



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



[Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0)

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD

UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA

EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

“DEPRESIÓN COMO FACTOR DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL CENTRO DE SALUD DE ALTO LARAN DURANTE EL AÑO 2022”

Presentado por:

ECOS RAMOS LUIS ANTHONY

ESTUDIANTE del nivel de **PRE GRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **2%** por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones: Se aprueba la **TESIS**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 11 de diciembre del 2023

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA


Dr. JOSÉ ALFREDO HERNÁNDEZ ANCHANTE
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

UNIVERSIDAD NACIONAL “SAN LUIS GONZAGA”

VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA “DANIEL ALCIDES
CARRIÓN”



TÍTULO:

“DEPRESIÓN COMO FACTOR DE ABANDONO DEL
TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL CENTRO
DE SALUD DE ALTO LARAN DURANTE EL AÑO 2022”

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

SALUD PÚBLICA Y CONSERVACIÓN DEL MEDIO AMBIENTE

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO
PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO

AUTOR:

ECOS RAMOS LUIS ANTHONY

ASESOR:

DRA. YSABEL ROSSANA MASSIRONI PALOMINO

ICA – PERÚ

2023

DEDICATORIA

La presente investigación va dedicado al esfuerzo inconmensurable que brindaron mis padres para la realización de este proyecto así mismo a la apasionante virtud docente de mi asesora que con su orientación dieron cabida para el alcance de estos conocimientos.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la comunidad de Alto Laran por la gran acogida durante el proceso de internado 2022, a mi maestra y asesora por guiarme en este camino; a mis padres por todo el esfuerzo puesto en cada una de las amanecidas y requerimientos para alcanzar este logro

RESUMEN

Este estudio se realizó para analizar la relación de la depresión como factor de abandono de adherencia al tratamiento de diabetes mellitus que pertenecen al C. S. Alto Laran en el año 2022. La muestra estuvo compuesta por 144 pacientes que cumplieron con los criterios de selección propuestos. Dichos hallazgos se obtuvieron al utilizar un enfoque en donde predomina un bosquejo de tipo experimental, transversal descriptivo correlacional que determine la reacción de la variable se requirió el valor estadístico representado por el de chi – cuadrado con un nivel de eficacia 95% y el test de Spearman con una confiabilidad del 95%. Los resultados mostraron 59.03% de toda la muestra no se acojan a la adherencia terapéutica del tratamiento, contraparte el 40.97% si lo hacen. El 41.00% se encontraba con un nivel de depresión correspondiente al grave, el 13.2% un nivel mínimo de depresión, 19.4% contaban con depresión leve y por otra parte el 26.4% con depresión moderada. Las pruebas estadísticas muestran que existe una relación estadísticamente significativa ($P < 0.05$) que arrojó la relación de dependencia directa del nivel de depresión y la adherencia terapéutica.

Palabras claves: Depresión, Adherencia terapéutica, diabetes mellitus.

ABSTRACT

This study was carried out to analyze the relationship of depression as a factor in abandonment of adherence to the treatment of diabetes mellitus who belong to the C.S. Alto Laran in the year 2022. The sample was composed of 144 patients who met the proposed selection criteria. These findings were obtained by using an approach in which an experimental, transversal descriptive correlational outline predominates that determines the reaction of the variable. The statistical value represented by the chi-square test was required with a 95% effectiveness level and the Spearman with a reliability of 95%. The results showed 59.03% of the entire sample do not adhere to therapeutic adherence to treatment, while 40.97% do. 41.00% had a level of depression corresponding to severe, 13.2% had a minimum level of depression, 19.4% had mild depression and 26.4% had moderate depression. The statistical tests show that there is a statistically significant relationship ($P < 0.05$) that showed the direct dependence relationship between the level of depression and therapeutic adherence.

Keywords: Depression, Therapeutic adherence, diabetes mellitus.

ÍNDICE DE CONTENIDO

I.	GENERALIDADES	3
1.1.	Título del proyecto de tesis:	3
1.2.	Nombre(s) de autor(es).....	3
1.3.	Nombre del asesor:.....	3
1.4.	Facultad y Escuela profesional.....	3
1.5.	Lugar e institución donde se desarrollará el proyecto.....	3
1.6.	Duración del proyecto en meses	3
II.	PLAN DE INVESTIGACIÓN.....	3
2.1.	Planteamiento del problema.	3
2.1.1.	Antecedentes de la investigación.....	3
2.1.2.	Bases teóricas	7
2.1.3.	Descripción de la situación problemática.....	14
2.1.4.	Formulación del problema	15
2.1.5.	Importación del problema	16
2.1.6.	Justificación del problema	16
2.2.	OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
2.3.	HIPÓTESIS Y VARIABLES.....	19
2.4.	Estrategia metodológica	20
2.4.1.	Tipo de investigación:	20
2.4.2.	Diseño de la investigación:.....	21
2.4.3.	Técnica e instrumentos de recolección de la información.....	21
2.4.4.	Población y muestra de la investigación	21
2.4.5.	Estrategia de recolección de datos:	23
III.	Análisis e interpretación de resultados.....	24
IV.	Discusión.....	38
V.	Conclusiones de la investigación	42
VI.	Recomendaciones	42
VII.	Financiamiento y presupuesto del proyecto.....	43
VIII.	Cronograma de actividades:.....	44
IX.	Bibliografía	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°. 1	24
Características socio-demográficas de pacientes diabéticos que pertenecen al C. S. Alto Laran en el año 2023.....	
Tabla N°. 2	25
Adherencia al tratamiento en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus pertenecientes al C. S. Alto Laran en el año 2023.....	
Tabla N° 3.....	26
Nivele de Depresión en pacientes con diabetes Mellitus que pertenecen al C. S. Alto Laran en el año 2023.....	
Tabla N°. 4	27
Correlación entre la edad y nivel de depresión en los pacientes diabéticos pertenecientes al C. S. Alto Laran en el año 2023.....	
Tabla N°. 5	28
Correlación entre el sexo y nivel de depresión en los pacientes diabéticos pertenecientes al C. S. Alto Laran en el año 2023.....	
Tabla N°. 6	29
Correlación entre el índice de masa corporal (I.M.C.) y nivel de depresión en los pacientes diabéticos pertenecientes al C. S. Alto Laran en el año 2023	
Tabla N° 7.....	31
Correlación entre situación económica y nivel de depresión en los pacientes diabéticos pertenecientes al C. S. Alto Laran en el año 2023.....	
Tabla N° 8.....	32
Correlación entre edad y adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos pertenecientes al C. S. Alto Laran en el año 2023.....	
Tabla N° 9.....	33
Correlación entre sexo y adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos pertenecientes al C. S. Alto Laran en el año 2023.....	
Tabla N° 10	35
Correlación entre índice de masa corporal (I.M.C.) y adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos pertenecientes al C. S. Alto Laran en el año 2023	
Tabla N° 11.....	36
Correlación entre situación económica y adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos pertenecientes al C. S. Alto Laran en el año 2023	
Tabla N° 12	37
Relación del nivel de depresión y la adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos pertenecientes al C. S. Alto Laran en el año 2023.....	

INTRODUCCIÓN

La salud es uno de los tesoros más preciados que poseemos como seres humanos. En la búsqueda de una vida plena y satisfactoria, invertimos tiempo, energía y recursos considerables para mantenernos en un estado de bienestar físico y mental. La salud física y mental son dos facetas inseparables de nuestra existencia, y cualquier alteración en una de ellas puede tener un impacto profundo en la otra. Esta interconexión entre la salud física y mental se manifiesta de manera especialmente significativa en la interacción de diabetes mellitus frente al proceso que altera el estado mental (depresión), dos condiciones médicas con gran relevancia en la sociedad contemporánea.

La diabetes, una enfermedad crónica caracterizada por niveles altos de azúcar en sangre, afecta a millones de personas en todo el mundo. y representa un importante desafío para los sistemas de atención médica. Por otro lado, la depresión, un trastorno del estado de ánimo que causa una profunda sensación de tristeza y desesperación, que acrecienta etológicamente para la discapacidad mundialmente. Dicha coexistencia entre estas dos condiciones, conocida como comorbilidad, es un fenómeno común y complejo que plantea desafíos significativos tanto para los pacientes como para los profesionales de la salud.

Uno de los aspectos cruciales en el manejo de la diabetes mellitus es la adherencia al tratamiento, que implica seguir rigurosamente las recomendaciones médicas, como la toma de medicamentos, la monitorización de los niveles de azúcar en sangre y la adopción de cambios en el estilo de vida, como la dieta y el ejercicio. La adherencia es esencial para controlar la enfermedad, prevenir complicaciones graves y mejorar la calidad de vida de los pacientes con diabetes. Sin embargo, la depresión puede ser un obstáculo significativo en harás de alcanzar una adhesión efectiva en la manejo médico correspondiente a la patología hiperglucémica.

En este trabajo de grado, exploraremos en profundidad del impacto que ocasiona padecer de depresión frente a los requerimientos terapéuticos exclusivos, necesarios para el control además de la calidad de vida en pacientes diabéticos, centrándonos en los desafíos que la depresión presenta en la adherencia al tratamiento de la diabetes. A lo largo de esta investigación, analizaremos los aspectos médicos, psicológicos y sociales que influyen en esta compleja interacción y evaluaremos las implicaciones que tiene para la salud de los pacientes y los sistemas de atención médica. Además, buscaremos identificar estrategias efectivas para abordar estos desafíos y mejorar la calidad de vida de las personas afectadas por ambas condiciones.

II. GENERALIDADES

1.1. Título del proyecto de tesis:

“DEPRESIÓN COMO FACTOR DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL CENTRO DE SALUD DE ALTO LARAN DURANTE EL AÑO 2022”

1.2. Nombre(s) de autor(es)

Ecos Ramos Luis Anthony

1.3. Nombre del asesor:

DRA. YSABEL ROSSANA MASSIRONI PALOMINO

1.4. Facultad y Escuela profesional

Facultad “Daniel Alcides Carrión” – Escuela profesional de Medicina Humana

1.5. Lugar e institución donde se desarrollará el proyecto.

Alto Laran – Chincha – Ica

1.6. Duración del proyecto en meses

La aplicación de proyecto de tesis da inicio a los 21 días del mes de abril del año 2023, hasta los 24 días del mes de agosto del año 2023.

III. PLAN DE INVESTIGACIÓN

“DEPRESIÓN COMO FACTOR DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL CENTRO DE SALUD DE ALTO LARAN DURANTE EL AÑO 2022”

2.1. Planteamiento del problema.

2.1.1. Antecedentes de la investigación

a) Antecedentes Internacionales

Wang, et al. (2022): En España, se llevó a cabo la revisión de 3 bases de datos en donde se priorizaron 19 artículos que explicaban como la sensación de soledad exacerbaba el inicio de desarrollo de depresión que influenciaban directamente en el tratamiento y manejo de la diabetes como enfermedad de fondo. En donde se menciona en 3 de estos artículos la relación directa entre la depresión y diabetes, generando un avance rápido de la enfermedad metabólica. En su contraparte, uno de estos artículos manifiesta que la soledad desarrollaría la depresión o de alguna manera deteriorar el tratamiento terapéutico para la diabetes. Sin embargo, se llega a la conclusión, que no se brinda

mucha información para poder determinar la existencia de este lazo y su posible repercusión uno del otro. (7)

Revelo, Valeria (2021): En Ecuador, Se lleva a cabo una investigación que analiza, contabiliza, y así mismo observa múltiples variables en el mismo momento además de su interacción durante la investigación, concluyendo que existe un 33.3 % de los diabéticos entrevistados contaban con depresión en cualquier nivel de desarrollo, siendo también un impacto importante la población que en su mayoría (68.8%) conto con depresión. (8)

Vleeschower, et al. (2022): En México, Alteración de la salud mental (depresión) así como la presencia de Diabetes Mellitus, son conocidas como enfermedades silentes que cada día aumentan de manera silenciosa a nivel mundial, es así que durante el estudio aplicado se logra identificar que el primero sería una consecuencia a futuro de la falta de un metabolismo óptimo de glucosa y sus complicaciones asociadas, es así que se observó en la población en estudio un 80% de deprimidos y valores de glicemia en 453 mgr/dl en relación directa a circunstancias que exacerbaron la depresión como factor de diabetes en la Unidad Medico Familiar N°13 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.(9)

b) Antecedentes nacionales

Loo, María. (2019): En Lima, Se llevo a cabo el interés científico de conocer en una población, analizando y observando transversalmente a cada uno de los participando, siendo un total de 131 participante diagnosticado y en tratamiento de hiperglucemia por resistencia a la insulina, atendidos en el consultorio endocrinológico de Hospital PNP Luis N Saenz. En donde se cómo resultado se visualizó que un 68.7 % de varones presento diabetes, y de estos un 26.7% se le asocio depresión. Llegando a la conclusión que la depresión tiene una relación directa y su impacto en el control de glicemia asociado debido a la adherencia al tratamiento establecido. (10)

Sullca Vasquez, Emma. (2018): En Arequipa, Se busco identificar patrones de peligrosidad en afección directa cardiaca y/o circulatoria que tienen una relación directa con el declive de la salud mental en diabéticos diagnosticados, como consecuencia de una exhaustiva recolección de datos visualizando, correlacionando las variables intervinientes obtenidas durante el proceso. Así es que se logró evidenciar que 19.0% de los participantes en un rango etario de 40 a 59 años así como la población que se encontraba entre los 60 a 79 años resulto con un índice de 13% para un estado depresivo comprometido; sin embargo en un menor rango etario así como los pertenecientes de 20 a 29 años cursaban con un estado levemente depresivo; por otro lado el sexo predominante con afección sobre la salud mental resulto ser el femenino, debido a que luego del procesamiento de datos arrojó un 30% de compromiso de los participantes.

