

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA**  
**FACULTAD DE EDUCACION, CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y**  
**HUMANIDADES**

**ESCUELA PROFESIONAL DE HUMANIDADES**

**Carrera de Psicología**



**DEPRESION Y ADHESION AL TRATAMIENTO EN PACIENTES**  
**DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS DEL HOSPITAL HIPOLITO**  
**UNANUE, TACNA, 2017**

**TESIS**

Presentada por:

Bach. Katherine Xihomara Martinez Palomino

Tesis para obtener el título Profesional de:

Licenciada en Psicología

Tacna- Perú

2018



**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA**  
**FACULTAD DE EDUCACION, CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN Y**  
**HUMANIDADES**

**ESCUELA PROFESIONAL DE HUMANIDADES**

**Carrera de Psicología**



**RELACIÓN ENTRE LA DEPRESIÓN Y LA ADHESIÓN AL**  
**TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL HOSPITAL HIPÓLITO**  
**UNANUE, TACNA, 2017**

**TESIS**

Presentada por:

**Bach. Katherine Xihomara Martinez Palomino**

Tesis para obtener el título Profesional de:

**Licenciada en Psicología**

Tacna- Perú

2018



*Dedicatoria:*

Este trabajo está dedicando a mi familia; mis padres que me guían con amor y sabiduría a los acules les debo mi inspiración, mi fuerza y mis ganas de superación personal. Y a mí tía y hermano personas que me apoyaron en este camino.

## *Agradecimientos*

A Dios, por permitirme cumplir uno de mis sueños más anhelados.

A mis padres, por creer en mí y darme la oportunidad de estudiar la carrera que elegí, así como seguir impulsando mi futuro.

A mi asesor, Yefer Andres Torres, quien con su conocimiento y exigencia me enseñó y corrigió para lograr el mejor resultado en este estudio al cual le entregué toda mi dedicación.

A mi asesor en la parte estadística el profesor, Julio Cesar Apaza el cual con su paciencia me enseñó mucho y me incentivo a seguir retroalimentándome con el tema.

A mis profesores en la Universidad Privada de Tacna, de quienes valoro cada enseñanza.

A todas las personas que coincidieron conmigo en algún tramo del camino, ya que sin ellos no estaría hoy en uno de los días más importantes para mí.

## RESUMEN

Las reacciones emocionales como la depresión en los pacientes con diabetes mellitus suele afectar la adherencia al tratamiento indicado, haciendo que este sea ineficaz, y cause en los pacientes malestares físicos y emocionales, acompañado de un aumento en las tasas de mortalidad. El objetivo general del presente trabajo es conocer si existe relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en los pacientes diabéticos del Hospital Hipólito Unanue, 2017. El tipo de investigación es básica siendo su finalidad la obtención y recopilación de información, el nivel de conocimiento es correlacional, así mismo su diseño de investigación es no experimental y de origen transversal. Se aplicaron los instrumentos: Inventario de depresión de Beck II y la Escala de adherencia al tratamiento EATDM-III. La muestra estuvo conformada por 160 evaluados dentro del programa de diabetes e hipertensión los cuales oscilan entre una edad entre 26 y 79 años. Se utilizaron las pruebas estadísticas de Chi cuadrado bondad de ajuste, Chi cuadrado de independencia y el Rho de Spearman, obteniendo como resultados finales, que el nivel depresión encontrado es Grave; así mismo el nivel de adherencia al tratamiento es Media; el grado de relación de la depresión y la adherencia al tratamiento es Media, finalmente que si existe relación entre la depresión y la adherencia terapéutica.

*Palabras Clave:* Depresión, Diabetes, Adherencia al tratamiento.

## **ABSTRACT**

The emotional relationship such as depression in patients with diabetes mellitus usually affects the adherence to the indicated treatment, making it ineffective, causing physical and emotional discomforts in patients, accompanied by an increase in mortality rates. The general objective of this research is to know if there is a relationship between depression and adherence to treatment in diabetic patients at Hipolito Unanue Hospital ,2017. The type of research is basic and its purpose is the collection and set of information, the level of knowledge is correlational, likewise the research design is non-experimental and of transversal origin. Instruments were applied to the Beck II depression inventory and the EATDM-III treatment adherence scale. The sample was confirmed by 160 evaluated within the program of diabetes and hypertension, which range between 26 and 79 years. Statistical tests of Chi square goodness of fit were used. Chi square of independence and Spearman's Rho, obtaining as final result that the depression level found is serious, likewise in level of adherence to treatment is medium; the degree of relationship of depression and adherence is medium and finally that there is a relationship between depression and therapeutic adherence.

Keywords: Depression, Diabetes, Adherence to work.

