresión: “Depresión” (≥ 8 puntos) y “No depresión” (< 8 puntos). Se determinó que, la sensibilidad fue de 80,2%, la especificidad de 73,7%, mientras que la confiabilidad del instrumento fue de 0,7359 según el alfa de Cronbach. Además, se determinó que el punto de corte óptimo fue de ≥ 8 , donde se presenta el índice de Youden máximo (0,5387). Agregar que el presente instrumento ya ha sido reproducido en diversas ocasiones con el fin de determinar frecuencia de depresión (36).

Procedimiento.

En primer lugar, se solicitó la autorización a la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque, para la realización del estudio. Luego, junto con la carta de autorización dada y las cartas de presentación, se solicitó el permiso a las autoridades de los Centros de Salud Nivel I-3: “Cerropón” y “Fernando Carbajal Segura – El Bosque” en Chiclayo.

Posteriormente, se aplicaron los instrumentos en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en la Consulta Externa de los Centros de Salud Nivel I-3: “Cerropón” y “Fernando Carbajal Segura – El Bosque” en Chiclayo en los meses de enero y febrero del 2024.

Se entregó por escrito y se les explicó el formato de Consentimiento Informado (Anexo 2) pidiéndole a cada paciente que lo firme, como forma de evidencia. Además, se les informó sobre la importancia del presente trabajo con el fin de motivarlos en su participación. Posteriormente, a los pacientes que presentaron los criterios de inclusión, se les hizo entrega de los cuestionarios como una sola unidad. Se explicaron las instrucciones sobre su llenado, previo a la elección de sus respuestas; en caso en los que existió algún impedimento para la lectura por parte de los pacientes, los investigadores dieron lectura de cada ítem y de las opciones para que puedan ser respondidos.

Al término del llenado, se revisó cada uno de los cuestionarios, con el fin de verificar que se hayan respondido la totalidad de ítems. El tiempo aproximado para la resolución de los cuestionarios fue de 10 minutos por paciente.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE DATOS

Se utilizó el programa Microsoft Excel 2016 con el fin de conocer los resultados en porcentajes de manera ordenada, y los datos fueron procesados a través de STATA 16, para el análisis estadístico.

Para la búsqueda de asociación estadística entre variables, se utilizó la prueba de Chi cuadrado de Pearson, considerando como significativo si la posibilidad de equivocarse sea de 5% o menor ($p \leq 0,05$).

Se utilizó estadística descriptiva, presentando los resultados en gráficos y/o tablas estadísticas en relación a los objetivos, para su análisis e interpretación basados en el marco teórico y se han elaborado tablas de una y dos entradas, con datos de frecuencias y proporciones.

ASPECTOS ÉTICOS

El presente estudio cuenta con participación voluntaria, por lo que previamente se solicitó aceptar y firmar el formato de Consentimiento Informado (Anexo 2).

Como se menciona en el Código de Ética y Deontología del Perú, el presente trabajo respeta las normativas internacionales y nacionales que regulan la investigación en seres humanos, respetando su anonimato y la oportunidad de escoger o no (37).

El estudio acata lo establecido tanto en el código Belmont y en la declaración de Helsinki, pues se considera el respeto básico por el individuo, el derecho a su autodeterminación, y el derecho a decidir posterior a haber recibido la información debida sobre los beneficios y consecuencias de ser parte o no del estudio. Estos criterios han sido plasmados durante la elaboración del consentimiento informado, el cual será brindado a cada uno de los participantes para el llenado de forma voluntaria (38).

En cuanto a las pautas CIOMS, el presente trabajo respeta los tres principios generales en los que se basa. En primer lugar, el respeto se expresa prioritariamente en no transgredir la capacidad de autodeterminación de cada participante, dado el carácter voluntario del estudio y la explicación del consentimiento informado. En segundo lugar, la beneficencia se cumplirá debido a que el ser partícipe de la investigación no involucra riesgo alguno hacia el participante y se protegerá su identidad, según el aspecto de confidencialidad. En tercer lugar, la justicia no se encuentra vulnerada debido a que no existe un beneficio directo del cual distribuir entre los participantes (39).

Asimismo, todos los datos obtenidos a partir de este estudio solo fueron utilizados con el fin de la investigación, protegiendo la confiabilidad de estos, así como el respeto, justicia y beneficencia de los partícipes.

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS

Tabla 2. Características epidemiológicas de los pacientes con diabetes mellitus tipo de 2, según procedencia de centro de salud

Característica epidemiológica		El Bosque		Ceropón		Total
		n	%	n	%	
Sexo	Varón	31	78%	9	23%	40
	Mujer	33	45%	41	55%	74
Edad	< 30 años	0	0%	0	0%	0
	30 – 60 años	29	74%	10	26%	39
	> 60 años	35	47%	40	53%	75
Tiempo de enfermedad	< 3 años	4	57%	3	43%	7
	3 – 5 años	14	54%	12	46%	26
	> 5 años	46	57%	35	43%	81
Patologías concomitantes	Hipertensión arterial	24	57%	18	43%	42
	Dislipidemia	10	63%	5	37%	16
	Sobrepeso / Obesidad	27	84%	5	16%	32
	Otro	11	58%	8	42%	19
Complicaciones agudas	Hipoglicemia	9	100%	0	0%	9
	Hiperglicemia	33	62%	20	38%	53
Complicaciones crónicas	Neuropatía	19	56%	15	44%	34
	Nefropatía	14	74%	5	26%	19
	Retinopatía	4	57%	3	43%	7
	Pie diabético	1	33%	2	67%	3
Tratamiento	Dieta y ejercicio	8	89%	1	11%	9
	Antidiabéticos orales	61	56%	48	44%	109
	Insulinoterapia	4	80%	1	20%	5

La Tabla 2 se muestra de manera general las características de la población que participó en el estudio. Como se observa, la mayor parte de la población encuestada fue mujer (n = 74; 64,91%), perteneciente a la etapa de vida de adulto mayor (n = 75; 65,79%) con un promedio de edad de 64 años, con más de cinco años de tiempo de enfermedad (n = 81; 71,05%), siendo las patologías concomitantes más frecuentes la hipertensión arterial (n = 42; 36,84%) y el sobrepeso / obesidad (n = 32; 28,07%). Además, de los pacientes que reportaron complicaciones, las más frecuentes fueron la hiperglicemia (n = 53; 46,49%) y neuropatía periférica (n = 34; 29,82%). Por último, la encuesta proporciona que el tratamiento utilizado por la mayoría de pacientes fueron los antidiabéticos orales (n = 109; 95,61%).