En otro apartado la relación que mantienen las personas hipertensas y el desarrollo de un estado depresivo tuvo como valor de resultado de 16%, tal manera la proporción directa del aumento de masa corporal y su efecto sobre el estado depresivo de los participantes arrojó un 14% de compromiso. Aquellos que presentaron un estado depresivo de alto compromiso consecuentemente mantenían un perímetro abdominal mayor al normal, resultando como valor probabilístico un 36% de los participantes, además también en la asociación con el valor de glucosa en sangre se obtuvo un 30% que tenía compromiso de salud mental. Estableciendo de importancia el estudio de la salud mental como un papel protagónico en el tratamiento, abandono y aparición de comorbilidades a la enfermedad de fondo, diabetes. (11)

Miranda, Karen. (2017): En Trujillo, se buscó encontrar la relación que mantienen aquellos pacientes que desarrollaron diabetes y tuvieron afección sobre la salud mental. Describiendo, observando, y recopilando información de una muestra de 384 participantes con una edad mayor a 65 años, diabéticos diagnosticados que recibieron manejo médico y acudieron por consultorio externo de la especialidad de endocrinología

perteneciente al H.V.L.E. a lo largo de noviembre del año 2016 y febrero de 2017. Dicho estudio arrojó un 90,6% de compromiso del estado depresivo en interrelación con las glucosas elevadas en sangre, de estos un 57.3% fueron mujeres, así como un 56.5% de los participantes llevaban una carga familiar.

c) Antecedentes locales

Aparcana, Raúl. (2022): En Ica, se buscó encontrar asociaciones riesgosas para depresión en diabéticos del HRI durante el año 2022. Utilizándose una metodología analítica de recopilación de información, además de transversalización de información que describe, interrelaciona y define dichas asociaciones. Siendo participes en este estudio una población muestral de 200 personas, de estos últimos un 50% se encontraba con diagnóstico depresivo confirmado. Así es que se llega a establecer que el desarrollo de dicho estado que altera la salud mental tiene predisposición directa con el periodo de tiempo que cursan a lo largo de la enfermedad metabólica, también se le debe al control de diabetes, así como también a la aparición de afecciones graves consecuentes a la hiperglucemia crónica como factores significativos. (13)

Morales, Alison. (2019): En Chincha, se buscó delimitar el vínculo de la hiperglucemia crónica con el desarrollo de un estado depresivo en personas con una edad superior a los 30 años en el HSIJCH durante el periodo 2019, llevándose a cabo de manera observacional la recopilación de datos para la interacción de las variables que permita describir dicho vínculo. De tal manera es que como resultados se establece una relación directa de entre el estado depresivo y la DM II. (14)

Huamani – Prado. (2016): En Ica, a través de una indagación de corte retrospectivo, que describe y relaciona variables dentro de un grupo muestral conformado por personas con DM II en seguimiento y manejo médico en los meses de enero – febrero correspondiente al año 2016, dentro de los participantes se contó con 237 integrantes que se sometieron al estudio, a los cuales se les evaluó con la escala MMAS – 8 conjuntamente con el Modelo de Regresión Logística para interactuar con las variables

asociadas. Dicho trabajo presento un alto porcentaje en el sexo femenino correspondiente a 66.2%; teniendo como tiempo de enfermedad promedio 7 años, una glicemia promedio de 187 mg/dl además de una hemoglobina glucosilada alrededor de 7.93% como promedio. Con estos valores, se logró establecer un 39.7% de adherencia, en donde predominaron un tiempo de enfermedad superior a 16 años asociado a concentraciones de glucemia con valores cercanos a 130 mg/dl que llevo a definir que solo un 13 – 18% experimentaron interrupciones durante el manejo farmacológico. (15)

2.1.2. Bases teóricas

a) Depresión:

Condición compleja y multifactorial que se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza, desesperanza y falta de interés en actividades que normalmente se disfrutan. Un grupo grande de factores contribuyen en el desarrollo de esta afección, como la predisposición genética, los desequilibrios químicos en el cerebro, el estrés, los traumatismos y los factores ambientales. La investigación en neurociencia y psicología ha arrojado luz sobre los mecanismos subyacentes de la depresión, incluidas las alteraciones en neurotransmisores como la serotonina. Así pues, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales en su quinta edición (DSM-5) define a la depresión mayor como trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia de al menos cinco de los nueve síntomas cardinales durante un período de dos semanas o más, incluyendo tristeza persistente y pérdida. interés o placer en las actividades que mellan su desarrollo o expresión social, laboral u otras áreas funcionantes que no son atribuibles a patrones pato – fisiológicos correspondiente o lógicos en el desarrollo normal de alguna enfermedad, en este enfoque la depresión toma un rol importante como trastorno mental grave que afecta profundamente la salud mental y el funcionamiento diario de una persona.

(31)

b) Epidemiología

La OMS realizó una investigación en 2017 que muestra que de 2005 a 2015, obteniéndose aproximadamente a 322 millones de personas que desarrollaron depresión en comparación con ese momento (incrementándose cerca del 18,4%), existiendo un mayor desarrollo de esta patología en el sexo femenino llegando a una proporción de 5,1% frente a su contraparte masculina, así también se observó un aumento similar en el adulto mayor, con predominio en varones con un porcentaje cercano a 5.5%, que se contrasta con el valor obtenido de 7.5% de femeninas de la misma condición pero que es más prevalente en edades entre 55 a 74 años. (32)

Así mismo, Hernández y Muñiz, participantes de un estudio de depresión en el centro geriátrico "Quintana Roo" lograron deducir como es que esta afección silenciosa puede ir incrementando en el tiempo, es decir conforme la persona acumula años etarios y como es que es el tiempo transcurridos más personas pueden desarrollarla. En consecuencia, se dedujo que para para 2025, esta población etaria incrementaría progresivamente hasta alcanzar cerca de los 18 millones en México, y para el 2050 existiría no menos del 25% de la población adulta mayor con este padecimiento. (33)

De la misma manera, Baldeón y Luna, recopilan las variables sociodemográficas presentadas en el ENDES 2017 para contrastarlo con la población geriátrica, debido a que estos presentan mayor predisposición debido a las afecciones orgánicas que pueden desarrollar en base al tiempo transcurrido de vida, entendiéndose que cerca de una tercera parte (37,4%) del análisis sufrieron o están padeciendo de depresión, este dato estadístico se acrecentaba con forme existía menos recursos económicos, (66.9%) adulto mayor pobre; además el sexo mas comprometido fue el femenino (40.5%). (34)

c) Clínica

La presencia de los síntomas de que se mencionan a continuación:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, como resultado de información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, desesperado) u observado por otros (p. ej., parece llorar).
- Interés o disfrute significativamente reducido en su totalidad o la mayoría de actividades durante gran parte del día, casi todos los días (representado por información subjetiva u observaciones).
- Pérdida de peso significativa sin hacer dieta ni subida de masa corporal (p. (es decir, la variación por encima a el 5% en su masa corpórea en un plazo cercano a los 30 días)); así como la alteración del interés por la ingesta de alimento a diario.
- Pérdida del sueño o insomnio con frecuencia a los días transcurridos y/o vividos.
- Intranquilidad o dificultades en el desempeño psicomotor la mayormente a diario (manifestado a la percepción tercera; abarcando no solo una sensación subjetiva correspondiente a agitación y/o lentitud).
- Cansancio, es decir, interés por falta energética habitual que se mantiene a lo largo del día y de los días transcurridos.
- Percepción casi diaria a culpa inútil, excesiva o inadecuada (posiblemente delirante) (no sólo culpa de uno mismo o culpa por estar enfermo).
- Capacidad reducida en pensamiento, concentración o toma de decisiones mayormente a diario (se fundamenta en la percepción individual e impresión por terceros).
- Ideales reiterativos al culmino de vida (no excluyendo el miedo a perderla), ideación suicida recurrente con un plan específico, intento de la pérdida o procesos específico para concretarlo.

Para poder diagnosticar el desarrollo de la depresión en una persona, según la DMS – 5 debe de contar con 5 de los 9 ítems arriba mencionados, que a su vez no estén en correlación con alguna otra patología, sustancia o que meramente subjetiva. (32)

Los parámetros en mención permiten un diagnóstico casi exacto, pero es importante reconocer las pequeñas señales que se manifiestan tan en el comportamiento afectivo, cognitivo, somático y conductual. Ya que estos en conjunto manifiestan el síndrome depresivo, para encontrar la intensidad con la que se desarrolla, así como también poder clasificarlo.

- Síntomas conductuales: Cambios en el funcionamiento psicomotor con efectos en todo el cuerpo: imitación facial, movimientos únicos o en conjunto, aspecto global, actitud, cambios al andar y desplazarse, comunicación (lentitud, falta de proactividad, silencio) y/o pérdida de la productividad asociado a comportamiento inhibidos como tendencias al apartamiento, que conducen al lamento, los intentos con culmino de la vida y el suicidio se manifiestan con la depresión. A demás existe la posibilidad de asociarse a reacciones impetuosas, vehemente o histéricas y en episodios excepcionales a depresión, que en vez de una disminución se aprecia una excitación psico – motora.
- Síntomas emocionales
 - 1) Tristeza patológica o estado de ánimo deprimido. Naturalmente denegativa y se expresa mediante tristeza, desierto, desesperanza y, en casos graves, falta de emociones, que en ocasiones puede quedar enmascarada por otros síntomas.
 - 2) Anhedonia. Dificultad a obtener una retribución placentera de lo que es apacible. Esto conduce al apartamiento y la insensibilidad.

3) Ansiedad secundaria a depresión. Simboliza un pánico hondo e irracional a que suceda un suceso malicioso y aterrador, lo que nos pone en una constante situación vigilante, agitación y desesperanza, provocando la búsqueda de auxilio.

4) Irritabilidad. Parece probable que respuestas conductuales violentas, infundadas y/o descomedido conduzcan a la exclusión colectiva.

5) Disforia. Evocación generalizada de incomodidad, un conjunto de percepciones desestimadas: melancolía, incomodidad, preocupación, irascible.

6) Indiferencia. Se desarrolla presentando con total insensibilidad.

- Síntomas somáticos: Número total de síntomas somáticos y su gravedad vinculados a la importancia de los episodios depresivos:

1) Alteraciones vegetativas. Astenia, dolor de cabeza sin asocian aparente, dolores musculoesqueléticos, disminución corporal, cambios eupépticos (indigestión, constipación, anorexia, etc.), cambios cardiovasculares (opresión, arritmia), alteraciones en el deseo sexual, de la homeostasis o incluso trastornos que interrumpen el descanso en sus variantes o insomnio.

2) Trastorno del ritmo de vida. Se presentan de forma diferente y no en todos los pacientes: cambios en los ritmos de sueño/vigilia, ritmos circadianos con empeoramiento de los síntomas por la mañana y cambios en los ritmos establecidos con recuperación en el periodo invernal. (35)

d) Depresión dentro de diabetes mellitus

La conexión que existe de este patrón mental, dentro de una patología metabólica como es la diabetes se resume en el pasar de los años con dicho diagnóstico, ya que permiten acumular una excesiva carga emocional. Esto se

explica en el régimen estricto que se debe de mantener para detener su progreso y disminuir el impacto de descompensación fisiología que le ocasionaría al cuerpo del portador, que no le permitiría vivir de manera “normal” frente a aquellos que no lo poseen. Esto se ve reforzado, ya que la depresión se asocia a baja autoestima, desesperanza y descuido de las propias necesidades, en tal medida no se cumpliría a cabalidad con estilos saludables, actividad física recomendada, tabaquismo, y además de una alimentación paupérrima cayendo en la inactividad, una pérdida del seguimiento, alimentación rica en carbohidratos. (36)

e) Mecanismo Biológicos

Investigando y asociando las manifestaciones depresivas y estipulaciones médicas correspondientes a patologías circulatorias cardiacas, hiperglicemia, neoplasias y alteraciones de afección neuronal. El proceso inflamatorio como factor subyacente mayormente encontrado a patologías que se desarrollando en periodos largos de tiempo. Una triada de descubrimientos destacados respaldan esta idea en como el estado depresivo se comporta en el cambio inflamado: aumento consistente de respuesta química -- inflamatoria en el componente sanguíneo de pacientes con dichos episodios, aumento de proteínas de fase aguda y disminución de proteínas de respuesta aguda negativas. Esta estimulación de defensa inmune frente al proceso inflamatorio crónico también afecta la regulación del sistema neuroendocrino, provocando cambios espectaculares observados en la depresión. El estrés crónico puede inducir la activación crónica e inmunológica conduciendo a través de múltiples caminos, incluida la sobre activación de la vía hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHA) y la activando la amígdala, aumentando el mecanismo de secreción de citocinas proinflamatorias como IL-1beta y TNF-alfa. Dichas sustancias químicas inician la actividad del NFkB, esto a su vez acrecentar la creación de IL-6 e IL-8,

conllevando a la liberación de interferón gamma (INF-gamma) por las células T y aumenta la elaboración proteica en etapa aguda.