## INTRODUCCIÓN

La presente investigación sobre la depresión y la adherencia al tratamiento, tiene como objetivo general demostrar la relación existente entre dichas variables.

Un nivel bajo de adherencia al tratamiento es un fenómeno mundial de graves consecuencias; ya que conlleva a la existencia de conflictos familiares, emocionales y pérdida de la calidad de vida. Las características de las personas que no presentan una adhesión al tratamiento suele ser de inasistencia a las consultas programadas, no tomar los medicamentos prescritos y dejar a medio completar sus análisis con llevando a un deterioro en su salud (Silva, Galeano & Correa, 2005).

La depresión ha llegado a situarse en los últimos años entre los trastornos psicológicos más prevalentes en la población en general y uno de los más incapacitantes, tanto es así, que la Organización Mundial de la Salud estima que se convertirá en una de las tres principales causas de discapacidad en todo el mundo en el año 2030. La depresión conduce a un mal funcionamiento físico y mental, por lo que no es muy probable que la persona siga una dieta prescrita o un plan de tratamiento indicado (Ezquiaga, et., al, 2011).

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica considerada actualmente como un problema de salud pública, la cual genera mayor discapacidad y mortalidad, en el adulto mayor, ocupando gran parte de los recursos sanitarios en todos los países. Las enfermedades médicas, en especial las crónicas como la diabetes, aumentan la probabilidad de que una persona presente depresión. La adhesión deficiente al plan de tratamiento establecido es la principal causa de complicaciones en la diabetes así mismos los costos individuales, sociales y económicos (Terechenko, Baute & Zamonsky, 2015).

El presente informe está dividido en cuatro capítulos. El Capítulo I contiene el problema, donde se explica el motivo por el cual se realizó la presente investigación; dividido en la descripción del problema, formulación, objetivos, hipótesis y justificación. En el Capítulo II se considera el marco teórico, donde se resalta los antecedentes, fundamentos teóricos y definiciones básicas. El Capítulo III incluye la metodología, está

referido a la identificación y Operacionalización de variables, tipo y diseño de la investigación, ámbito de la investigación, unidad de estudio, población y muestra, técnicas e instrumentos y procedimientos de la investigación. El Capítulo IV contiene los resultados, presenta los hallazgos de la investigación, análisis de resultados, contrastación de hipótesis y discusión. Finalmente se presentan las conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos.

La metodología de la investigación es de tipo básica siendo su finalidad la obtención y recopilación de información. El nivel de conocimiento es correlacional ya que pretende conocer la relación que existe entre las dos variables como son la depresión y la adherencia al tratamiento. El diseño de investigación es no experimental estudiando las variables tal y como se dan en su contexto natural. El origen es transversal recolectando los datos en un solo momento, mediante la aplicación de test psicológicos. La población sobre la cual se trabajó son los pacientes con diabetes mellitus, los cuales oscilan entre una edad de 26 a 79 años siendo un total de 160 evaluados dentro del programa de diabetes e hipertensión. Se aplicaron los instrumentos: Inventario de depresión de Beck II y Escala de adherencia terapéutica en diabetes mellitus EATDM-III. Se utilizaron las pruebas estadísticas de Chi cuadrado bondad de ajuste, Chi cuadrado de independencia y el Rho de Spearman obteniendo como resultados finales que el nivel de depresión en los pacientes diabéticos es Grave; así mismo que el nivel de adherencia al tratamiento es Media; el grado de relación de la depresión y la adherencia al tratamiento es Media y finalmente que si existe relación entre la depresión y la adherencia terapéutica.





# **CAPITULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **1.1. Descripción del problema**

Se define el término adherencia como el grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, que corresponde con las recomendaciones acordadas por el profesional sanitario (Organización Mundial de la Salud, 2003). Las características de las personas que no presentan una adhesión al tratamiento son de inasistencia a las consultas programadas, dejar el consumo de medicamentos prescritos y no realizar los análisis solicitados. La falta de adherencia es un fenómeno mundial de graves consecuencias; ya que conlleva a una pérdida del control de la enfermedad, altos costos en el sistema de salud, conflictos familiares y emocionales. Una deficiente adhesión al tratamiento provoca complicaciones a nivel del organismo y en la producción de insulina afectando en el funcionamiento de los riñones, a nivel de los nervios a través del dolor, hormigueo o adormecimiento, pérdida de sensación en las manos, brazos, piernas y pies (Silva, Galeano & Correa, 2005).