Otro aspecto a tomar en cuenta en la Tabla 2 es la distribución según el centro de salud de procedencia. Como se observa, en relación al sexo del paciente, es en “Cerropon” donde existe una diferencia en frecuencia y porcentual más elevada entre varones (n = 9; 18%) y mujeres (n = 41; 82%) con el diagnóstico de diabetes mellitus. Además, es relevante mencionar que la mayoría de los pacientes participantes en ambos centros de salud pertenecía a la etapa de vida adulto mayor (El Bosque: n = 35; 54,69% / Cerropon: n = 40; 80%) siendo el promedio de edad de “El Bosque” de 61,7 años y de “Cerropon” de 66,9 años, y no se observa ningún paciente menor de los 30 años con el diagnóstico de esta enfermedad. De los pacientes que reportaban alguna patología concomitante, se observó que la frecuencia de hipertensión arterial y sobrepeso – obesidad fue mayor en el centro de salud “El Bosque” (Hipertensión arterial: n = 24; 57% / Sobrepeso – Obesidad: n = 27; 84%). Como complicación aguda, la hipoglicemia solo fue reportada en el centro de salud “El Bosque” (n = 9; 100%); mientras en lo que respecta a complicaciones crónicas, las frecuencias fueron similares, con una leve diferencia porcentual entre cada uno de ellos. Por otro lado, en el tipo de tratamiento administrado, se observa como en el centro de salud “El Bosque” existe una frecuencia levemente mayor respecto a “Cerropon” en relación a pacientes que son tratados con dieta y ejercicios (El Bosque: n = 8; 89% / Cerropon: n = 1; 11%) e insulino terapia (El Bosque: n = 4; 80% / Cerropon: n = 1; 20%).

Tabla 3. Características epidemiológicas de los pacientes con diabetes mellitus tipo de 2 de los centros de salud “Ceropón” y “Fernando Carbajal Segura – El Bosque” en relación a la adherencia al tratamiento

Característica epidemiológica		Buena adherencia		Parcial adherencia		Mala adherencia		Total
		n	%	n	%	n	%	
Sexo	Varón	14	35%	18	45%	8	20%	40
	Mujer	30	40%	33	45%	11	15%	74
Edad	< 30 años	0	0%	0	0%	0	0%	0
	30 – 60 años	18	46%	12	31%	9	23%	39
	> 60 años	26	35%	39	52%	10	13%	75
Tiempo de enfermedad	< 3 años	4	57%	3	43%	0	0%	7
	3 – 5 años	14	54%	8	31%	4	15%	26
	> 5 años	26	32%	40	49%	15	19%	81
Patologías concomitantes	Hipertensión arterial	10	24%	20	48%	12	28%	42
	Dislipidemia	3	19%	8	50%	5	31%	16
	Sobrepeso / Obesidad	11	34%	11	34%	10	32%	32
	Otro	10	53%	7	37%	2	10%	19
Complicaciones agudas	Hipoglicemia	2	22%	5	56%	2	22%	9
	Hiperglicemia	16	30%	27	51%	10	19%	53
Complicaciones crónicas	Neuropatía	9	26%	16	47%	9	27%	34
	Nefropatía	5	26%	8	42%	6	32%	19
	Retinopatía	2	29%	2	29%	3	42%	7
	Pie diabético	3	100%	0	0%	0	0%	3
Tratamiento	Dieta y ejercicio	6	67%	2	2%	1	11%	9
	Antidiabéticos orales	43	39%	47	43%	19	18%	109
	Insulinoterapia	1	20%	4	80%	0	0%	5

Tabla 4. Características epidemiológicas de los pacientes con diabetes mellitus tipo de 2 de los centros de salud “Ceropón” y “Fernando Carbajal Segura – El Bosque” en relación a la presencia o no de depresión

Característica epidemiológica		Depresión		No depresión		Total
		n	%	n	%	
Sexo	Varón	9	23%	31	78%	40
	Mujer	26	35%	48	65%	74
Edad	< 30 años	0	0%	0	0%	0
	30 – 60 años	16	41%	23	59%	39
	> 60 años	19	25%	56	75%	75
Tiempo de enfermedad	< 3 años	1	14%	6	86%	7
	3 – 5 años	7	27%	19	73%	26
	> 5 años	27	33%	54	67%	81
Patologías concomitantes	Hipertensión arterial	18	43%	24	57%	42
	Dislipidemia	8	50%	8	50%	16
	Sobrepeso / Obesidad	19	59%	13	41%	32
	Otro	3	16%	16	84%	19
Complicaciones agudas	Hipoglicemia	7	78%	2	22%	9
	Hiperglicemia	18	34%	35	66%	53
Complicaciones crónicas	Neuropatía	14	41%	20	59%	34
	Nefropatía	11	58%	8	42%	19
	Retinopatía	4	57%	3	43%	7
	Pie diabético	0	0%	3	100%	3
Tratamiento	Dieta y ejercicio	2	22%	7	78%	9
	Antidiabéticos orales	35	32%	74	68%	109
	Insulinoterapia	0	0%	5	100%	5