Se incrementa las sustancias químicas antes de la inflamación en la circulación que han vinculado con la insensibilización del receptor de la hormona corticosterona (CG), reduciendo eficazmente los factores de crecimiento neuronal y la existencia de sustancias neuro mensajeras monoaminérgicos. Además, los glucocorticoides (GC) inducen a propagar la hormona liberadora de corticotropina (CRH) por el hipotálamo, esto, a su vez, mantendría la hiperactivación a la vía hipotálamo-hipófisis-suprarrenal (HHA).

Se observa un triptófano en pérdida con respecto a su cantidad disponible a nivel neuronal debido a la acción del interferón-gamma (INF-gamma), que activa la enzima indolamina 2,3 dioxigenasa (IDO), promoviendo la disyunción al triptófano y generando catabolitos pertenecientes del triptófano con impacto a la generación de episodios de ansiedad y depresión. Es así como, el ácido quinurénico puede promover la excito – toxicidad, mientras que “el ácido quinolínico” incremento el proceso inflamatorio. Otros catabolitos como el ácido 5-hidroxi-antránílico, la 3-hidroxi-quinurenina y el ácido quinolínico provocan estrés oxidante y perjuicio, incluyendo la peroxidación lipídica. Además, el ácido quinurénico, el ácido 3-hidroxi-antránílico y la 3-hidroxi-quinurenina afectan la síntesis de trifosfato de adenosina y reducen la función mitocondrial. (37)

Últimamente, Herder et al. pudo demostrar la relación de las citocinas inflamatorias (IL-1RA y PCR) y los hallazgos del estado depresivo a través de un proceso investigativo de 389 pacientes con DM. (38)

El inicio crónico de la vía hipotalámico – pituitario – adrenal(H-H-A) con niveles elevados de cortisol tienden a provocar efectos secundarios entre estos el aumento súbito de la glucemia, osteoporosis y el incremento de enfermedades

cardiovasculares. Los pacientes con diabetes y afecciones crónicas tienen concentración aumentada de cortisol, que están relacionados con la gravedad de estas complicaciones menciona Álvarez et al. en EMA – 1, de la revista perteneciente a “La Sociedad Argentina de Diabetes” en donde a su vez menciona que: “En pacientes con DM1 y DP se halló el test de RCD bloqueado en un alto porcentaje. La DP moderada/severa se relacionó con peor control glucémico”. (39)

2.1.3. Descripción de la situación problemática

La diabetes es una enfermedad crónica, en donde se produce y/o utilizar de manera adecuada la insulina producida por el organismo. Que con el pasar de los años asume un rol importante en la afectación o interrupción de salud, es así como va avanzando cada vez más a poblaciones jóvenes, actualmente por organismo como la Federación Internacional de la Diabetes (IDF) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) llegan a concluir en una definición para tal evento metabólico, como «una de las emergencias sanitarias mundiales de más rápido crecimiento en el siglo XXI» (1). Es así, que la OMS logro detectar en 2021 más de 500 millones de adultos con diabetes, predominando de manera abrumadora la diabetes tipo 2 en un 90% de los casos confirmados; asimismo se estimó que 541 millones de persona contaban con dos situaciones predisponentes, la intolerancia a la glucosa y/o la alteración de la glucemia en ayunas, patrones adecuados que permiten el desarrollo a futuro de dicha enfermedad, colocando a este grupo humano en “prediabetes”. (1-2)

En el Perú, no se es ajeno a dicho valores estadísticos que permiten visualizar un panorama frente al avance silente y desprevenido de dicha patología; el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC – Perú) presento al Minsa la aparición de 9,586 casos nuevos en el primer trimestre de 2022 que se suman a los 32,085 empadronados desde la pandemia Caovid-19 hasta la actualidad. (3)

La depresión, enfermedad silenciosa, de rápido avance, que no discrimina estratos sociales – económicos ya que afecta a cerca de un 3.8% de la población mundial, es decir casi unos 280 millones de personas la presentan. En donde se manifiestan variaciones en estados de ánimo, comportamiento y compromiso directo de la salud mental generando estabilidad para realizar actividades cotidianas, escolares, laborales y que en el transcurso del desarrollo causan sufrimiento. Si bien puede tratarse como una enfermedad cualquiera, es decir a través de fármacos, las múltiples comorbilidades y/o asociaciones dificultan el manejo y el tratamiento, debido a la interacción medicamentosa. (4-5)

Es por tal razón, que una enfermedad no transmisible como la diabetes, la cual depende de muchos estratos para llevar un adecuado tratamiento y mantener valores de glucosa óptimos para que no se llegue al sufrimiento y/o deterioro orgánico, nos permite evaluar que tan bien se maneja el estrato psicoemocional – afectivo, en donde las circunstancias que brindan la sociedad, familia, los diversos estadios etarios y el impacto sobre el diabético permitan cumplir con dicho tratamiento. A nivel nacional es poco el estudio e interés por esta parte o relación directa, que es indispensable encontrar esa unión directa para evitar la formación del círculo vicioso en donde la depresión exagera no continuar o llevar de mala manera el esquema de manejo para la patología diabética.

2.1.4. Formulación del problema

a) Problema general

¿Es la Depresión un factor para el abandono del tratamiento en pacientes diabéticos del C.S. de Alto Laran durante el Año 2022?

b) Problemas Secundarios

P.E.1: ¿A qué edad se presenta la depresión como un factor para el abandono del tratamiento en pacientes diabéticos del C.S. de Alto Laran durante el Año 2022?

P.E.2: ¿En qué sexo se presenta la depresión como un factor para el abandono del tratamiento en pacientes diabéticos del centro de salud de Alto Laran durante el Año 2022?

P.E.3: ¿Qué actividad laboral conlleva a la depresión como un factor para el abandono del tratamiento en pacientes diabéticos del centro de salud de Alto Laran durante el Año 2022?

2.1.5. Importación del problema

La importancia de abordar la depresión en el tratamiento de la diabetes no puede ser subestimada. El proceso hiperglucémico, patológicamente se desarrolla en un tiempo largo viene afectando una gran cantidad de individuos globalmente, y su manejo efectivo es esencial para prevenir complicaciones graves como enfermedades cardiovasculares, neuropatía y retinopatía diabética. Sin embargo, esta existencia frente a la diabetes por parte de estados depresivos puede complicar significativamente controlar la enfermedad y tener un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes.

Se entiende de vital importancia reconocer aquellas eventualidades desfavorables para que un diabético cumpla estrictamente su terapia en su proceso terapéutico en el C.S. ALTO LARAN durante el año 2022. Dado que, la depresión es un factor crítico a considerar en el tratamiento de la diabetes. Abordar tanto la salud física como la mental de los pacientes es esencial para lograr un control óptimo de la diabetes y mejorar la calidad de vida de quienes viven con esta enfermedad crónica. Esto implica la detección temprana de la depresión, el acceso a la atención médica y psicológica adecuada, así como la promoción de estrategias de afrontamiento saludables.

2.1.6. Justificación del problema

La detección de la depresión en la diabetes mellitus comprometiendo positiva o negativamente la adherencia al tratamiento es multifacética y se apoya en una serie de razones fundamentales:

- Relevancia en la salud pública: La diabetes mellitus, patología crónica aumentando a ritmo constante alrededor del globo terráqueo, con consecuencias significativas para la salud pública. La depresión, por su parte, también es un problema de salud global de gran envergadura. Comprender cómo estas dos condiciones interactúan es esencial para abordar de manera efectiva las necesidades de una población cada vez más afectada.
- Alto impacto en los pacientes: Tanto la diabetes como la depresión pueden tener un impacto devastador en la calidad de vida de quienes las padecen. La comorbilidad de ambas condiciones agrava aún más los síntomas y las complicaciones, lo que hace necesario comprender cómo se influyen mutuamente y cómo esto afecta a los pacientes en su día a día.
- Desafíos de manejo clínico: Los profesionales de la salud enfrentan desafíos considerables al tratar a pacientes con diabetes y depresión. La interacción de estas condiciones puede complicar el manejo de la diabetes, lo que requiere enfoques multidisciplinarios y estrategias de tratamiento más efectivas.
- Posibles implicaciones económicas: Asociaciones de sinergia y negatividad que relaciona la diabetes con la depresión podría tener implicaciones económicas significativas para los sistemas de atención médica y para la sociedad en general. Una comprensión más profunda de esta relación puede ayudar a mitigar costos futuros al mejorar la prevención y el manejo de estas condiciones.
- Falta de estudios actualizados: A pesar de la relevancia de este tema, la investigación actualizada sobre las asociaciones de sinergia y negatividad que relaciona la diabetes con la depresión es limitada. La realización de un trabajo de grado en este ámbito puede contribuir al conocimiento existente y llenar un vacío en la literatura científica.

- Impacto en la calidad de vida: La salud mental y física están intrínsecamente vinculadas, y el bienestar general de un individuo depende en gran medida de ambas. Abordar la relación entre la depresión y la diabetes puede mejorar la calidad de vida de los pacientes al proporcionarles un enfoque más completo de atención médica.

Por lo tanto, realizar un trabajo de grado sobre la intersección de la depresión y la diabetes mellitus es esencial para abordar un tema de salud crítico y complejo que afecta a un número significativo de personas en todo el mundo. Contribuir a la comprensión de esta relación y sus implicaciones en el manejo clínico y la calidad de vida de los pacientes es una empresa valiosa que puede tener un impacto positivo tanto en la atención médica como en la sociedad de Alto Laran – Chíncha. Debido a que en un hospital de Paraguay se llevó a cabo dicho conocimiento en donde predominó 66.7% de depresión en diabéticos (6).

2.2. OBJETIVO DE LA INVESTIGACIÓN

a) Objetivo principal

O.P.: Identificar a la depresión como factor de abandono del tratamiento en pacientes diabéticos del C.S. de Alto Laran en el año 2022.

b) Objetivos específicos

O.E.1.: Determinar la edad predisponente a desarrollar la depresión como factor de abandono del tratamiento en pacientes con diabetes del C. S. de Alto Laran en el año 2022.

O.E.2.: Identificar que sexo predomina en desarrollar la depresión como factor de abandono del tratamiento en pacientes con diabetes del C. S. de Alto Laran en el año 2022

O.E.3.: Relacionar el impacto de la actividad laboral y la depresión como factor de abandono tratamiento en pacientes con diabetes del C. S. de Alto Laran en el año 2022.

2.3. HIPÓTESIS Y VARIABLES

a) Hipótesis Principal

H.P.: La depresión como factor de abandono del tratamiento en pacientes con diabetes del C.S. de Alto Laran durante el año 2022.

b) Hipótesis Secundarias

H.1.: El aumento de la edad con lleva a desarrollo de la depresión y por ende abandono del tratamiento en pacientes diabéticos del centro de salud de Alto Laran durante el año 2022.

H.2.: El sexo femenino tiene predominio en el desarrollo de la depresión y por ende abandono del tratamiento en pacientes diabéticos del centro de salud de Alto Laran durante el año 2022.

H.3.: El impacto de la actividad laboral desarrolla la depresión y por ende abandono tratamiento en pacientes diabéticos del centro de salud de Alto Laran durante el año 2022.

c) Variables Dependientes: Depresión, Abandono del tratamiento

d) Independiente: Edad, Sexo, Diabetes.

Operacionalización de variables				
Variables	Tipo de Variable	Dimensión	Indicador	Tipo
Depresión	Dependiente	Alteración del bienestar emocional, social y afectivo	Consultas Psicológicas	Cuantitativa
Abandono del tratamiento	Dependiente	No cumplir con recomendaciones, horarios y dosaje de fármaco requerido	Controles mensuales	Cuantitativa

Edad	Independiente	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un individuo	Número en años	Cuantitativa
Sexo	Independiente	Caracteres diferenciales en el ser humano	Femenino Masculino	Cualitativa
Diabetes	Independiente	Enfermedad metabólica crónica que se asocia a la hiperglucemia.	Glucosa en ayunas	Cuantitativo
			Años de diagnóstico	Cuantitativo

2.4. Estrategia metodológica

2.4.1. Tipo de investigación:

Investigación Cuantitativa: investigación científica que se basa en la recopilación y análisis de datos numéricos para comprender, describir y explicar fenómenos, así como para evaluar hipótesis y relaciones. Implica la medición objetiva de variables y la utilización de técnicas estadísticas para el análisis de datos con el fin de obtener resultados precisos y generalizables. (31)

- Diseño de encuestas: Realizar encuestas estructuradas para recopilar datos cuantitativos en un conjunto muestral representativa a individuos diabéticos. Las encuestas podrían medir la predominancia en la población de estos episodios depresivos, así como la adherencia al tratamiento, las concentraciones de glucemia y otros indicadores relevantes.
- Análisis estadístico: Utilizar análisis estadísticos para evaluar la relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento de la diabetes. Esto podría incluir pruebas de correlación, análisis de regresión u otros métodos estadísticos apropiados para identificar posibles factores predictivos o asociaciones. (31)

2.4.2. Diseño de la investigación:

- Investigación Observacional: investigación científica que involucra la observación sistemática y cuidadosa de eventos, comportamientos o fenómenos en su entorno natural, con el propósito de describir, comprender y analizar estos eventos sin alterarlos deliberadamente. Se basa en la recopilación de datos mediante la observación directa y la documentación precisa de lo que ocurre, sin la manipulación controlada típica de los experimentos.
- Investigación descriptiva: metodología de investigación que se enfoca en recopilar, analizar y presentar datos de manera sistemática para describir detalladamente un fenómeno, población o evento. Su objetivo es proporcionar una representación objetiva y precisa de las características, propiedades y relaciones relevantes del objeto de estudio, sin intentar establecer relaciones causales o explicativas.
- Investigación retrospectiva: enfoque de investigación científica en el que los investigadores recopilan datos de manera planificada y sistemática a lo largo del tiempo para analizar tendencias, relaciones causales o efectos potenciales de eventos o factores en desarrollo.