La depresión puede ser definida como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés, placer, sentimiento de culpa, falta de autoestima, sensación de cansancio, falta de concentración relacionada con trastornos del sueño o apetito (OMS, 2017). Ha de tenerse en cuenta que la depresión puede traer malestares a nivel emocional, presentándose a través de la falta de energía, incapacidad de sentir placer, síntomas somáticos como fatiga, dolores musculares, de cabeza y cambios en el sueño. Los estudios epidemiológicos recientes realizados en el Perú por el Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado dan a conocer la prevalencia de la depresión en Lima Metropolitana con un 18.2%, en la sierra peruana un 16.2% y en la Selva con un 21.4% siendo la causa de un de gran sufrimiento personal para quien la padece y para las personas de su entorno (Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado, 2012). La ciudad de Tacna no está excluida de esta problemática, el trastorno depresivo es el tercer trastorno mental de importancia con un

15.79% con mayor incidencia en el adulto con un 56.14%. Así mismo ha llegado a situarse en los últimos años entre los trastornos psicológicos más prevalentes en la población en general y uno de los más incapacitantes, tanto es así, que la Organización Mundial de la Salud estima que se convertirá en una de las tres principales causas de discapacidad en todo el mundo en el año 2030 (Dirección Regional de Salud Tacna, s. f)

La diabetes mellitus es un problema que afecta a la salud física y emocional de quien la padece, ya que la persona realiza una serie de cambios en ámbitos, sociales, familiares y laborales en corto tiempo pasando por diversas emociones como el miedo, sorpresa, ira, aversión y tristeza siendo esta última una prevalente para la depresión así mismo muchas de estas personas no logran encontrar una solución a su problema afectando a sus conductas de autocuidado y control de la enfermedad. La Diabetes Mellitus es considerada una epidemia mundial por su alta prevalencia, por la disminución en la calidad de vida, alto costo social, familiar y económico. Esta enfermedad se está incrementando dramáticamente y se estima que en el año 2025 el número de personas con diabetes se duplicará, razón por lo que se considera que será la próxima epidemia mundial. Estudios realizados a nivel mundial, afirman que la mitad de los pacientes no siguen adecuadamente el tratamiento y que menos del 30% cambia sus hábitos o estilos de vida (Duque, Henao, & Cardona, 2011). Según la Organización Mundial de la Salud las muertes en pacientes con diabetes, los cuales no presentan una adherencia adecuada al tratamiento son de un 80% en países con ingresos bajos y medios, mientras que el 20% restante ocurre en países de altos ingresos, afectando ambos sexos por igual, por esta razón se hace imprescindible lograr una modificación mediante acciones de promoción y prevención (Rodríguez, Alba, Estrada, & González, 2005).

El control de la diabetes requiere algo más que tomar medicamentos, se ha demostrado que el autocuidado, auto monitoreo, las restricciones alimentarias, el cuidado de los pies y los exámenes oftálmicos regulares, reducen notablemente la incidencia y la progresión de las complicaciones diabéticas. La adhesión terapéutica deficiente es la principal causa de las complicaciones en la diabetes y los costos individuales, sociales y económicos (OMS, 2004). Por lo tanto los sentimientos que se desencadenan de la depresión, pueden llevar a las personas que padecen de diabetes

mellitus a ignorar las dietas especiales o los planes de medicamentos necesarios para controlar su enfermedad, lo que puede influir en problemas a nivel cardiovascular y daño en los riñones que finalmente pueden llevar a la muerte (Castillo, Barrera, Pérez & Álvarez, 2010).

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Pregunta general**

- ¿Existe relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017?

### **1.2.2. Preguntas específicas**

- ¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017?
- ¿Cuál es el nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017?
- ¿Cuál es el grado de relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017?

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo general**

- Determinar si existe relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017

### **1.3.2. Objetivos específicos**

- Determinar el nivel de depresión que presentan los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017
- Determinar el nivel de adherencia al tratamiento que presentan los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017
- Establecer el grado de relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017

## **1.4. Hipótesis**

### **1.4.1. Hipótesis general**

- Existe relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna, en el año 2017

### **1.4.2. Hipótesis específicas**

- El nivel de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, es Grave

- El nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, es Medio
- El grado de relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, es Medio

### **1.5. Justificación**

La diabetes mellitus representa un grave problema de salud pública, ya que se estima como una de las enfermedades más comunes en estos tiempos, producida principalmente por los malos hábitos alimenticios adoptados por la población. En un primer momento las personas que padecen esta enfermedad piensan en acontecimientos catastróficos como la muerte, cerrándose a las soluciones y posibilidades de poder controlar su enfermedad, estas situaciones pueden agravarse presentando un bajo nivel en la adherencia al tratamiento. Las dificultades en la adherencia al tratamiento se dan por el olvido, el mal entendimiento del régimen terapéutico, por la falta de confianza en sí mismo en no poder cumplir las indicaciones descritas por el personal sanitario, acompañado de reacciones emocionales como la depresión que impiden llevar el control del tratamiento, es un problema relevante que puede conllevar a complicaciones en la salud (Vila, 2011).