Tabla 5. Adherencia al tratamiento de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y presencia de depresión

	Buena adherencia		Parcial adherencia		Mala adherencia		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Depresión	7	6,14%	17	14,91%	11	9,65%	35	30,70%
No depresión	37	32,46%	34	29,32%	8	7,02%	79	69,30%
Total	44	38,60%	51	44,74%	19	16,66%	114	100%

En la Tabla 5, se observa que la mayor parte de los pacientes encuestados presenta una parcial adherencia al tratamiento con un 44,74% (n = 51) y en su mayoría no presentan depresión con 69,30% (n = 79), según el cuestionario aplicado. Por otro lado, los pacientes con buena adherencia al tratamiento que no presentan depresión es de 32,46% (n = 37), mientras que un 9,65% (n = 11) de los pacientes con mala adherencia al tratamiento presenta depresión.

Tabla 6. Asociación entre adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y presencia de depresión

Variable	Adherencia al tratamiento n (%)			Valor p
	Buena	Parcial	Mala	
Depresión				
Sí	7 (6,14%)	17 (14,91%)	11 (9,65%)	0,004
No	37 (32,46%)	34 (29,82%)	8 (7,02%)	

En la Tabla 6, se ordenaron los datos para poder conocer la existencia de asociación entre las variables: depresión y adherencia al tratamiento, en sus diferentes grados. Al análisis estadístico a través del programa STATA 16, considerando un grado de libertad (gl) de 2, un nivel de confianza de 95% y un valor $\alpha = 0,05$; se obtuvo un chi-cuadrado calculado de 11,3 con un valor p = 0,004. Al ser el valor de $p < 0,05$, se procede a rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alterna que menciona la existencia de asociación entre la presencia de depresión y la adherencia al tratamiento.

DISCUSIÓN

La Diabetes Mellitus se trata de una enfermedad endocrino-metabólica que conlleva a la disminución de la salud física y mental, debido a la cantidad de complicaciones desarrolladas a corto y largo plazo, por lo cual es considerado un problema de salud pública a causa de la morbilidad y mortalidad cardiovascular asociada (1). La depresión es una enfermedad psiquiátrica en la cual está comprometido el estado de ánimo, disminuyendo el placer o interés por las actividades realizadas, conllevando a generar una mayor carga de estrés e inestabilidad en las actividades diarias (21). Además, el desenlace de los pacientes diabéticos que presentan depresión resulta perjudicial, esto debido a las tasas más elevadas de complicaciones en la diabetes, mayor discapacidad y la pérdida de años de vida (8).

La presente investigación transversal y analítica estuvo conformada por 114 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de dos centros de salud, distribuidos en 50 pacientes pertenecientes a “Cerropón” y 64 pacientes pertenecientes a “Fernando Carbajal Segura – El Bosque”.

En el presente trabajo predominaron el sexo femenino (64,91%), la edad correspondiente a etapa de vida adulto mayor (69,30%), siendo el promedio de edad de 64 años (rangos: 37 – 88 años), con un tiempo de diagnóstico de mayor de 5 años (71,05%). Estos resultados en frecuencia son similares a lo reportado por Palacios (11), en quienes en su población encuestada encontraron un 60,22% de mujeres, con un promedio de edad de 62,28 años y un promedio de años de diagnóstico de 11,13 años. Además, Constantino-Cerna (13) reporta una frecuencia de mujeres de 63,7% similar a la encontrada, mientras que difiere en el promedio de edades de los pacientes al encontrarse en la etapa de vida adulto con $52,8 \pm 6,5$ años.

En relación al sexo del paciente, es necesario remarcar que en la Sala Situacional de Diabetes del año 2023 (2), se reporta mayor cantidad de diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 en mujeres que en varones, lo que es contrario a lo encontrado a nivel mundial. En general, es el varón quien presenta mayor riesgo de presentar esta enfermedad debido a la menor sensibilidad a la insulina en comparación a la mujer, así como la menor capacidad de almacenamiento de energía en los tejidos adiposos subcutáneos y la menor respuesta de las incretinas (40,41). Por otro lado, es importante mencionar que, en el Perú, el INEI reportó que, de los usuarios de consulta externa a los diferentes establecimientos

de salud, son las mujeres quienes más acuden con un 59,9% de frecuencia, en comparación con los varones (42), por lo que al asistir en mayor cantidad, sea más probable diagnosticárseles alguna enfermedad en comparación a los varones.

La frecuencia en el adulto mayor se observa también en lo reportado por la Sala Situacional del Perú en 2023 (2), explicándose debido a las situaciones que conlleva el envejecimiento propiamente dicho como el aumento de la resistencia a la insulina y los mecanismos que disminuyen la secreción de la misma como el aumento de la grasa corporal en relación a la masa magra, medicación o enfermedades asociadas, el propio envejecimiento de las células beta pancreáticas y la disminución de ejercicio y mala nutrición (43).

Entre las enfermedades concomitantes observadas en la investigación, la de mayor frecuencia fue la hipertensión arterial, la cual se manifestó el 42% del total de población encuestada, semejante a lo obtenido por De la Hoz y col (44) los cuales obtuvieron un resultado del 54,5% para hipertensión de un total de 251 pacientes, convirtiéndola de este modo en la comorbilidad con mayor frecuencia dentro de los pacientes con diabetes tipo II de la población en estudio. Estos valores son estimables, pero en menor medida que los obtenidos por Rivarola & Brizuela (45), los cuales reportan a la hipertensión como la afección agregada más frecuente, obteniendo valores de 84,2 % del total de sus participantes. Asimismo, el 71,9 % de la población que presenta hipertensión poseen cierto grado de depresión desde leve, grave y muy grave (34,4%, 12% y 7,8% respectivamente); significando un total de 54,2 %. En los pacientes diabéticos, la hipertensión arterial se manifiesta ya sea desde el inicio o antes del desarrollo de sintomatología dado que suele conformar parte del denominado síndrome metabólico el cual abarca: intolerancia a glucosa, índice de masa corporal (IMC) incrementado, hiperlipidemias, resistencia a insulina y patología arterial coronaria; a su vez, la hipertensión arterial en pacientes diabéticos tipo 2 incrementa la rapidez y desarrollo de esta enfermedad.