2.4.3. Técnica e instrumentos de recolección de la información

a) Técnica:

Recolección de datos a través del desarrollo de encuestas estructuradas

b) Instrumentos:

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

2.4.4. Población y muestra de la investigación

a) Población

Pacientes que cuenten con diagnóstico de diabetes mellitus tipo II, residentes en el distrito de Alto Laran – Chincha, con residencia perteneciente al centro de salud del mismo nombre.

b) Tamaño de la muestra:

No se llevo acabo un mapeo muestral de todos los participantes, así que se considerara a todos aquellos que realizaron seguimiento al centro asistencial de salud escogido para la investigación.

c) Criterios de selección: Criterios de inclusión

- Diabetes mellitus diagnosticada
- Edad mayor de 18 años
- Pacientes diabéticos que accedan de manera voluntaria
- Pacientes diabéticos dentro del padrón de Enfermedades No Transmisibles del centro de salud de Alto Laran durante el año 2022
- Pacientes diabéticos residentes del distrito de Alto Laran – Chincha, Que además accedieron al consentimiento informado y aprobaron el proceso investigativo.
- Pacientes diabéticos adultos que laboren dentro del distrito de Alto Laran y que lleven el control de medicación por parte del centro de salud de Alto Laran durante el 2022.

d) Criterios de selección: Criterios de exclusión

- Mal llenado de fichas y/o información brindada incompleta
- Pacientes con alguna discapacidad neurológica de causa distinta a la diabetes
- Embarazo
- Lactancia
- Consumo de alcohol

- Paciente diabético que no se encuentra dentro del padrón de Enfermedades No Transmisibles del centro de salud de Alto Laran durante el año 2022
- Pacientes diabéticos pediátrico y/o adolescente que acude al C.S. de Alto Laran durante el año 2022.
- Pacientes diabéticos no residentes del distrito de Alto Laran, que llevan tratamiento en el C. S. de Alto Laran durante el año 2022.

e) Muestra de investigación:

Pacientes que acuden al C. S. Alto Laran, que además cumplen con los criterios de selección establecidos, durante el periodo del año 2022.

f) Procedimiento a muestreo:

Voluntario

2.4.5. Estrategia de recolección de datos:

a) Organización:

- Se solicitud mediante F.U.T. al personal competente, el acceso a las instalaciones del centro de salud Alto Laran, para realizar la revisión de historias clínicas, así como también realizar llamadas telefónicas y/o visitas domiciliars a cargo del personal de salud a los pacientes pertenecientes a la muestra de investigación.
- Se le explico a los pacientes que accedieron a participar de dicha investigación, cual es fin de la misma y como deberían de hacer el llenado del cuestionario.
- Consecuentemente con la explicación, se procede a la firma del consentimiento informado y de los fines de utilización de dichos datos por parte del investigador
- Todo lo recabado se transmitió a un sistema de base estadístico informático para la realización de la interpretación y relación de los mismos.
- Analizaremos e interpretaremos los resultados obtenidos de dicho programa estadístico y así se culminará todo el proceso con las conclusiones pertinentes obtenidas.

b) Recursos:

- Humanos

- Investigador
- Asesor de investigación
- Pacientes voluntarios que accedieron a participar de la investigación

- Materiales

- Cuadernillo de preguntas impreso
- Materiales de escritorio
- Laptop para el manejo informático
- IBM – SPSS para el procesamiento de datos

- Financieros

- Autofinanciado

IV. Análisis e interpretación de resultados

Tabla N°. 1

Características socio-demográficas de pacientes diabéticos que pertenecen al C.

S. Alto Laran en el año 2022

Sociodemográficos	N°	%
Sexo		
Femenino	87	60.4
Masculino	57	39.6
Edad		
Menor de 45 años	36	25.0
De 45 a 56 años	38	26.4
De 57 a 69 años	39	27.1
Mayor de 70 años	31	21.5
Situación Económica		
Desempleado	40	27.8
Hogar	21	14.6
Dependiente	40	27.8
Independiente	43	29.9
Índice de Masa Corporal		
Desnutrición	2	1.4
Normal	25	17.4
Sobrepeso	47	32.6
Obesidad I	50	34.7
Obesidad II	8	5.6
Obesidad III	12	8.3
TOTAL	144	100

Fuente: *Elaboración propia*

En la gráfica mostrada anteriormente, podemos rescatar que cerca de un 60.4% de los pacientes diabéticos que pertenecen al C.S. Alto Laran pertenecen al sexo femenino, así como la edad de predominio muestral fue alrededor de los 57 a 69 años con un porcentaje cerca del 27.1%. Además, el 29.9% de estos cuentan con un empleo independiente, es decir sin un cargo fijo mensual monetario. A su vez, también se logro obtener que cerca del 34.7% de los mencionados cuentan con el desarrollo de una obesidad grado I.

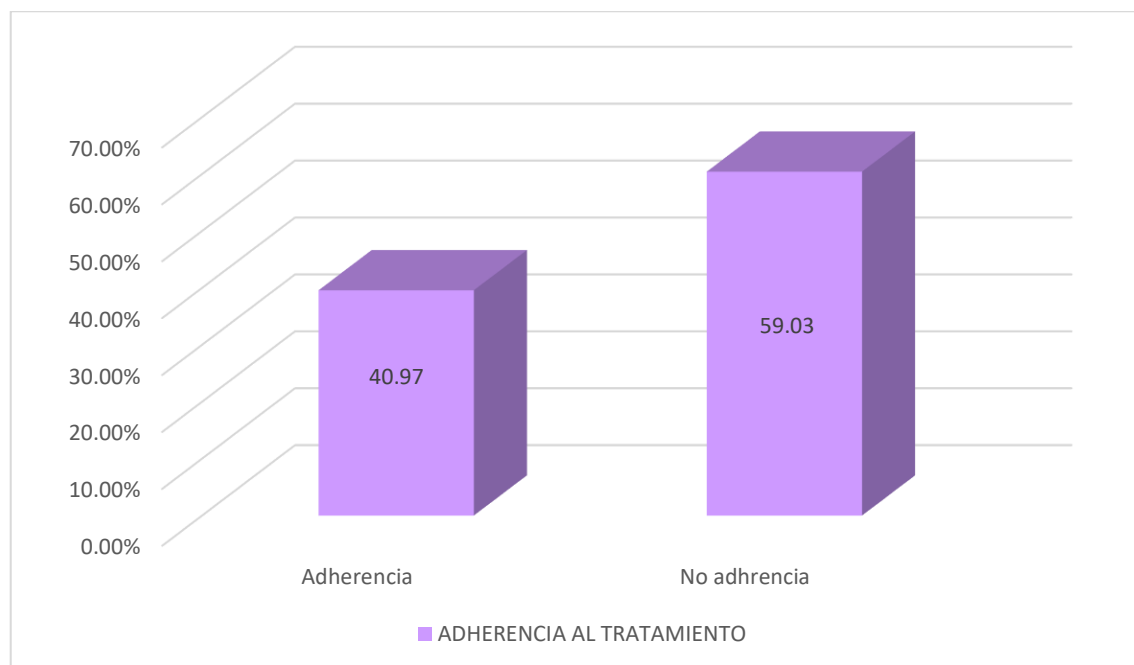
Tabla N°. 2

Adherencia al tratamiento en los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus pertenecientes al C. S. Alto Laran en el año 2022

Adherencia	N°	%
No Adherente	85	59.03
Adherente	59	40.97
TOTAL	144	100

Fuente: *Elaboración propia*

Los datos referencian que un gran número de los pacientes (59.03%) diagnosticados con diabetes mellitus que pertenecen al C. S. Alto Laran no presentan adherencia al tratamiento farmacológico en su contraparte 40.97% son considerados adherentes al correcto llenado del cuestionario de Morisky (NO, SI, NO, NO)



Fuente: *Elaboración propia*

Tabla N° 3

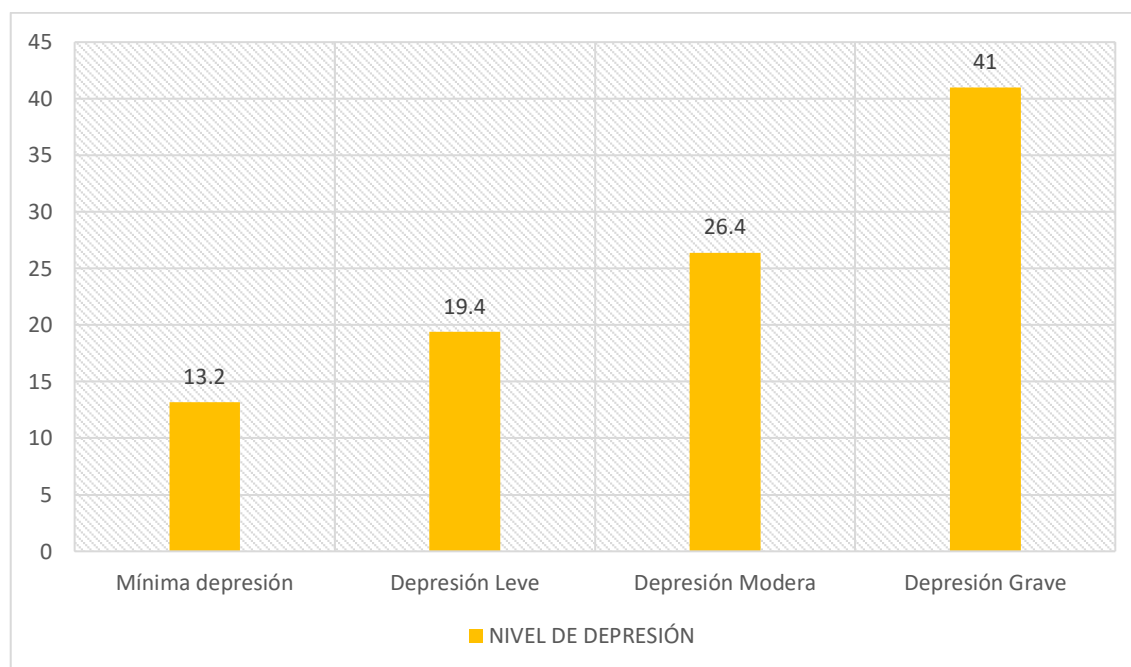
Nivele de Depresión en pacientes con diabetes Mellitus que pertenecen al C. S. Alto Laran en el año 2022

Nivel de depresión	N°	%
Mínima depresión	19	13.2
Depresión Leve	28	19.4
Depresión Modera	38	26.4
Depresión Grave	59	41.0
TOTAL	144	100.0

Fuente: *Elaboración propia*

Observamos de los datos recabados que cerca de un 41.0% de los pacientes diabéticos que pertenecen al centro de salud “Alto Laran” presentaron depresión grave, 26.4% de los pacientes experimentan la depresión moderada, 19.4% de los mismos manifestó

síntomas asociado a depresión leve y solo un 13.2% manifestó indicios que se relaciona a un estado de mínima depresión como resultado obtenido a través del inventario de Beck, como instrumento utilizado.