La depresión ha llegado a situarse en los últimos años entre los trastornos psicológicos más prevalentes e incapacitantes en la población en general, tanto es así, que la Organización mundial de la salud estima que se convertirá en una de las tres principales causas de discapacidad en todo el mundo en el año 2030 (Terrazas, et al., 2014). En los pacientes diabéticos la depresión puede darse por diversas situaciones, entre ellas no adaptarse a los cambios relacionados con el consumo de fármacos, hábitos alimenticios, cambios en rutinas físicas estas situaciones si no se cumplen pueden frustrar a la persona y por ende generar sentimientos de incapacidad ansiedad, depresión y estrés, por lo que la conducta que muestra el paciente con diabetes mellitus

frente a estas situaciones ocuparía un papel central en relación al cumplimiento terapéutico. No practicar un buen autocuidado puede traducirse en niveles no controlados de azúcar en la sangre, conllevando a síntomas como pérdida de peso, fatiga e insomnio los cuales pueden afectar al paciente en los diferentes ámbitos de su vida (Castillo, et al., 2010).

Siendo de gran relevancia la realización del presente trabajo ya que mostrara la influencia que existe entre la depresión y adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus, los cuales suelen presentar disminución en la motivación, pérdida de energía, desesperanza e indecisión siendo afectado el plan de tratamiento establecido como el control de la glucosa, realización de una dieta y actividad física (Iglesias, et al., 2014). Si bien es cierto existen investigaciones a nivel mundial, nacional y hasta regional que arrojan información importante sobre los pacientes diabéticos, los estudios generalmente se enfocan en sus orígenes y desarrollo desde una perspectiva medica dejando de lado el área psicológica, que engloba el área social, emocional y familiar (Castro, Rodríguez & Ramos, 2005). Así mismo existen pocas indagaciones que relacionen concretamente las variables depresión y adherencia al tratamiento en las personas con diabetes mellitus , es por ello que la realización de la presente investigación beneficiará principalmente a las personas que padecen del diagnóstico, así como a sus familiares, médicos e instituciones que albergan a pacientes diabéticos, ya que a través de esta investigación no solo se encontraran resultados relevantes que den a conocer a las personas del ámbito de salud, la influencia que existen entre las dos variables, si no obtener resultados que principalmente aporten beneficios en la prevención a través de programas, talleres y charlas que puedan ayudar al paciente diabético a sobrellevar esta enfermedad con un soporte emocional (Castro, et al., 2005).

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1. Antecedentes**

A continuación se presentan los antecedentes investigativos del presente estudio, en el siguiente orden: Antecedentes internacionales, nacionales y regionales.

### **2.1.1. Antecedentes internacionales**

Paredes (2003) realizó una investigación denominada *Depresión como causa de no adherencia al tratamiento farmacológico del paciente con diabetes mellitus*, siendo su objetivo obtener información de los niveles de depresión y adherencia al tratamiento. Los resultados obtenidos muestran que el porcentaje de adherencia fue del 45.4% siendo un nivel medio, en referencia a la depresión se encontró un nivel de depresión grave con un 75.8%. El antecedente se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: Las variables de estudio depresión y adherencia al tratamiento, así mismo la población de pacientes diabéticos, la diferencia radica en la utilización del test de depresión geriátrica resumida de Yesavage y la evaluación de la adherencia al tratamiento a través del cuestionario de Morinsky-Green así mismo la presente investigación fue realizada en Chile.

Figuroa, (2010) realizó una investigación denominada *Factores asociados a la no adherencia al tratamiento de pacientes diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular*, siendo su objetivo conocer la prevalencia y los factores de riesgo asociados a la no adherencia de pacientes diabéticos. Los resultados destacaron que el 65% de los evaluados no presentan una adherencia al tratamiento, así mismo los factores asociados a la variable son, el uso inadecuados de los fármacos, el uso de insulina y el año de diagnóstico. El presente antecedente se relaciona con la investigación en los siguientes puntos: la variable de estudio adhesión al tratamiento la población de pacientes con diabetes mellitus, la diferencia radicaría en su realización en Bucaramanga.

Constantino, Bocanegra, León y Díaz (2014) realizaron una investigación denominada *Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo dos atendidos en un hospital general de Chiclayo*, teniendo por objetivo valorar la frecuencia de la Ansiedad y Depresión. Los resultados destacaron que según la severidad de la depresión se encontró un nivel depresión leve con un 29.6%, así mismo que existe una prevalencia de depresión en mujeres con un 64% y en los hombres con

un 36%, Este antecedente se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: la población de pacientes con diabetes mellitus y el estudio de la variable depresión, la diferencia radica en la utilización del cuestionario clínico para el diagnóstico del síndrome depresivo de Calderón así mismo su realización en México.