En lo que respecta a depresión, se encontró que el 30,70% la presentaba según a la encuesta utilizada, similar a lo observado por Loo M (15) qHipertenHiuien encontró en su estudio un 26,7% de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y depresión. Por otro lado, difiere de lo encontrado por Diaz-Peña L (34), quienes al aplicar su instrumento hallaron un 66,02% de un total de 103 pacientes, cabe recalcar que el instrumento utilizado por este investigador tuvo mayor cantidad de preguntas y permitió estratificar la depresión en

diferentes grados (leve, moderado, severo, muy severo). La depresión es una respuesta emocional que se encuentra relacionada frecuentemente a diversas enfermedades crónicas generando un efecto que supera al simple malestar que conlleva, dado que implica el comienzo o no de comportamientos de autocuidado y de manejo de esta afección (24). Es así que, la prevalencia de depresión entre pacientes diabéticos abarca entre el 11,4% al 31% superior a lo encontrado en la población general, debido a diferentes factores como el impacto del paciente al ser diagnosticado y el esfuerzo para mantener un adecuado control endocrino-metabólico con el fin de evitar complicaciones a corto o largo plazo (46).

Al observar la Tabla 4, se encuentran diferencias porcentuales entre los pacientes con depresión según el sexo, lo cual es relevante debido a la mayor frecuencia de depresión en las mujeres. Esto se explica debido a diferencias biológicas relacionadas con variaciones hormonales en las diferentes etapas de vida (sobre todo la relacionada a menopausia, según las edades que predominaron en el presente estudio) así como circunstanciales como desigualdades en económicas, sobrecarga de trabajo (dentro o fuera del hogar) u afecciones asociadas. Además, se debe tener en cuenta la forma de expresión de depresión en la mujer, llevando a reportar más síntomas que en el caso del sexo masculino, asociada a que estos últimos suelen expresar sus síntomas como irritabilidad o en consumo de sustancias, llevando a que los instrumentos para determinar depresión no puedan detectar de manera adecuada (47–49).

En relación a la variable adherencia al tratamiento, se observa que el 38,60% presenta una buena adherencia, 44,74% parcial adherencia y 16,66% mala adherencia, datos que concuerdan con lo encontrado por Díaz-Peña L (34), quienes encontraron una distribución de buena, parcial y mala adherencia en 38,83%, 57,28% y 3,88%, respectivamente. Por otro lado, Ticona-Flores C (50) encontraron un menor porcentaje de adherencia en 16,7% de un total de 102 pacientes, haciendo hincapié en que el instrumento utilizado por este investigador para determinar adherencia fue un cuestionario de cuatro preguntas, además fue realizado en un hospital, en comparación al presente estudio que fue realizado en el primer nivel de atención. A nivel internacional, un trabajo similar realizado en el Hospital de Itauguá de Uruguay encontró un buen grado de adherencia del 30% en un total de 338 pacientes (51). Analizar el grado de adherencia es relevante debido a que, en países en vías de desarrollo como el Perú, las tasas de adherencia a las enfermedades crónicas no llegan al 50% en general y teniendo en cuenta que la diabetes participa como uno de los

principales factores de morbilidad cardiovascular, el mantener un grado bueno o alto de adherencia asegura un mejor control de la diabetes mellitus tipo 2 y una mejora en su calidad de vida (4,30).

Al comparar los porcentajes y frecuencias de la relación entre depresión y adherencia al tratamiento, se observó que el 30,70% que representaba a los pacientes con depresión, se distribuyeron en 6,14% que presentaban buena adherencia y 24,56% que no presentaba buena adherencia (parcial y mala adherencia), hallazgos similares al estudio de Palacio-Valecillo (11) quien determinó que de sus pacientes estudiados, el 24,30% que presentaban depresión, se dividieron en 3,87% con buena adherencia y 20,43% con mala adherencia.

En cuanto al análisis sobre la asociación de depresión y adherencia al tratamiento, el presente trabajo logró determinar asociación estadísticamente significativa entre estas variables, lo que se interpreta que la depresión influye en una mala adherencia al tratamiento. Esto fue consistente con los antecedentes descritos, a excepción al estudio realizado por Rondón y col (10) quienes encontraron una relación positiva entre la depresión y la adherencia al tratamiento, mencionando que los pacientes que presentaban una mejor adherencia también cursaban con depresión, lo cual lo asociaban al cambio brusco del estilo de vida sin una adecuada orientación psicológica conllevando a reacciones negativas por parte del individuo. Por otro lado, en el presente estudio, la explicación que se puede dar es que la presencia de depresión lleva a un peor autocuidado, con lo cual no se consigue la adherencia al tratamiento no farmacológico (falta de atención física, ejercicio irregular, no cumplimiento de la dieta) ni farmacológico, de esta manera el desenlace se torna perjudicial con mayor riesgo de complicaciones vasculares y pérdida de años de vida (5,8).

CAPÍTULO IV: CONCLUSIONES

De los pacientes encuestados en los centros de salud “Cerropon y “Fernando Carbajal Segura – El Bosque”, la mayor parte fueron mujeres, con un promedio de edad de 64 años (perteneciente a la etapa de vida adulto mayor), con más de cinco años de tiempo de enfermedad, con hipertensión arterial como patología concomitante asociada más frecuente; de las complicaciones, fueron la hiperglicemia y la neuropatía periférica las más reportadas; además, el tratamiento antidiabético oral fue el que la mayor parte utilizaba.