Fuente: *Elaboración propia*

Tabla N°. 4

Correlación entre la edad y nivel de depresión en los pacientes diabéticos pertenecientes al C. S. Alto Laran en el año 2022

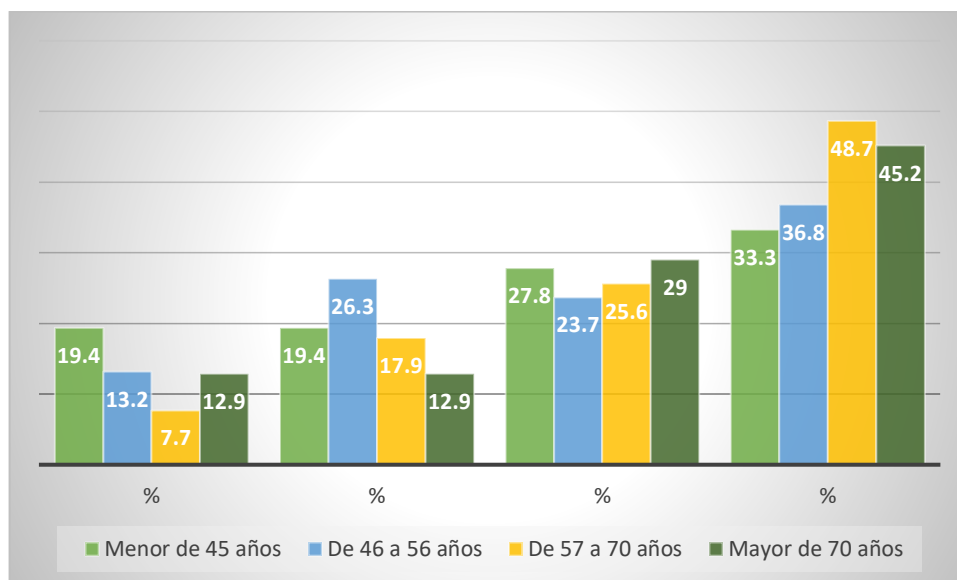
Edad	Nivel de depresión									
	Mínima		Leve		Moderada		Grave		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Menor de 45 años	7	19.4	7	19.4	10	27.8	12	33.3	36	25.00
De 46 a 56 años	5	13.2	10	26.3	9	23.7	14	36.8	38	26.39
De 57 a 70 años	3	7.7	7	17.9	10	25.6	19	48.7	39	27.08
Mayor de 70 años	4	12.9	4	12.9	9	29.0	14	45.2	31	21.53
TOTAL	19	13.2	28	19.4	38	26.4	59	41	144	100.0

Fuente: *Elaboración propia*

$$X^2 = 0.081, P = 0.016, \rho=0.115$$

De los datos obtenidos a través de la Tabla N° 4, se entiende que el valor de la significancia asintónica (bilateral), $0.08 > 0.05$, se demuestra que no se rechaza la

dependencia de la edad frente a el nivel de depresión obtenido. Tal forma, la escala de Spearman establece que $P = 0.016 < 0.05$, se mantiene una relación dependiente de forma directa ($\rho=0.115$) pero de muy baja intensidad. También, se aprecia que 27.08 % de los pacientes diabéticos que se encuentran en un rango etario de 57 a 70 años presentaron depresión grave un 48.7%, mientras que 12.9% de los pacientes que presentaron depresión leve contaban con una edad igual o superior a los 70 años.



Fuente: *Elaboración propia*

Tabla N°. 5

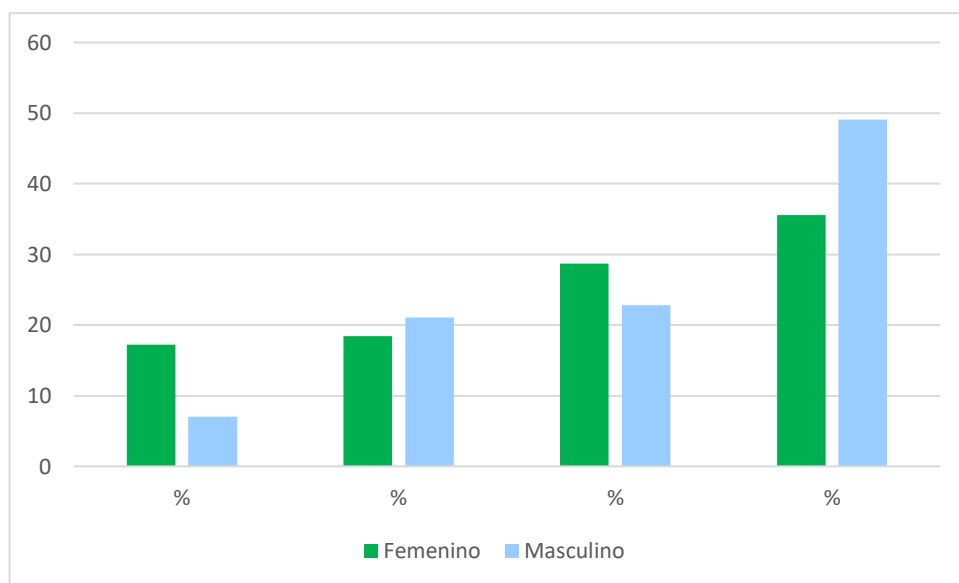
Correlación entre el sexo y nivel de depresión en los pacientes diabéticos pertenecientes al C. S. Alto Laran en el año 2022

Sexo	Nivel de depresión									
	Mínima		Leve		Moderada		Grave		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	15	17.2	16	18.4	25	28.7	31	35.6	87	60.42
Masculino	4	7.0	12	21.1	13	22.8	28	49.1	57	39.58
TOTAL	19	13.2	28	19.4	38	26.4	59	41	144	100.0

Fuente: *Elaboración propia*

$$\chi^2 = 0.184, P = 0.142, \rho=0.09$$

De los datos obtenidos a través de la Tabla N° 5, se entiende que el valor de la significancia asintónica (bilateral), $0.18 < 0.05$, se demuestra que se rechaza la dependencia del sexo frente a el nivel de depresión obtenido. Tal forma, la escala de Spearman establece que $P = 0.142 > 0.05$, se mantiene una relación independiente que atiende la edad y el nivel de depresión. Además, se aprecia que 60.42 % de los pacientes diabéticos de sexo femenino presentaron depresión grave, mientras que 35.6 % de los pacientes de sexo masculino depresión grave en un 49.1%. Mientras que el 7.0% presento mínima depresión y de estos solo el 39.58 % fueron del sexo masculino.



Fuente: *Elaboración propia*

Tabla N°. 6

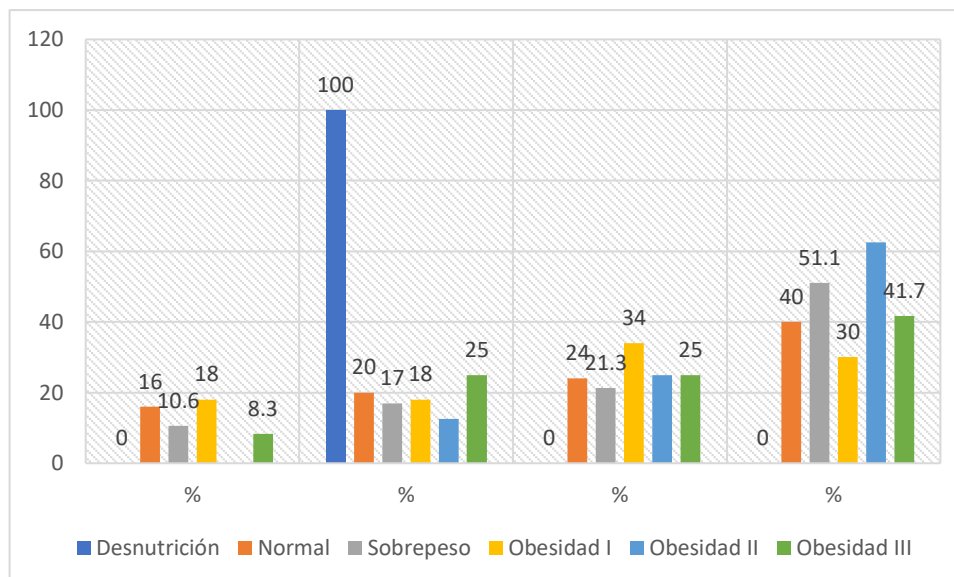
Correlación entre el índice de masa corporal (I.M.C.) y nivel de depresión en los pacientes diabéticos pertenecientes al C. S. Alto Laran en el año 2022

Índice de Masa Corporal	Nivel de depresión									
	Mínima		Leve		Moderada		Grave		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Desnutrición	0	00.0	2	100.0	0	00.0	0	00.0	2	1.38
Normal	4	16.0	5	20.0	6	24.0	10	40.0	25	17.36
Sobrepeso	5	10.6	8	17.0	10	21.3	24	51.1	47	32.64
Obesidad I	9	18.0	9	18.0	17	34.0	15	30.0	50	34.72
Obesidad II	0	00.0	1	12.5	2	25.0	5	62.5	8	5.56
Obesidad III	1	8.3	3	25.0	3	25.0	5	41.7	12	8.34
TOTAL	19	13.2	28	19.4	38	26.4	59	41	144	100.0

Fuente: *Elaboración propia*

$$\chi^2 = 0.034, P = -0.044, \rho=0.604$$

En la tabla N°.6, se expresan los valores obtenidos al relacionar el índice de masa corporal y el nivel de depresión en los pacientes diabéticos del C. S. Alto Laran que se evaluó el valor de $\chi^2 = 0.034 < 0.05$; dándole un valor de significancia asintónica (bilateral) que no rechaza la dependencia del grado de I.M.C frente al nivel de depresión. Esto se ve demostrado con la prueba de Spearman, $P = -0.044 < 0.05$, demuestra la relación inversa e intensa de la I.M.C. con el nivel depresivo, así entendemos; que a mayor nivel depresivo mayor valor de I.M.C con una correlación alta. Además, se observa que 34.72 % de los que presentaron Obesidad grado I corresponde a depresión moderada un 34%, mientras que un 1.38% presentaron un I.M.C. acorde para desnutrición obteniéndose que en su totalidad (100%) presentaron depresión leve.



Fuente: *Elaboración propia*

Tabla N° 7

Correlación entre situación económica y nivel de depresión en los pacientes diabéticos pertenecientes al C. S. Alto Laran en el año 2022

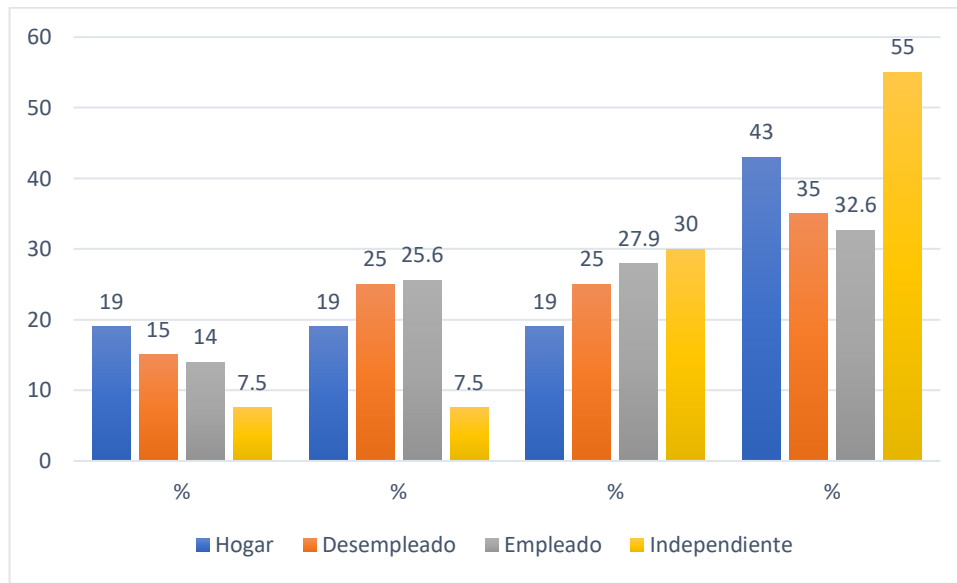
Situación Económica	Nivel de depresión									
	Mínima		Leve		Moderada		Grave		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Hogar	4	19.0	4	19.0	4	19.0	9	43.0	21	14.58
Desempleado	6	15.0	10	25.0	10	25.0	14	35	40	27.78
Empleado	6	14.0	11	25.6	12	27.9	14	32.6	43	29.86
Independiente	3	7.5	3	7.5	12	30.0	22	55.0	40	27.78
TOTAL	19	13.2	28	19.4	38	26.4	59	41.0	144	100.0

Fuente: *Elaboración propia*

$$\chi^2 = 0.021, P = 0.02, \rho=0.19$$

De la Tabla N°7, que permite relacionar la situación económica que vivencia los pacientes diabéticos de C. S. Alto Laran respecto del nivel de depresión encontrado, evaluado a través del chi – cuadrado, $\chi^2 = 0.021 < 0.05$, arroja un valor de significancia asintónica (bilateral) que no rechaza la dependía de situación económica y nivel de depresión. Como lo ratifica, la prueba de Spearman, $P = 0.02 < 0.05$, demostrando una relación directa muy poco intensa ($\rho=0.19$). Así también; cabe rescatar que 41.0% que

presentaron depresión grave, de estos un 55% pertenecían a la situación económica independiente, en donde la obtención de ingreso monetario es día con día. Por otro lado, los que presentaron depresión mínima fue solo un 13.2%, de estos solo el 21.05 % se encontraban laborando en casa, en una situación económica arraigada a la estancia en el hogar.