Escandón, Azocar, Pérez, Matus (2015) realizaron una investigación denominada *Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo dos y su relación con la calidad de vida y depresión*, siendo su objetivo describir la relación entre adherencia al tratamiento, calidad de vida y sintomatología depresiva en pacientes adultos con diagnóstico de diabetes mellitus. Los resultados obtenidos muestran que los pacientes con diabetes mellitus, presentan un nivel grave de no adherencia al tratamiento con un 81.0 %, así mismo un nivel moderado en la sintomatología depresiva con un 69.0 %, se infiere que la baja adherencia al tratamiento se relaciona con la depresión ya que dicha patología mental se asocia con la falta de motivación, energía y confianza elementos fundamentales para la realización de actividades de autocuidado. El antecedente presente se relaciona con la investigación en los siguientes puntos: las variables de estudio como la adherencia al tratamiento y la depresión, así mismo la utilización del test de depresión de Beck y la población de pacientes diabéticos, la diferencia radicaría en el estudio de la variable calidad de vida y la realización de la investigación en España.

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

Vila (2011), realizó una investigación denominada *Depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos con adherencia y sin adherencia al tratamiento*, teniendo por objetivo determinar la relación entre la adherencia y la depresión. Los resultados obtenidos muestran una relación significativa entre la depresión y la adherencia al tratamiento siendo una correlación positiva media con un 5.78%. El antecedente presente se relaciona con la investigación en los siguientes puntos: Las variables utilizadas como la depresión y adherencia al tratamiento siendo la diferencia en la aplicación del test de Zung para la depresión, el estudio de la variable ansiedad y su realización en la ciudad de Lima.

Davila, Garcia, Saavedra (2013) realizaron una investigación denominada *Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo dos y variables asociadas en Iquitos*, teniendo como objetivo saber cuan adherentes son al tratamiento los pacientes diabéticos y las variables asociadas a la adherencia. Los resultados obtenidos muestran que el 69,33% de pacientes no son adherentes al tratamiento presentando un nivel de adherencia bajo, es decir que no ejecutan las recomendaciones acordadas con el prestador de asistencia sanitaria, dentro de las variables sociodemográficas el 82,7% son adultos mayores, el 58.5% son mujeres, el 40%, informo que suelen seguir un tratamiento basado en pastillas. El antecedente descrito se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: La evaluación de la variable adherencia al tratamiento y la población de pacientes diabéticos siendo su diferencia la realización en la ciudad de Iquitos.

Constantino, Bocanegra, Leon, Diaz (2014) realizo una investigación denominada *Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo dos*, teniendo por objetivo estimar la frecuencia de Ansiedad y Depresión, así como su asociación con el control glucémico en pacientes con diabetes tipo dos atendidos en un hospital de Chiclayo. Los resultados obtenidos muestran que dentro de la población evaluada se encontró un nivel de depresión grave con un 57,3%. El antecedente descrito se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: El estudio de la variable depresión medida a través del test de Beck, la diferencia radica en la evaluación de la variable adherencia al tratamiento así mismo su realización en la ciudad de Chiclayo.

### **2.1.3. Antecedentes regionales**

Sernaque (2004), realiza una investigación denominada *Frecuencia de la depresión en usuarios del programa de diabetes mellitus en el hospital Daniel Alcides Carrión* teniendo por objetivo determinar la frecuencia que se presenta la depresión. Los resultados obtenidos muestran una depresión leve con un 84%. Así mismo según los datos sociodemográficos existe un predominio del sexo femenino con un 64,18%, la edad que predomina se encuentra entre los 50 a 59 años con un 66%, siendo en su mayoría personas casadas con 83%. El antecedente se relaciona con la presente

investigación en los siguientes puntos: La variable depresión como base para el estudio así mismo la población de pacientes con diabetes y la realización en la ciudad de Tacna, las diferencias radicarían en la utilización del test de Hamilton para medir la estructura dimensional para la depresión y la utilización de una sola variable de estudio y su aplicación a los usuarios del hospital Daniel Alcides Carrión.

Paredes (2013), realiza una investigación denominada *Frecuencia y factores de riesgo relacionados a la no adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2 en el Hospital APLAO-MINSA en meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2013* teniendo por objetivo determinar la adherencia al tratamiento de los pacientes diabéticos. Los resultados obtenidos muestran un nivel bajo de adherencia con un 84,7% respecto al factor edad el 80.33% de la población son mayores con una edad de entre 50 a 60 años, dentro del estado civil se encontró un 69,64% son casadas, se encontró prevaleciente el grado de instrucción primaria incompleta con un 66.67%. El antecedente se relaciona con la presente investigación en los siguientes puntos: El estudio de la adherencia terapéutica, la población de pacientes con diabetes y la realización en la ciudad de Tacna, las diferencias radicarían en la utilización de una sola variable de estudio y el trabajo con una población de en el hospital de Aplao minsa.