Del total de pacientes encuestados, se encontró depresión en el 30,70% y no la presentaban el 69,30%.

Del total de pacientes encuestados, se encontró que los grados de adherencia al tratamiento se distribuían en buena adherencia con 38,60% y sin buena adherencia con 61,40% (parcial: 44,74% y mala: 16,66%).

La relación entre las variables depresión y adherencia al tratamiento mediante los cuestionarios “Instrumento para evaluar los factores que influyen en la adherencia a tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en pacientes con factores de riesgo de enfermedad cardiovascular” y “Escala de Psicopatología Depresiva – 6 (EPD-6)” reveló una relación estadísticamente significativa. La depresión, al generar un estado de tristeza, fatiga y decaimiento llevaría al peor autocuidado del paciente, ocasionando una mala adherencia al tratamiento.

CAPÍTULO V: RECOMENDACIONES

A nivel general, a partir de los resultados se recomienda establecer un manejo integral del paciente con diabetes mellitus tipo 2, esto significa no solo tomar en cuenta el control metabólico sino, establecer una vigilancia psicológica periódica para obtener un mayor alcance sobre las falencias en un paciente con mala adherencia y las fortalezas en un paciente con buena adherencia.

A los centros de salud, se recomienda capacitación permanente del personal encargado del área de “Daños No Transmisibles” para mantener y mejorar la captación y vigilancia del paciente con diabetes mellitus tipo 2, ya que esta área cumple un rol fundamental en la educación al paciente en diversos ámbitos con el fin de lograr una adecuada adherencia al tratamiento y a los estilos de vida saludables. Además, instruir a este personal sobre el tamizaje de patologías de salud mental como la depresión, con la finalidad de derivar al servicio de psicología de manera oportuna, lo cual aportaría en el mantenimiento de la adherencia.

A las pacientes que presentan diabetes mellitus tipo 2, se recomienda mejorar la adherencia a su tratamiento, respetando las indicaciones terapéuticas, no variando dosis, intervalos o suspendiendo tratamiento una vez que alcance mejoría; asimismo se aconseja tener confianza en el personal asistencial favoreciendo la creación de vínculo médico – paciente y así poder brindar aspectos emocionales que puedan tener un impacto importante para la continuidad del tratamiento adecuado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de Salud [Internet]. 2021 [citado 15 de diciembre de 2022]. Diabetes. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>
2. Centro Nacional de Epidemiología, prevención y control de Enfermedades [Internet]. 2023 [citado 15 de diciembre de 2023]. Sala Situacional de Diabetes. Sala Situacional de Salud del Perú - 2023. Disponible en: https://app7.dge.gob.pe/maps/sala_diabetes/
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Trasmisibles y Trasmisibles, 2022 [Internet]. 2023 [citado 15 de diciembre de 2023]. Disponible en: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2022/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2022.pdf
4. Rondón-Bernard JE, Bastidas LA. Psychological Model between Depression and Treatment Adherence in Type 2 Diabetes. *Pensamiento Psicológico*. 2021;19(1):1-27.
5. Badescu S, Tataru C, Georgescu E, Zahiu D, Zagrean A, Zagrean L. The association between Diabetes mellitus and Depression. *J Med Life*. 2016;9(2):120-5.
6. Greaves CJ, Sheppard KE, Abraham C, Hardeman W, Roden M, Evans PH, et al. Systematic review of reviews of intervention components associated with increased effectiveness in dietary and physical activity interventions. *BMC Public Health*. diciembre de 2011;11(1):119.
7. Suárez L, Vergara L, Hajar G. Comorbilidad de la Depresión y Enfermedades Crónicas en la Población Peruana. INSTITUTO NACIONAL DE SALUD UNIDAD DE ANÁLISIS Y GENERACIÓN DE EVIDENCIAS EN SALUD PÚBLICA. 2016;1-9.
8. Sartorius N. Depression and diabetes. *Dialogues Clin Neurosci*. marzo de 2018;20(1):47-52.
9. Vázquez Machado A, Mukamutara J. Depresión en pacientes con diabetes mellitus y su relación con el control glucémico. *MEDISAN*. 2020;24(5):847-60.

10. Rondón-Bernard JE, Angelucci L. Relación entre depresión y adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2, considerando la red de apoyo social, las estrategias de afrontamiento y el sexo. RCPs. 2021;40(2):215-42.
11. Palacio-Valecillo AR. Asociación entre depresión y distrés con la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes tipo 2 en una unidad de primer nivel [Internet]. [Querétaro]: Universidad Autónoma de Querétaro; 2021 [citado 6 de enero de 2023]. Disponible en: <https://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/3450?locale=en>
12. Rodriguez-Leon AM, Rivas-Valverde E. Depresión y adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, del Hospital II Reategui [Internet]. [Piura]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2020 [citado 23 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/6361>
13. Constantino-Cerna A, Malca MB, León-Jiménez F, Díaz C. Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital general de Chiclayo. Rev Med Hered. 2014;25(4):196-203.
14. Quedena-Alamo IJ. Depresión y Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus II Consultorio Endocrinología Hospital de Apoyo II-2 Sullana Julio - Octubre 2018 [Internet]. [Piura]: Universidad César Vallejo; 2018 [citado 21 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/26105?locale-attribute=es>
15. Loo-Valverde M. Frecuencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su relación con el control de glicemia en pacientes atendidos por consultorio externo de endocrinología del complejo hospitalario PNP Luis N. Sáenz [Internet]. [Lima]: Universidad Ricardo Palma; 2019 [citado 12 de enero de 2023]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/1752>
16. Yapanis M, James S, Craig ME, O'Neal D, Ekinici EI. Complications of Diabetes and Metrics of Glycemic Management Derived From Continuous Glucose Monitoring. J Clin Endocrinol Metab. 2022;107(6):e2221-36.
17. Día Mundial de la Diabetes 2022 [Internet]. 2022 [citado 15 de diciembre de 2022]. Día Mundial de la Diabetes 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/campanas/dia-mundial-diabetes-2022>

18. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 2. Diagnosis and Classification of Diabetes: *Standards of Care in Diabetes—2024*. Diabetes Care. 1 de enero de 2024;47(Supplement_1):S20-42.
19. Torrades-Oliva S. Diabetes mellitus tipo 2: una nueva epidemia. Offarm. 2016;25(5):96-101.
20. American Diabetes Association Professional Practice Committee. 3. Prevention or Delay of Diabetes and Associated Comorbidities: *Standards of Care in Diabetes—2024*. Diabetes Care. 1 de enero de 2024;47(Supplement_1):S43-51.
21. Organización Panamericana de Salud [Internet]. 2021 [citado 14 de enero de 2023]. Depresión. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
22. Elsevier. Elsevier. 2017 [citado 14 de enero de 2023]. La OMS pone foco en la depresión, segunda causa de muerte entre los jóvenes. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/la-oms-pone-foco-en-la-depresion,-segunda-causa-de-muerte-entre-los-jovenes>
23. Ministerio de Salud del Perú. Instituto Nacional de Salud. 2023 [citado 17 de febrero de 2023]. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de Depresión en Adultos. Disponible en: https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cnsp/unagesp/publicaciones/gpc/Gu%C3%ADa%20de%20Pr%C3%A1ctica%20Cl%C3%ADnica%20para%20el%20Tratamiento%20de%20Depresi%C3%B3n%20en%20Adultos_HVLH-c.pdf
24. Becerra-Partida EN, Medina-Millán R, Riquer-Arias DR. Depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del programa DiabetIMSS en Guadalajara, Jalisco, México. Rev CONAMED. 2019;24(4):174-8.
25. Ibarra-Barrueta O, Morillo-Verdugo R. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. 2017 [citado 13 de enero de 2023]. Lo que debes saber sobre la adherencia al tratamiento. Disponible en: https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/Adherencia2017/libro_ADHERENCIA.pdf
26. Martín-Alfonso LÁ, Grau-Ábalo JA, Espinosa-Brito AD. Marco conceptual para la evaluación y mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas. 2014 [citado 13 de enero de 2023]. Marco conceptual para la evaluación y

mejora de la adherencia a los tratamientos médicos en enfermedades crónicas.
Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v40n2/spu07214.pdf>

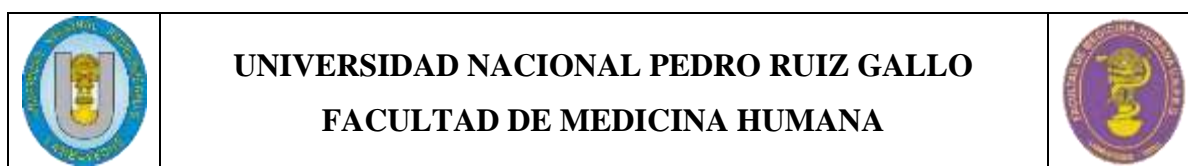
27. Ortega-Cerda JJ, Sánchez-Herrera D, Rodríguez-Miranda ÓA, Ortega-Legaspi JM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2018;16(3):226-32.
28. Organización Panamericana de Salud [Internet]. 2017 [citado 13 de enero de 2023]. Adherencia a los tratamientos de largo plazo. Pruebas para la acción. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/WHO-Adherence-Long-Term-Therapies-Spa-2017.pdf>
29. Ramos-Morales LE. La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología Cirugía Vascular*. 2015;16(2):175-89.
30. Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores Psicosociales Asociados a la Adherencia al Tratamiento de la Diabetes Mellitus Tipo 2. *Ter Psicol*. julio de 2011;29(1):5-11.
31. Angelucci Bastidas L, Rondón Bernard JE. Adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2: Un modelo de regresión logística. Caracas 2017-2018. *Rev Medicas UIS*. 2021;34(2):29-39.
32. Calagua-Quispe M, Falen-Boggio J, Del Águila-Villar C, Lu-de Lama R, Rojas-Gabulli MI. Características clínicas y bioquímicas de la diabetes mellitus tipo 2 (DMt2) en el Instituto Nacional de Salud del Niño. *An Fac med*. 2018;73(2):141.
33. Corea-Del Cid MT. La depresión y su impacto en la salud pública. *Rev Méd Hondur*. 2021;89(Supl.1):46-52.
34. Diaz Peña LS. Depresión y adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el Centro de Salud Número 3 [Internet] [Transversal Analítico]. [Ecuador]: Universidad Nacional de Loja; 2023. Disponible en: https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/27274/1/LuisSteven_DiazPe%C3%B1a.pdf
35. Suárez CO. Instrumento para evaluar la adherencia a tratamientos en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. *Avances en Enfermería*. 2010;28(2):73-87.