Fuente: *Elaboración propia*

Tabla N° 8

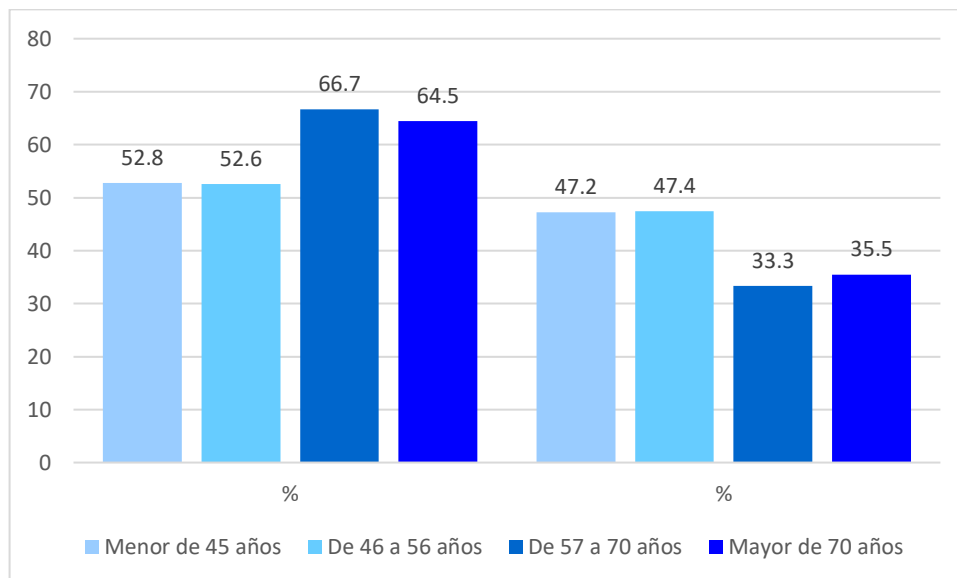
Correlación entre edad y adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos pertenecientes al C. S. Alto Laran en el año 2022

Edad	Adherencia al tratamiento					
	No Adherente		Adherente		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Menor de 45 años	19	52.8	17	47.2	36	25.0
De 46 a 56 años	20	52.6	18	47.4	38	26.39
De 57 a 70 años	26	66.7	13	33.3	39	27.08
Mayor de 70 años	20	64.5%	11	35.5	31	21.53
TOTAL	85	59.0	59	41.0	144	100.0

Fuente: *Elaboración propia*

$$X^2 = 0.046, P = 0.22, \rho=0.10$$

La relación de la edad y la adherencia terapéutica que se muestra en la tabla N°7, permite evaluar a través de Chi – Cuadrado, $X^2 = 0.046 < 0.05$, permitiendo de esta manera no descartar la dependencia de la edad sobre la adherencia al tratamiento. Esta a través de la prueba de Spearman, $P = 0.22 < 0.05$, podemos comprobar que se ratifica en una relación directa muy poco intensa ($\rho=0.10$) de dependencia entre la edad y la adherencia terapéutica en pacientes diabéticos. Como también podemos visualizar, que del 59% que corresponde a los adherentes un 47.4% se encuentran entre un rango etario de 46 a 56 años; por otro lado, del 59% que pertenecen a los pacientes diabéticos que no son adherentes a su tratamiento se localizan entre las edades posteriores a los 70 años.



Fuente: *Elaboración propia*

Tabla N° 9

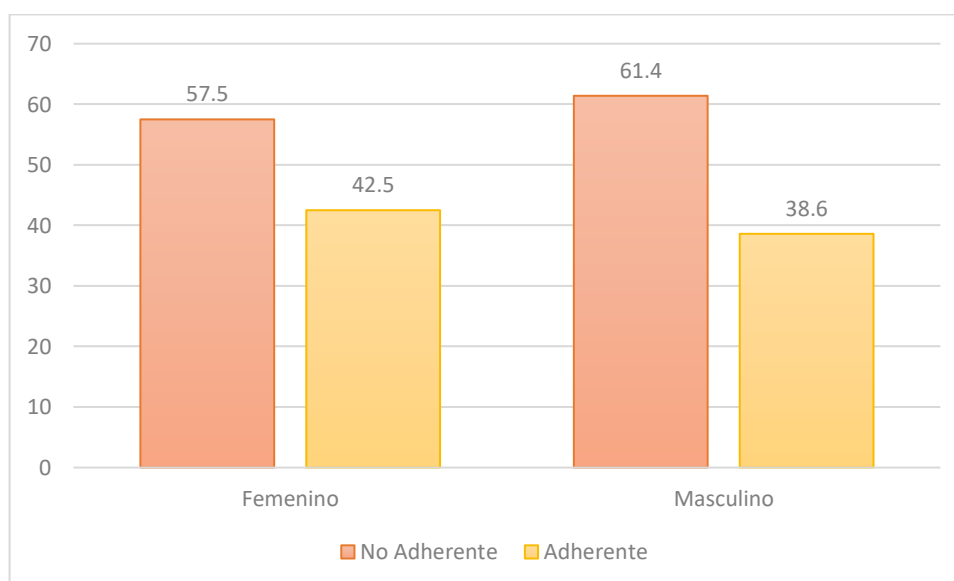
Correlación entre sexo y adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos pertenecientes al C. S. Alto Laran en el año 2022

Adherencia al tratamiento						
sexo	No Adherente		Adherente		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Femenino	50	57.5	37	42.5	87	60.4
Masculino	35	61.4	22	38.6	57	39.6
TOTAL	85	59.0	59	41.0	144	100.0

Fuente: *Elaboración propia*

$$X^2 = 0.063, P = 0.03, \rho=0.64$$

En la tabla N° 8, obtenemos luego de someter a la prueba de Chi – cuadrado, $X^2 = 0.063 > 0.05$; lo que rechaza la dependencia del factor sexo en la adherencia al tratamiento terapéutico de los pacientes diabéticos del C. S. Alto Laran. Sin embargo, a través de la prueba de Spearman, podemos notar para un valor ($P = 0.03 < 0.05$) correspondiente a una relación directa con alta intensidad de correlación ($\rho=0.64$). De esta manera, se obtuvo que del 59.0% del grupo muestral no adherente al tratamiento un 61.4% se correlaciona con el sexo masculino. Así pues, del 41% que corresponde al grupo adherente resaltaba por que cerca de un 42.5% eran del sexo femenino.



Fuente: *Elaboración propia*

Tabla N° 10

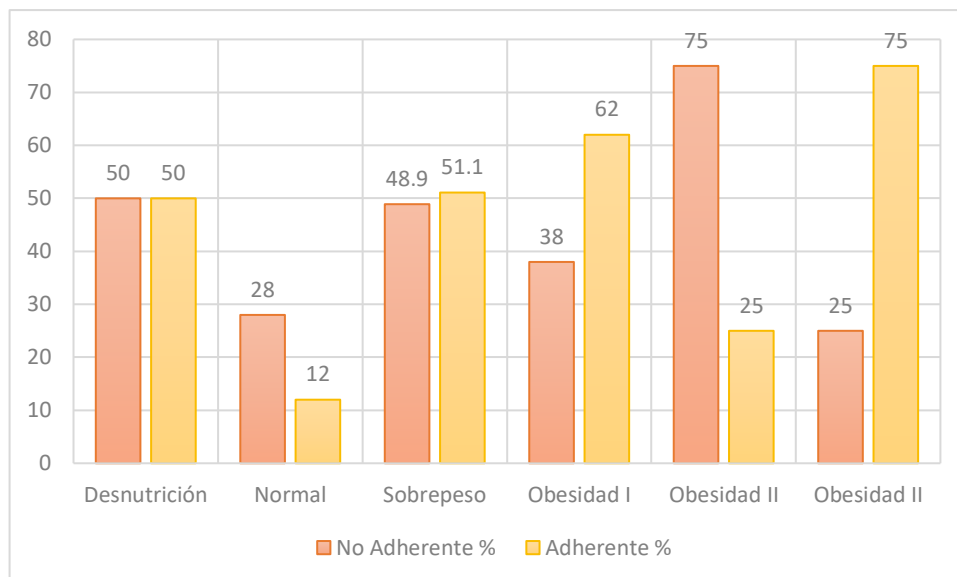
Correlación entre índice de masa corporal (I.M.C.) y adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos pertenecientes al C. S. Alto Laran en el año 2022

Índice de masa corporal	Adherencia al tratamiento					
	No Adherente		Adherente		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Desnutrición	1	50.0	1	50.0	2	1.39
Normal	7	28.0	18	12.0	25	17.36
Sobrepeso	23	48.9	24	51.1	47	32.64
Obesidad I	19	38.0	31	62.0	50	34.72
Obesidad II	6	75.0	2	25.0	8	5.56
Obesidad III	3	25.0	9	75.0	12	8.33
TOTAL	85	59.0	59	41.0	144	100.0

Fuente: *Elaboración propia*

$$X^2 = 0.014, P = -0.037, \rho=0.65$$

Se rescata de la tabla N° 8; que, a través de la prueba chi – cuadrado, $X^2 = 0.014 < 0.05$, que se logra determinar una significancia asintónica (bilateral) que no niega la dependencia del índice de masa corporal con respecto a la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos del C. S. Alto Laran. Por otro lado, el valor de Spearman ($P = -0.037 < 0.05$) nos menciona una relación de tipo inversa con una alta intensidad de relación entre ambas variables. Lo que podemos resaltar, es que de un 59% de la población que no es adherente a la terapéutica cercad del 48.9% se encontraba con sobrepeso para la clasificación de índice de masa corporal y, además Del 41% de los adherentes a la farmacología para diabetes contaban en un 62% con obesidad de tipo I para los valores de índice de masa corporal.



Fuente: *Elaboración propia*

Tabla N° 11

Correlación entre situación económica y adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos pertenecientes al C. S. Alto Laran en el año 2022

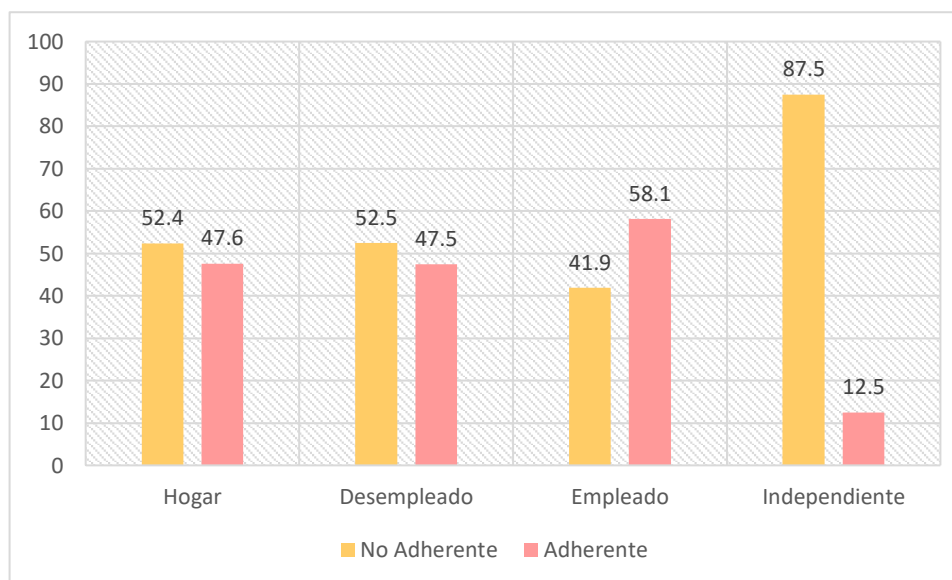
Situación Económica	Adherencia al tratamiento					
	No Adherente		Adherente		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%
Hogar	11	52.4	10	47.6	21	14.58
Desempleado	21	52.5	19	47.5	40	27.78
Empleado	18	41.9	25	58.1	43	29.86
Independiente	35	87.5	5	12.5	40	27.78
TOTAL	85	59	59	41.0	144	100.0

Fuente: *Elaboración propia*

$$X^2 = 0.001, P = 0.01, \rho = 0.338$$

En la Tabla N°9, obtenemos datos que permiten identificar a través del Chi – cuadrado, $X^2 = 0.001 < 0.05$, en donde la significancia asintónica (bilateral) demuestra que no se rechaza la dependencia de la situación económica frente a la adherencia terapéutica en el tratamiento de diabetes de los pacientes que pertenecen al C. S. Alto Laran. El valor de Spearman obtenido $P = 0.01 < 0.05$, nos define la relación directa y con una

intensidad baja que presentan entre la situación económica en relación a la adherencia del tratamiento en diabetes, en los pacientes que pertenecen al C. S. Alto Laran. También podemos observar que del 29.86 % de la muestra corresponde a los empleados, de estos 58.1% cumplen con la adherencia al tratamiento. Sin embargo, un 27.78% concerniente a los independientes de la muestra en estudio, representado un 87.5% de estos no cumplen con la adherencia al tratamiento diabético.



Fuente: *Elaboración propia*

Tabla N° 12

Relación del nivel de depresión y la adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos pertenecientes al C. S. Alto Laran en el año 2022

Edad	Nivel de depresión									
	Mínima		Leve		Moderada		Grave		TOTAL	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
No adherente	14	73.7	14	50.0	26	68.4	31	52.5	85	59
Adherente	5	26.3	14	50.0	12	31.6	28	47.5	59	41.0
TOTAL	19	13.19	28	19.44	38	26.39	59	40.98	144	100.0

Fuente: *Elaboración propia*

$$\chi^2 = 0.017, P = - 0.09, \rho=0.269$$

De la Tabla N° 11, encontramos que el nivel de depresión y la adherencia terapéutica en los pacientes diabéticos pertenecientes al C. S. Alto Laran, con la prueba Chi –

Cuadrado, un valor de $0.017 < 0.05$ que refleja a través de su significancia asintótica (bilateral) no rechaza la dependencia de la adherencia al tratamiento terapéutico para la diabetes frente al nivel de depresión. Así también el valor de Spearman, $P = - 0.09 < 0.05$ evidencia una relación inversa y de intensidad baja ($\rho=0.269$) de la adherencia terapéutica y el nivel de depresión. Es decir, a mayor nivel de depresión presenta el paciente diabético del C. S. Alto Laran ocasiona que disminuya la adherencia al tratamiento terapéutico de la diabetes en pacientes diabéticos del C. S. Alto Laran. Por lo que, cerca de un 40.98% de la población muestral desarrollo depresión grave, de estos últimos cerca del 52.5% son pacientes que no se adhieren al tratamiento terapéutico para la diabetes en el C. S. Alto Laran; además, que el 41% de los pacientes adherentes al tratamiento farmacológico de la diabetes cerca de un 26.3% de todos los ya mencionados presentaron depresión mínima.