## **2.2. Fundamentos teóricos**

### **2.2.1. Depresión**

**2.2.1.1. Definición:** La depresión puede ser definida como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés, placer, sentimiento de culpa, falta de autoestima, sensación de cansancio, falta de concentración relacionada con trastornos del sueño o apetito (OMS, 2017).

**2.2.1.2. Factores que Predisponen a la Depresión:** Para entender el origen de la depresión es fundamental adoptar un enfoque dimensional el cual involucra a factores psicológicos, sociales y neurobiológicos (Estramiana, Luque & Gallo, 2008).

2.2.1.2.1. *Factores Psicológicos:* Las causas psicológicas que se asocian a la depresión son las experiencias vividas por cada individuo las cuales formaran sus esquemas mentales y seran la base de su comportamiento, asi mismo se presenta un comportamiento denominado rumiación el cual prolonga la depresión debido a que provoca la recurrencia de pensamientos negativos y obstaculiza la solución de problemas (Serra, Irizarry, 2015).

2.2.1.2.2. *Factores Sociales:* Se ha implicado a las circunstancias externas como factores precipitantes de los trastornos afectivos, siendo los acontecimientos vitales incontrolables e inesperados que al recaer sobre un individuo que tiene una vulnerabilidad de base, desencadenarían el inicio de una depresión (Estramiana, Luque & Gallo, 2008).

2.2.1.2.3. *Factores Neurobiológicos:* Se postula que existe una vulnerabilidad biológica por parte de los familiares de primer grado padres, hijos, hermanos de sujetos con trastorno depresivo grave, la cual no necesariamente se traducen en depresión a menos que las condiciones ambientales predispongan a su desarrollo, si una persona tiene la predisposición genética de desarrollar esta condición pero el ambiente que creció es saludable no se desarrollara. Cuando una persona se encuentra deprimida existe un desequilibrio en los neurotransmisores, los cuales se encargan de pasar la información de una neurona a otra, el núcleo es la parte que contiene el ADN siendo esta parte la proteína donde reside el material genético de los trastorno afectivos (Sequeira & Fornaguera, 2009).

**2.2.1.3. Tipos de depresión:** Descripción de los tipos de depresión según la clasificación internacional de enfermedades (CIE 10,1992)

➤ Episodio depresivo leve: Estado de ánimo el cual se caracteriza por la pérdida de interés, incapacidad de disfrute, aumento de fatiga, y al menos dos del resto de los

síntomas mencionados deben encontrarse presentes para poder clasificarlos, los cuales deben durar al menos dos semanas.

➤ Episodio depresivo moderado: Deben estar presentes al menos dos de los síntomas más típicos descritos para episodio depresivo leve. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Una persona con un episodio depresivo moderado suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

➤ Episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos: Durante un episodio depresivo grave, suele presentarse angustia o agitación de manera exacerbada. Es probable la pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad, culpa, como el riesgo de suicidio. Deben estar presentes dos síntomas típicos del episodio depresivo leve, están presentes síntomas importantes como la agitación o la inhibición psicomotriz, la persona puede estar poco dispuesta o ser incapaz de describir muchos síntomas con detalle. El episodio depresivo debe durar normalmente al menos dos semanas.

➤ Episodio depresivo grave con síntomas psicóticos: Episodio depresivo grave satisface las pautas establecidas, existencia de ideas delirantes y alucinaciones. Las ideas delirantes incluyen temas de pecado, de ruina o de catástrofes inminentes de los que el enfermo se siente responsable. Las alucinaciones auditivas u olfatorias suelen ser en forma de voces difamatorias o acusatorias o de olores a podrido o carne en descomposición.

➤ Otros episodios depresivos: Episodios que no reúnan las características de los episodios depresivos señalados, pero según los síntomas se indica que son de naturaleza depresiva. Por ejemplo, mezclas fluctuantes de síntomas depresivos como tensión, preocupación, malestar o cansancio no debido a causas orgánicas.

**2.2.1.4. Teorías psicológicas y la depresión:** Se da a conocer como cada enfoque psicológico hace referencia a la depresión en relación a su origen y desarrollo

2.2.1.4.1. *Teoría cognitivo conductual y la depresión:* El modelo cognitivo conductual dirigido por Beck define a la depresión como la alteración del estado de ánimo, permitiendo que se presenten pensamientos negativos los cuales repercuten a nivel emocional, conductual y cognitivo induciendo a la persona a un estado en el que le es imposible resolver los problemas de la vida. En la depresión los individuos tienen una vulnerabilidad cognitiva la cual consiste en un conjunto de esquemas negativos y desadaptativos que a menudo reflejan pérdida, inutilidad o derrota. De acuerdo con el modelo, en la depresión hay un mal funcionamiento del procesamiento de la información debido a la activación de creencias nucleares, las cuales conducen que los síntomas emocionales o conductuales se presenten de manera disfuncional. Las causas pueden ser debidas a numerosos factores genéticos, bioquímicos, evolutivos y ambientales. Las personas con esquemas negativos o con tendencia a cometer errores de procesamiento debido a sus experiencias tempranas serán más proclives a padecer trastornos depresivos (Ruiz, Díaz & Villalobos, 2012).