36. Vega-Dienstmaier JM. Construcción de versiones cortas de la Escala de Psicopatología Depresiva para tamizaje de depresión mayor y sus características psicométricas. *Rev Neuropsiquiatr.* 2018;81(3):154.
37. Colegio Médico del Perú [Internet]. 2020 [citado 15 de diciembre de 2022]. Código de Ética y Deontología. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/wp-content/uploads/2020/01/CODIGO-DE-ETICA-Y-DEONTOLOG%C3%8DA.pdf>
38. The World Medical Association [Internet]. 2020 [citado 5 de febrero de 2023]. Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
39. Weil-Parodi W. Sobre los principios éticos recogidos en las pautas del Consejo de organizaciones internacionales de las ciencias médicas (CIOMS). Un análisis acerca de su aplicación a la realidad de la investigación en Chile. *Revista Clínica de Periodoncia, Implantología y Rehabilitación Oral.* 2015;8(3):256-9.
40. Tramunt B, Smati S, Grandgeorge N, Lenfant F, Arnal JF, Montagner A, et al. Sex differences in metabolic regulation and diabetes susceptibility. *Diabetologia.* marzo de 2020;63(3):453-61.
41. Ares Blanco J, Valdés Hernández S, Botas P, Rodríguez-Rodero S, Morales Sánchez P, Díaz Naya L, et al. Diferencias de género en la mortalidad de personas con diabetes tipo 2: Estudio Asturias 2018. *Gaceta Sanitaria.* septiembre de 2020;34(5):442-8.
42. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud 2014 [Internet]. 2015 [citado 27 de febrero de 2024]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1192/libro.pdf
43. Díaz-Rizzolo D, Caballero Á. Envejecimiento y diabetes: una relación bidireccional [Internet]. *Revista Diabetes.* 2022 [citado 27 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://www.revistadiabetes.org/estilos-de-vida/envejecimiento-y-diabetes-una-relacion-bidireccional/>

44. De la Hoz-Flores A, Gómez-Moros J, Pugliese-Díaz G, Ricaurte-Aita J, Ríos-Rodados R, Velásquez-Foung C. Depresión, ansiedad y estrés en sujetos con diabetes mellitus tipo 2 mayores de 45 años residentes de la ciudad de Barranquilla - Atlántico, 2020 - 2021 [Internet]. [Colombia]: Universidad del Norte; 2020 [citado 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://manglar.uninorte.edu.co/bitstream/handle/10584/10385/1010057994.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
45. Rivarola Sosa A, Brizuela M, Rolón-Ruiz Díaz A. Depression level according to the chronicity of type 2 Diabetes Mellitus and its comorbidities in patients of the Health Units, Encarnación, Paraguay 2018. *Rev salud publica Parag.* 30 de diciembre de 2019;9(2):9-15.
46. Nicolau-Ramis J. Depresión y diabetes [Internet]. *Revista Diabetes.* 2023 [citado 28 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://www.revistadiabetes.org/?p=104045>
47. INA. INA. 2022 [citado 27 de febrero de 2024]. ¿Las mujeres son más propensas a padecer depresión? Disponible en: <https://www.neurocienciasaplicadas.org/post/las-mujeres-son-más-propensas-a-padecer-depresión>
48. Mayo Clinic [Internet]. [citado 27 de febrero de 2024]. Mayor riesgo de depresión en las mujeres. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/depression/in-depth/depression/art-20047725>
49. Londoño-Pérez C, Cita-Álvarez A, Niño-León L, Molano-Cáceres F, Reyes-Ruiz C, Vega-Morales A, et al. Sufrimiento psicológico en hombres y mujeres con síntomas de depresión. *Ter Psicol.* agosto de 2020;38(2):189-202.
50. Ticona-Flores C. Depresión como factor de riesgo en la adherencia de tratamiento en pacientes con diabetes mellitus en el Hospital de Camaná, 2023 [Internet]. [Arequipa]: Universidad Católica de Santa María; 2023 [citado 27 de febrero de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/b1690592-c0fa-4caa-b390-6eef1829173d/content>
51. Domínguez Gallardo LA, Ortega Filártiga E. Factors associated with lack of adherence to treatment in patients with type 2 diabetes mellitus. *Rev virtual Soc Parag Med Int.* 29 de marzo de 2019;6(1):63-74.

ANEXOS

ANEXO 1



CUESTIONARIO

“DEPRESIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN DOS CENTROS DE SALUD, CHICLAYO”

Mucho gusto, le saludan **NATALI GISEL MAZA MILIAN** y **JOSÉ JOAQUÍN ROMERO JULCA**, alumnos del XIII ciclo de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo. Nos encontramos realizando el presente trabajo de investigación con el objetivo de determinar la asociación entre la Depresión y la Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en los Centros de Salud Nivel I-3: “Cerropon” y “Fernando Carbajal Segura – El Bosque” en Chiclayo.

Los siguientes cuestionarios constan de diferentes preguntas orientadas a determinar la presencia de síntomas depresivos y del nivel de adherencia al tratamiento para la Diabetes Mellitus Tipo 2. Agradecemos de antemano su participación, y recordarle que esta se mantendrá anónima y la información obtenida será confidencial y de uso exclusivo para esta investigación.

DATOS GENERALES:

- **Edad :** _____
- **Sexo :** () Masculino () Femenino
- **Tiempo de enfermedad:**
() < 3 años () 3-5 años () >5 años
- **Patologías concomitantes:**
() Hipertensión () Sobrepeso/Obesidad () Dislipidemia
() Otro(s): _____
- **Complicaciones:**
Agudas : () Hipoglicemia () Hiperglicemia
Crónicas : () Neuropatía periférica () Retinopatía diabética
() Nefropatía diabética () Pie diabético
- **Tipo de tratamiento:**
() Dieta y ejercicios () Antidiabéticos orales () Insulina

INSTRUMENTO PARA EVALUAR LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ADHERENCIA A TRATAMIENTOS FARMACOLÓGICOS Y NO FARMACOLÓGICOS EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

INSTRUCCIONES

A continuación, encuentra usted una serie de ítems que expresan aspectos o experiencias que influyen en que usted cumpla con los tratamientos que le formula el médico para su condición de salud actual y en que usted siga las recomendaciones que el personal de salud le hace sobre cambios en sus prácticas de la vida diaria para evitar complicaciones.