V. Discusión

La tesis que lleva por nombre “DEPRESIÓN COMO FACTOR DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL CENTRO DE SALUD DE ALTO LARAN DURANTE EL AÑO 2022”, trata de analizar y correlacionar a la depresión como unos de los factores que lleva al abandono de la incorporación de una terapéutica en diabéticos pertenecientes al centro de primera atención; y esto se debe a que en aras de una mejor administración terapéutica y de descentralización de la salud entendamos, tratemos y sobre todo valoremos a aquellas personas que cuentan con esta patología, y desde nuestro humilde conocimiento podamos brindar una atención que les brinde una mejora en la calidad de vida.

En los valores obtenidos, luego de una rigurosa investigación y recuento de historias clínicas asociado a una encuesta que permite conocer de manera directa del paciente diabético y su pensar con respecto a su enfermedad diagnosticada, como la diabetes, se visualizo que cerca de un 60.4% de predominio para el sexo femenino, parte de este valor obtenido puede acentuar el papel femenino dentro del núcleo familiar prioriza en

conservar de manera armoniosa la relación. Esta centraliza las funciones familiares desempeñando y realizando los cuidados, la educación, el bienestar, el desarrollo de los miembros de su familia y además de todas estas responsabilidades que pueden alterar su estado de salud mental, tienen también la responsabilidad de obtención monetaria con un trabajo.

Además, es importante mencionar el rango etario ya que en el transcurso de la edad vamos aumentando en responsabilidades acordes a cada etapa de la vida y con ellas un aumento de situaciones o circunstancias que generan estrés y por consiguiente depresión, en este estudio la población muestral tuvo como rango etario mayoritario a los pertenecientes de 57 a 69 años. En contra parte, es llamativo como que en un total 100% de los entrevistados, contaron con al menos un nivel de depresión correspondiente a los valores brindados por el inventario de Beck; en predominio a estos valores resulto que un 41% contaban con depresión grave, esto nos permite deducir que las circunstancias socio – ambientales en las que se encontraban viviendo en el momento del desarrollo de la investigación, permiten el desarrollo de la depresión en sus distintos niveles. Así como también observamos que una población 29.9% se encuentra en una situación económica dependiente, esto supone que su ingreso económico es diario, ya que al no contar con un trabajo dependiente o puede acudir a un salario mensual, este factor económico influencia directamente debido a que para cualquier operación que se realice en el día a día es necesario contar con rentabilidad monetaria. Un 34.7% comparte el valor estadístico asociado a la Obesidad grado I correspondiente a la escala de índice de masa corporal (I.M.C.) con lo que después de concientizar sobre el impacto de la diabetes en el eje corticotropo, rectifica que la depresión suma a su proceso inflamatorio.

Lo que cabe resaltar de este proceso investigativo, es la tasa elevada de pacientes diabéticos que no cumplen con la adherencia terapéutica para su patología, 59.03% en base al cuestionario planteado por Morisky, complicando y agravando en tal medida su

sintomatología diabética en corto plazo, con lo que también se predispone a desarrollar complicaciones en largo plazo. Todos estos valores antes ya mencionados se asemejan y son consistentes con otros estudios, así lo menciona Aparcana, Raúl, que encontró asociación directa de la depresión con el tiempo de diagnóstico de diabetes mellitus en el HRI.

Si bien luego de tener los datos, podemos analizar que existe una incidencia incrementada a depresión para estos diabéticos es así que se encuentran relacionados con las necesidades del día que son indispensables para controlar esta patología, las variaciones en la forma de vivir y el pensamiento repetitivo por la mantención de las concentraciones de glucosa en sangre, con lo que llevamos a interrumpir el cumplimiento idóneo de la terapéutica menoscabando de esta manera el control metabólico que queremos alcanzar y mantener para que no cause impactos discapacitante en la salud. Por otra parte, la existencia de manifestaciones asociadas a episodios depresivos alteraría de manera no positiva al seguimiento del cumplimiento de la terapéutica antidiabética, alterándose de esta manera la motivación, el interés y la capacidad para realizar las actividades cotidianas, incluida la adherencia al tratamiento. Esto puede provocar que no se sigan los consejos médicos y aumentar el riesgo de complicaciones relacionadas con la diabetes. Los hallazgos resultantes luego del proceso investigativo correspondiente a la tesis distinguen la importancia de distinguir, debatir y plantear la asociación entre la depresión y la adherencia a la medicación en individuos que padecen de diabetes.

Una adherencia terapéutica ineficientemente o que no se cumple a cabalidad, repercute en el mantenimiento del no avance de los efectos ocasionados por el trastorno metabólico diabético, y este factor se ve asociado a la depresión que desarrollaría día a día, teniendo como impacto el factor económico, la edad que acrecientan estos niveles depresivos que alteran la salud mental. Estos hallazgos demuestran la necesidad de no individualizar las enfermedades a un solo profesional de la salud como es el médico,

sino que sea un trabajo multidisciplinario que contenga a profesionales que ayuden en el sostén emocional – afectivo y por otro lado que el aporte medico cumpla con la promoción, prevención, curación y rehabilitación, y no solo haga énfasis en la curación; esto iniciaría una mejora en los resultados clínicos, pues al tener una mejor adherencia podremos evitarlos y brindarle una mejor calidad de vida a los pacientes en mención.

Las pruebas de Chi – cuadrado y Stearman, demuestran que existe una dependencia con relación directa de baja intensidad acorde a la depresión como factor de abandono de la adherencia terapéutica de C. S. Alto Laran; se vieron demostrado ya que un grupo grande (59.03%) no se adhieren al tratamiento se relaciona con los niveles de depresión que en su totalidad de los participantes manifestó. Es decir, que a mayor nivel de depresión existía una alejamiento del tratamiento medico para mantener la diabetes, de la tabla N°10, los independientes (87.5%) que son aquellos que no cuentan con un dinero mensual estable, por el contrario sino un sueldo dependiente de la oferta diaria de trabajo; esto complica el valor adquisitivo de manera económica necesarios para una dieta ideal, un seguimiento y control en el centro de salud; que a su vez ocasiona preocupación e incrementa la depresión, al no contar con recursos cíclicos y no poder controlar la enfermedad por dicha falta. También se asume Tabla N°. 4, un valor etario que se encuentra en el rango de 57 a 70 años (27.08%) también influenciaba en la falta de la adherencia terapéutica correcta.

Los datos resultantes resaltan lo importante en reflexionar sobre la depresión en su papel etiológico asociado a riesgo, pudiendo influir perjudicialmente en el correcto comportamiento frente al manejo terapéutico en individuos diabéticos. Esencialmente podemos considerar la salud mental priorizando frente a la salud fisiológicas de los pacientes para brindar una planificación y soporte necesario para poder incrementar en el mejor cumplimiento terapéutico a la medicación en estos habitantes. Diseñar injerencias integrales que ocupen también la diabetes.

VI. Conclusiones de la investigación

Primero: El nivel de depresión, y el cumplimiento del tratamiento se encuentran en relación de forma estadística significativa ($P = 0.05$), esto conlleva entender que a mayor nivel depresivo se experimenta un alejamiento del cumplimiento estricto de la terapéutica. El 26.3% de estos pacientes presentaron mínima depresión cumplen con su manejo terapéutico mientras que más del 52.5% del total de la muestra en esta investigación presentan depresión grave no cumplen en tal medida.

Segunda: Una tercera parte aproximadamente de los casos presentan una depresión grave, seguida de un 26.4% de depresión moderada, 19.4% de depresión leve, pero solo un 13.2% presentaron una mínima depresión. Cabe acotar que en su totalidad todos presentaron algún nivel de depresión, en donde se ve mellada la afección directa con la adherencia al tratamiento.

Tercera: En el centro de salud Alto Laran, un centro de atención primaria que tiene a su cargo una importante población con una situación económica – independiente (87.5%) no son adherente adecuados al tratamiento. Esto se evidencia en que cerca de un 59.3% de toda la muestra no cumple con esto frente a un 40.7% que si lo hace.

Cuarta: Existe relación estadística significativa entre el nivel de depresión, la edad, la situación económica y el índice de masa corporal ($P < 0.05$), mientras que el sexo es ajeno a dicha relación, que incrementa el aislamiento a seguir una adherencia terapéutica adecuada.

VII. Recomendaciones

1. Al director del C. S. Alto Laran, impartir consejerías para la sensibilización al grupo médico asistencial, servicios de enfermería y técnicos sobre la depresión en los pacientes y cómo puede afectar su tratamiento, para que juntos notifiquen oportunamente al servicio de salud mental del hospital San José de Chíncha (HSJCH).

2. Al gerente de salud mental del hospital San José de Chíncha (HSJCH), que trabaje en la salud mental de los pacientes diabéticos para que mediante el tamizaje se pueda identificar oportunamente la depresión y se pueda iniciar consejería con la familia, psicólogo o psiquiatra.
3. Para el personal asistencial del centro de salud Alto Laran, cuando atiende a un paciente con una enfermedad crónica, no centrarse únicamente en un solo diagnóstico sino evaluar al paciente en todos los aspectos, debido a una serie de implicaciones que afectan a los demás, afectando su tratamiento.
4. Para futuros colegas que realizarán investigaciones similares, sugiero comparar datos obtenidos con diferentes poblaciones y con diferentes niveles socioeconómicos; tenga en cuenta que este estudio se realizó mientras se levantaban las regulaciones pandémicas; Sin embargo, algunas personas todavía sienten miedo al acudir a los centros médicos a buscar medicamentos.
5. Los pacientes que participan en el padrón de enfermedades no transmisibles del C. S. Alto Laran que participen en actividades grupales realizadas en el Club de Diabetes, programa a implementarse que busque disminuir el impacto de sus vivencias cotidianas y evitar el acumulo de estas para desarrollar o incrementar el nivel depresión.

VIII. Financiamiento y presupuesto del proyecto

Concepto	Unidad	Precio unitario	Cantidad	Precio Total
a. Gastos fijos				600.00
Honorarios	Mes	100.00	6	600.00
Soporte informático				200.00
b. Gastos variables				
Fotocopias	Unidad	0.1	1000	100.00
Papelería y útiles	Mes	20.00	6	120.00
Imprevistos	Unidad			100.00
Pasajes	Mes	50.00	6	300.00
TOTAL, DE GASTOS				2020.00

IX. Cronograma de actividades:

ACTIVIDADES	2023											
	E	F	M	A	M	J	Ju	A	S	O	N	D
Elección del tema	X											
Delimitación del problema	X											
Planteamiento de objetivos	X											
Creación de la matriz de consistencia		X										
Fundamentación para el marco teórico		X										
Aplicación de encuesta					X	X						
Recolección de datos y procesamiento					X	X						
Conclusiones y discusiones						X	X					
Publicación de los datos								X				

X. Bibliografía

1. International Diabetes Federation, IDF Diabetes Atlas 10th edition, 2021.
<https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>
2. Harvard T.H. Chan School of Public Health, The Nutrition Source, Simple Steps to Preventing Diabetes. Accessed June 2022. Available at:
<https://www.hsph.harvard.edu/nutritionsource/disease-prevention/diabetes-prevention/preventing-diabetes-full-story/>
3. El Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC Perú) del Ministerio de Salud (MINSa) 01 agosto,2022. Disponible en:
<https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informativo/prensa/cdc-peru-notifico-mas-de-32-mil-casos-de-diabetes-en-todo-el-pais-desde-el-inicio-de-la-pandemia/#:~:text=En%20este%20contexto%2C%20CDC%20Per%C3%BA,correspon%20a%20diabetes%20tipo%202.>
4. Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria. Global Health Data Exchange (GHDx). <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d780dffbe8a381b25e1416884959e88b> (consultado el 1 de mayo de 2021).
5. Evans-Lacko S, Aguilar-Gaxiola S, Al-Hamzawi A, et al. Socio-economic variations in the mental health treatment gap for people with anxiety, mood, and substance use disorders: results from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. Psychol Med. 2018;48(9):1560-1571.
6. Adorno, V. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Hospital Psiquiátrico, Asunción, Paraguay: Depresión y diabetes. 2019. Disponible en:
http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2307-33492019000200007&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Wang, Ch. La soledad como factor de riesgo de depresión en personas mayores con diabetes. 2022. Disponible en: <https://core.ac.uk/outputs/553004417>.
oai:zaguan.unizar.es:120275

8. Revelo Morillo, V. Niveles de ansiedad y depresión en las personas con diabetes que asisten al Centro de Salud del cantón Mira provincia del Carchi en el periodo académico. 2019 – 2020. Disponible en: <https://core.ac.uk/works/121118132>
9. Vleeschower Arguello, F. Depresión y su asociación en el control de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el servicio de DiabetIMSS de la Unidad Medico Familiar número 13 en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas. 2022. Disponible en: <https://core.ac.uk/works/129475852>
10. Loo, María. 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. Saenz agosto- diciembre del año 2018. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/1752/WALIAGASILVA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
11. Sullca, Emma. Factores de Riesgo Cardiovascular Asociados a Niveles de depresión en Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2, Hospital Aplao, Arequipa 2017. Disponible en: <http://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/1711>
12. Miranda, Karen. Diabetes mellitus tipo 2 como factor asociado a depresión en adultos mayores. Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/2905712>
13. Aparcana, Raúl. Factores de riesgo asociados a la depresión en pacientes diabéticos del hospital regional de Ica – 2022. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/4387>
14. Morales, Alison. Asociación entre diabetes mellitus tipo II y depresión en adultos mayores de 30 años en el hospital San José de Chíncha 2019. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/2796>
15. Huamani, Frescia. Prado, Sofía. Factores asociados a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2. Hospital Regional de Ica – 2016. Disponible en: <https://repositorio.unica.edu.pe/handle/20.500.13028/2991>