El pensamiento de la persona con depresión, suele caracterizarse por una pérdida del control voluntario de sus cogniciones y por sentirse incapaz de reformular sus esquemas cognitivos. En una depresión leve el paciente tiene cierto grado de objetividad ante los pensamientos negativos que formula, logrando acceder a la reformulación de los mismos. Sin embargo, a medida que éste se agrava, los pensamientos se vuelven más dominados por las ideas negativas y por la ausencia de conexión lógica entre la realidad y sus interpretaciones, en niveles graves se considera que la persona está incapacitada para reformular sus esquemas cognitivos acordes a la realidad, pues la característica de estos pensamientos radica en la frecuencia, perseverancia, y dificultad que generan para concentrarse en los estímulos externos y emprender actividades mentales de forma voluntaria (Hernandez, 2010)

➤ *La tríada Cognitiva:* La tríada cognitiva implica tres patrones en la visión del individuo: de sí mismo, sus experiencias y el futuro las cuales se caracterizan por anticipar dificultades y sufrimientos actuales. El primer componente de la tríada se

centra en la visión negativa del individuo acerca de sí mismo, en el cual la persona se ve desgraciado, torpe, enfermo y con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico, suele pensar que carece de atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad. El segundo componente de la triada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa, le parece que el mundo le hace demandas exageradas y presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. El tercer componente de la triada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro, cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran indefinidamente (Beck, John & Brian, 2011).

➤ *Esquemas mentales:* El término esquema designa a ciertos patrones cognitivos los cuales son la base para las interpretaciones que realiza una persona, la activación de los esquemas depresivos es responsable del procesamiento distorsionado de la información, para que tal activación se presente es necesario la aparición de un suceso estresante. Un esquema puede permanecer inactivo durante largos períodos de tiempo y ser activado por estímulos ambientales específicos los cuales determinan la manera de responder de las personas. Es así como el paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados, la activación de los esquemas disfuncionales está producida por un número de situaciones y estímulos cada vez mayores, impidiendo utilizar esquemas más adecuados. En la depresión leve el paciente mantiene cierta objetividad al contemplar sus pensamientos negativos. En la depresión grave, el pensamiento está cada vez más dominado por ideas negativas, repetitivas, siendo difícil concentrarse en otros estímulos. A medida que la depresión se agrava, el pensamiento del paciente está cada vez más dominado por ideas negativas, puede no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas (Gonzales & Oropeza, 2016).

➤ *Distorsiones Cognitivas:* Una vez activados, los esquemas negativos los cuales actúan como filtros que recuerdan, perciben, interpretan y sintetizan las experiencias con errores sistemáticos se extrae conclusiones en ausencia de esquemas adaptativos, presentándose la abstracción selectiva la cual se focaliza en los elementos aislados o

parciales de una situación, mientras que se ignoran otros elementos más importantes, y conceptualiza la situación en base a esos detalles sin tener en cuenta el contexto; así mismo la sobre generalización formula una conclusión basándose en uno o más sucesos; la maximización y minimización distorsionan la importancia o magnitud de un suceso; la personalización se relaciona con sucesos externos a uno mismo en ausencia de datos que justifiquen tal conexión; el pensamiento dicotómico y absolutista se basa en evaluar todas las experiencias en términos de una o dos categorías mutuamente exclusivas. En la depresión se atiende selectivamente y se magnifica la información negativa, mientras que se ignora o minimiza la información positiva; los errores y fallos se personalizan y sus efectos negativos se exageran y sobre generalizan (Gonzales & Oropeza, 2016).

➤ *La teoría cognitiva conductual en pacientes Diabéticos:* En la mayoría de personas diagnosticadas con diabetes mellitus pueden observarse un cambio emocional y conductual, ya que tienen que asumir una enfermedad que durará toda la vida y modificar su repertorio comportamental con el propósito de sobrellevar saludablemente todas las situaciones que se le presenten. El modelo cognitivo conductual propuesto por Beck y Ellis puede entenderse como un método colaborativo, en el cual el terapeuta acompaña a la persona en poder encontrar procesos que la ayuden a identificar y evaluar sus pensamientos disfuncionales. Así mismo se puede mencionar dos estilos de personalidad, autonomía y sociotropía, los individuos autónomos tienen a obtener mayor satisfacción de la independencia, libertad y logro personal, mientras que en los individuos socio trópicos el bienestar es mayor cuando se sienten aceptados, con afecto, acompañados y tienen aprobación social (Castro, Rodríguez & Ramos, 2005).