Marque por favor para cada ítem con una sola (X) en la columna que corresponde a la frecuencia con que ocurre cada evento en su situación en particular.

Factores influyentes			
Factores socioeconómicos	Nunca	A veces	Siempre
Tiene disponibilidad económica su familia para atender las necesidades básicas (alimentación, salud, vivienda, educación).			
Puede costearse los medicamentos.			
Cuenta con los recursos económicos para trasladarse al lugar de la consulta.			
Los cambios en la dieta se le dificultan debido al alto costo de los alimentos recomendados.			
Puede leer la información escrita sobre el manejo de su enfermedad.			
Cuenta con el apoyo de su familia o personas allegadas para cumplir su tratamiento.			
Factores relacionados al proveedor	Nunca	A veces	Siempre
Las personas que lo atienden responden a sus inquietudes y dificultades con respecto a su tratamiento.			
Se da cuenta que su médico controla si está siguiendo el tratamiento por las preguntas que le hace.			
Recibe información sobre los beneficios de los medicamentos ordenados por su médico.			
Recibe orientación sobre la forma de ajustar los horarios de los medicamentos de acuerdo con sus actividades diarias.			
En el caso que usted fallara en su tratamiento, su médico y enfermera entenderían sus motivos.			
El médico y la enfermera le dan explicaciones con palabras que su familia o usted entienden.			
El médico y la enfermera le han explicado qué resultados va a tener en su salud con el tratamiento que se le está dando.			
Le parece que el médico y usted coinciden en la esperanza de mejoría con el tratamiento y los cambios que está haciendo en sus hábitos.			
Factores relacionados a la terapia	Nunca	A veces	Siempre
Las diversas ocupaciones que tiene dentro y fuera del hogar le dificultan seguir el tratamiento.			
Las distancias de su casa o trabajo a los consultorios le dificultan el cumplimiento de sus citas.			

Tiene dudas acerca de la manera de tomar sus medicamentos, en cuanto a la cantidad, los horarios y la relación con las comidas.			
Cuando mejoran sus síntomas, usted suspende el tratamiento.			
Anteriormente ha presentado dificultades para cumplir su tratamiento.			
Cree que hay costumbres sobre alimentos y ejercicios difíciles de cambiar.			
Factores relacionados con el paciente	Nunca	A veces	Siempre
Está convencido que el tratamiento es beneficioso y por eso sigue tomándolo.			
Se interesa por conocer sobre su condición de salud y la forma de cuidarse.			
Cree que es importante seguir su tratamiento para mejorar su salud.			
Cree que usted es el responsable de seguir el cuidado de su salud.			

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ESCALA DE PSICOPATOLOGÍA DEPRESIVA – 6 (EPD-6)

INSTRUCCIONES

Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.



Por favor marque (X) en la alternativa que usted considera adecuada.

1. ¿Se ha sentido cansado(a), sin energías durante las últimas 2 semanas?
a. Casi nunca. b. A veces. c. Frecuentemente. d. Casi todo el tiempo.
2. ¿Si le pasa algo bueno o recibe una buena noticia, su ánimo mejora?
a. Sí, generalmente. b. Algunas veces. c. Rara vez. d. No, en ningún momento.
3. ¿Ha sentido gusto o satisfacción por las cosas que ha hecho durante las últimas 2 semanas?
a. No, en ningún momento. b. Rara vez. c. Algunas veces. d. Sí, generalmente.

4. ¿Se ha sentido triste durante las últimas 2 semanas?
a. Casi nunca. b. Algunas veces. c. Frecuentemente. d. Casi todo el tiempo.
5. ¿Siente sus brazos o piernas pesados?
a. No, en ningún momento. b. A veces. c. Frecuentemente. d. Casi siempre.
6. ¿Ha tenido problemas para dormir durante las últimas 2 semanas?
a. Nunca. b. Algunas veces. c. Frecuentemente. d. Casi todos los días.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN.

ANEXO 2

	UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO FACULTAD DE MEDICINA HUMANA	
---	--	---

HOJA DE INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Institución: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo

Investigadores: Natali Gisel Maza Milian, José Joaquín Romero Julca

Título del proyecto: Depresión y Adherencia al Tratamiento en los pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 atendidos en dos Centros de Salud, Chiclayo.

Propósito del proyecto: Se le invita a usted a este estudio con el fin de determinar la Asociación entre la Depresión y la Adherencia al tratamiento en los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos por Consultorio Externo de dos Centros de Salud Nivel I-3: “Cerropon” y “Fernando Carbajal Segura – El Bosque” en Chiclayo.

Riesgos: No existen riesgos asociados a su participación en este trabajo de investigación.

Beneficios: No existe un beneficio directo hacia su persona. Con su participación ayudará a la realización de este estudio y que los resultados sirvan en la docencia de la institución universitaria con respecto al tema planteado.

Costos e incentivos: Usted no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole para participar en este estudio, al igual que no deberá pagar nada por su participación. La única satisfacción es la de colaborar en la resolución de la problemática planteada por los investigadores.

Confidencialidad: Las respuestas brindadas en el cuestionario serán anónimas y solo se usarán para los propósitos de la investigación. En caso los resultados de la investigación sean publicados, no se colocará información que permita identificar a las al participante. No se mostrará su información a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento. Las fichas de recolección de datos se eliminarán una vez se haya concluido el trabajo.

Derechos del participante: Usted puede decidir si participar o no en la investigación sin perjuicio alguno. En caso de participar, puede retirarse en cualquier momento en caso así lo desee. Si presenta alguna duda puede contactarse a través de los correos electrónicos de los investigadores: jromeroj@unprg.edu.pe o mmaza@unprg.edu.pe

Consentimiento Informado: He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Al firmar el presente documento, consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre o Iniciales del Participante	Firma	Fecha (día/mes/año)