16. Inzucchi, S., Dra. Lupsa, B. (2023). Presentación clínica, diagnóstico y evaluación inicial de la diabetes mellitus en adultos. UpToDate. Recuperado el 07 de febrero de 2023 de https://www.uptodate.com/contents/clinical-presentation-diagnosis-and-initial-evaluation-of-diabetes-mellitus-in-adults?search=diabetes%20definicion&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3
17. Robertson, P., Udler, M. S. (2021). Patogenia de la diabetes mellitus tipo 2. UpToDate. Recuperado el 14 de diciembre de 2021, de https://www.uptodate.com/contents/pathogenesis-of-type-2-diabetes-mellitus?search=Actualizaci%C3%B3n%20sobre%20diabetes%20mellitus&source=search_result&selectedTitle=8~150&usage_type=default&display_rank=3
18. Nuha A. E., Grazia A., Vanita R. A., Raveendhara R. B. (2023). Clasificación y diagnóstico de la diabetes: estándares de atención en diabetes— ADA 2023. Visualización en: https://diabetesjournals.org/care/article/46/Supplement_1/S19/148056/2-Classification-and-Diagnosis-of-Diabetes
19. Consorcio InterAct, Scott RA, Langenberg C, et al. El vínculo entre la historia familiar y el riesgo de diabetes tipo 2 no se explica por factores de riesgo antropométricos, de estilo de vida o genéticos: el estudio EPIC-InterAct. Diabetología 2013; 56:60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4038917/>
20. Banks MP, Kershaw K, Carson AP, et al. Asociación de factores de riesgo modificables en la edad adulta joven con disparidad racial en la diabetes tipo 2 incidente durante la edad adulta media. JAMA 2017; 318:2457. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5820714/>
21. Menke A, Rust KF, Fradkin J, et al. Asociaciones entre tendencias en raza/etnicidad, envejecimiento e índice de masa corporal con prevalencia de diabetes en los Estados Unidos: una serie de estudios transversales. Ann Intern Med 2014; 161:328.

Disponible en: https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/M14-0286?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%20pubmed

22. Reis JP, Loria CM, Sorlie PD, et al. Factores de estilo de vida y riesgo de diabetes de inicio reciente: un estudio de cohorte basado en la población. *Ann Intern Med* 2011; 155:292. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3491359/>
23. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5), Asociación Estadounidense de Psiquiatría, Arlington, VA 2013.
24. Coryell, W. Unipolar depression in adults: Course of illness. UpToDate. (internet) 2018 (consultado 2 junio 2020); 1-13 (3) Sitio web: https://www.uptodate.com/contents/unipolar-depression-in-adults-course-of-illness?search=trastorno%20de%20depresion%20mayor&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5#H1384350
25. Krishnan, R. Unipolar depression in adults: Epidemiology, pathogenesis, and neurobiology. UpToDate. (internet) 2019 (consultado 3 marzo 2020); 1-8 (4) Sitio web: https://www.uptodate.com/page-not-found?search=trastorno%20de%20depresion%20mayor&source=search_result&selectedTitle=7~150&usage_type=default&display_rank=7
26. Sadock, B. Sadock, V. Ruiz, P. trastornos del estado del ánimo. Sinopsis de Psiquiatría española. publicada por Wolters Kluwer. 2018, 762-791.
27. OMS. Informe Mundial sobre la Diabetes. Ginebra, 2016 [Internet]. 2018. Disponible en: www.who.int
28. Egede L, Nietert P, Zheng D. Depression and all-cause and coronary heart disease mortality among adults with and without diabetes. *Diabetes Care* 2019; 28:1339-45.
29. Dubrovsky B. Effects of adrenal cortex hormones on limbic structures: some experimental and clinical correlations related to depression. *J Psychiatr Neurosci* 2018; 18: 4-13.

30. Peralta G, Figuerola D. Aspectos psicosociales de la diabetes. *Endocrinol Nutr* 2019; 50: 280-85 Skovlund S. Actitudes, deseos y necesidades de la diabetes. *Estudio Dawn. Diabetes Voice*; 49: 4-11
31. American Psychiatric Association. Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5. 2019. Disponible en: www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf
32. OMS. Depression and other common mental disorders: global health estimates, 2017 [Internet], 2021. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
33. Hernández L, Muñiz N. Depresión en un centro geriátrico comunitario en Quinta Roo. 2019. Disponible en: www.medigraphic.com/pdfs/salquintanaroo/sqr-2016/sqr1635b.pdf
34. Baldeón P, Luna C, Mendoza S. Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: análisis de ENDES 2017. 2019. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S2308-05312019000400008&script=sci_arttext
35. S. López Chamón. Manifestaciones clínicas de la depresión. Sintomatología: síntomas afectivos, de ansiedad, somáticos, cognitivos y conductuales [Internet]. 2006 [citado 11 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familiasemergen-40-pdf-X1138359306908115>
36. Rivarola A, Brizuela M, Rolón A. Nivel de depresión según la cronicidad de la Diabetes Mellitus tipo 2 y sus comorbilidades en pacientes de las Unidades de Salud, Encarnación, Paraguay 2018. *Revista Salud Pública del Paraguay. Instituto Nacional de Salud. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Paraguay* 2019. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_nlinks&pid=S2307-3349201900020000700002&lng=en
37. Dávila A, González R, Liangxiao M. Estudio sinomédico de la fisiopatología de la depresión. 2016. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista->

[internacional-acupuntura-279-articulo-estudio-sinomedico-fisiopatologia-depresion-S1887836916300060](#)

38. Herder C, et al. Association between pro- and anti-inflammatory cytokines and depressive symptoms in patients with diabetes-potential differences by diabetes type and depression scores. *Translational Psychiatry* 2017; 7:1. DOI 10.1038/s41398-017-0009-2
39. Álvarez A, et al. Evaluación de la funcionalidad del eje hipotálamo-hipófisis-adrenal a través del test de respuesta del cortisol al despertar en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 con y sin depresión: Estudio Multicéntrico Argentino (EMA-1). 2019. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/jatsRepo/451/4512501005/html/index.html>

XI. Anexos

11.1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA EL ESTUDIO

Título del Proyecto: **“DEPRESIÓN COMO FACTOR DE ABANDONO DEL TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL CENTRO DE SALUD DE ALTO LARAN DURANTE EL AÑO 2022”**

Investigador Principal: Ecos Ramos Luis Anthony

Yo, _____
(Nombre y apellidos en MAYÚSCULAS)

Declaro que:

- He leído la hoja de información que me han facilitado.
- He podido formular las preguntas que he considerado necesarias acerca del estudio.
- He recibido información adecuada y suficiente por el investigador abajo indicado sobre:
 - Los objetivos del estudio y sus procedimientos.
 - Los beneficios e inconvenientes del proceso.
 - Que mi participación es voluntaria y altruista
- El procedimiento y la finalidad con que se utilizarán mis datos personales y las garantías de cumplimiento de la legalidad vigente.
- Que en cualquier momento puedo revocar mi consentimiento (sin necesidad de explicar el motivo y sin que ello afecte a mi atención médica) y solicitar la eliminación de mis datos personales.
- Que tengo derecho de acceso y rectificación a mis datos personales.

CONSIENTO EN LA PARTICIPACIÓN EN EL PRESENTE ESTUDIO

SÍ NO

(marcar lo que corresponda)

Para dejar constancia de todo ello, firmo a continuación:

Fecha

Firma.....

Nombre investigador: Ecos Ramos Luis Anthony.

Firma del investigador.....

APARTADO PARA LA REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Yo,

revoco el consentimiento de participación en el proceso, arriba firmado.

.....
Firma y Fecha de la revocación

11.2. Test Morisky – Green – Levine

Marque la alternativa que se asemeje a su situación actual

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

11.3. Inventario de Beck (BDI II)

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección, (se puntuará 0 – 1 – 2 – 3)

- | | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| 1) Tristeza | ❖ Creo que he fracasado más que |
| ❖ No me siento triste | la mayoría de las personas |
| ❖ Me siento triste | ❖ Cuando miro hacia atrás, sólo |
| ❖ Me siento triste continuamente y | veo fracaso tras fracaso |
| no puedo dejar de estarlo | ❖ Me siento una persona |
| ❖ Me siento tan triste o tan | totalmente fracasada |
| desgraciado que no puedo | 4) Pérdida de placer |
| soportarlo | ❖ Las cosas me satisfacen tanto |
| 2) Pesimismo | como antes |
| ❖ No me siento especialmente | ❖ No disfruto de las cosas tanto |
| desanimado respecto al futuro | como antes |
| ❖ Me siento desanimado respecto | ❖ Ya no obtengo una satisfacción |
| al futuro | auténtica de las cosas |
| ❖ Siento que no tengo que | ❖ Estoy insatisfecho o aburrido de |
| esperar nada | todo |
| ❖ Siento que el futuro es | 5) Sentimiento de Culpa |
| desesperanzador y las cosas no | ❖ No me siento especialmente |
| mejorarán | culpable |
| 3) Fracaso | ❖ Me siento culpable en bastantes |
| ❖ No me siento fracasado | ocasiones |

- ❖ Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones
- ❖ Me siento culpable constantemente
- 6) Sentimiento de castigo
 - ❖ No creo que esté siendo castigado
 - ❖ Me siento como si fuese a ser castigado
 - ❖ Espero ser castigado
 - ❖ Siento que estoy siendo castigado
- 7) Disconformidad con uno mismo
 - ❖ No estoy decepcionado de mí mismo
 - ❖ Estoy decepcionado de mí mismo
 - ❖ Me da vergüenza de mí mismo
 - ❖ Me detesto
- 8) Autocrítica
 - ❖ No me considero peor que cualquier otro
 - ❖ Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores
 - ❖ Continuamente me culpo por mis faltas
 - ❖ Me culpo por todo lo malo que sucede

- 9) Pensamientos o deseos suicidas
 - ❖ No tengo ningún pensamiento de suicidio
 - ❖ A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería
 - ❖ Desearía suicidarme
 - ❖ Me suicidaría si tuviese oportunidad
- 10) Llanto
 - ❖ No lloro más de lo que solía llorar
 - ❖ Ahora lloro más que antes
 - ❖ Lloro continuamente
 - ❖ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera
- 11) Agitación
 - ❖ No estoy más irritado de lo normal en mí
 - ❖ Me molesto o irrito más fácilmente que antes
 - ❖ Me siento irritado continuamente
 - ❖ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme
- 12) Pérdida de interés

- ❖ No he perdido el interés por los demás
- ❖ Estoy menos interesado en los demás que antes
- ❖ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás
- ❖ He perdido todo interés por los demás

13) Indecisión

- ❖ Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho
- ❖ Evito tomar decisiones más que antes
- ❖ Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes
- ❖ Ya me es imposible tomar decisiones

14) Desvalorización

- ❖ No creo tener peor aspecto que antes
- ❖ Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo
- ❖ Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- ❖ Creo que tengo un aspecto horrible

15) Pérdida de energía

- ❖ Trabajo igual que antes
- ❖ Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo
- ❖ Tengo que obligarme mucho para hacer algo
- ❖ No puedo hacer nada en absoluto

16) Cambios en los hábitos de sueños

- ❖ Duermo tan bien como siempre
- ❖ No duermo tan bien como antes
- ❖ Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir
- ❖ Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir

17) Irritabilidad

- ❖ No me siento más cansado de lo normal
- ❖ Me canso más fácilmente que antes
- ❖ Me canso en cuanto hago cualquier cosa
- ❖ Estoy demasiado cansado para hacer nada

18) Cambios en el apetito

- ❖ Mi apetito no ha disminuido
- ❖ No tengo tan buen apetito como antes
- ❖ Ahora tengo mucho menos apetito
- ❖ He perdido completamente el apetito

19) Dificultad de concentración

- ❖ Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
- ❖ He perdido más de 2 kilos y medios
- ❖ He perdido más de 4 kilos
- ❖ difícil pensar algo más
- ❖ Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa

21) Pérdida de interés en el sexo

- ❖ No he observado ningún cambio reciente en mi interés
- ❖ Estoy menos interesado por el sexo que antes
- ❖ Estoy mucho menos interesado por el sexo
- ❖ He perdido totalmente mi interés por el sexo

- ❖ He perdido más de 7 kilos
 - ❖ Estoy a dieta para adelgazar
- SI/NO

20) Cansancio o Fatiga

- ❖ No estoy ocupado por mi salud más de lo normal
- ❖ Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- ❖ Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta

11.4. Ficha de recolección de datos

EDAD		
INDICE DE MASA CORPORAL (I.M.C)	PESO	
	TALLA	
SITUACIÓN ECONÓMICA	HOGAR	
	EMPLEADO	
	INDEPENDIENTE	
	DEPENDIENTE	
SEXO	MASCULINO	
	FEMENINO	