2.2.1.4.2. *Teoría Psicoanalítica y la Depresión:* Para el psicoanálisis la depresión es un estado, el cual se instala en la estructura neurótica caracterizada por cuatro aspectos, historia del sujeto, odio a sí mismo, aparición del fracaso y pérdida de la esperanza. Desde esta perspectiva psicodinámica, la neurosis depresiva es entendida en base a un conflicto inconsciente exacerbado por un ideal del yo. Las fluctuaciones de los sentimientos alteran la imagen que pueda tener una persona de sí misma, donde los síntomas de la depresión neurótica ponen de manifiesto una inhibición de la fuerza vital, la cual se presenta a través de la parálisis del sueño, fatiga, disminución del ímpetu psicomotor, incapacidad para decidir y la reducción de las relaciones afectivas, revelando estas características un vacío interior que sugiere la pérdida de la tensión

pulsional. La pulsión es normalmente una potencia de realización, de búsqueda de placer y de revestimiento del mundo, que se constituye a partir de las direcciones de sentido que ofrece el entorno y de las experiencias significativas de cada persona (García, 2012).

**2.2.1.4.3. Teoría Humanista y la Depresión:** Dentro de la presente teoría se puede tener en cuenta el desarrollo de una de sus ramas como la Gestalt, la cual hace referencia que la persona deprimida tiene una visión negativa de su realidad que le lleva a contactar de un modo inhibido e incluso a interrumpir el contacto con su entorno más inmediato como puedan ser las personas más significativas. El ser humano se encuentra en transformación permanente en su contacto o interacción con el entorno, en este campo el entorno es dónde se van a producir determinadas experiencias; una de ellas es la experiencia depresiva, las personas que pasan por esta experiencia depresiva se encierran en sí mismos, siendo incapaces de ver soluciones a su inmenso y doloroso malestar, así mismo sienten como ajeno todo aquello que sucede a su alrededor, algo lejano e imposible de alcanzar. Conforme evoluciona la depresión, se entra en un círculo vicioso de malestar, tristeza, sentimiento de culpa, falta de apoyo y sensación de vacío. La persona con depresión se sumerge en un aislamiento emocional e interpersonal, disminuye el contacto con las personas de su alrededor, se observa un aplanamiento afectivo, falta de acción e interés por la vida (Mosqueda, 2015).

**2.2.1.5. La depresión y su relación con la diabetes:** La diabetes puede ser causante de ciertos cambios que implican un nuevo régimen alimenticio, algunas limitaciones físicas y sexuales, las cuales predisponen al diabético a deprimirse, causando alteraciones importantes en los niveles de glucosa en la sangre y una disfunción multiorgánica. Inicialmente, las personas diagnosticadas con diabetes pasan por un proceso de ajuste que puede generar reacciones y sentimientos tales como: enojo, depresión, ansiedad, frustración y pérdida de valor por la vida, estas reacciones y sentimientos pueden llevar a asumir una actitud de descuido, lo que genera una diabetes descontrolada, produciendo cambios en su estado de ánimo (Heredia & Pinto, 2008). La depresión puede incrementar ciertas complicaciones en la diabetes, presentando una dificultad en el cumplimiento terapéutico, problemas en el auto cuidado, falta de cuidado en su alimentación, actividad física, relaciones interpersonales, prácticas

sexuales, incluidas las formas de afrontamiento cognitivo y emocional (Rodríguez, Alba, Estrada & Gonzalez, 2005). Algunos pacientes expresan sentimientos de frustración y rechazo provocados por el diagnóstico de la enfermedad, por los malos resultados o por las limitaciones y renuncias que la enfermedad acarrea, asociado con la dificultad para cambiar y bajo apego al tratamiento, mientras más información tenga la persona se incrementa su fortaleza hacia la enfermedad (Serrano, Zamora, Navarro & Villareal, 2012).

## **2.2.2. La Adherencia Terapéutica**

**2.2.2.1. Definición:** El grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, que corresponde con las recomendaciones acordadas por el profesional sanitario (Organización Mundial de la Salud, 2003).

La falta de adherencia al tratamiento se define como la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida la falla en seguir los esquemas de tratamiento indicados por el médico o por el personal de salud es en esencia una decisión personal de causa multifactorial. La importancia de tomar la medicación, la percepción de gravedad de la enfermedad, la credibilidad en la eficacia de la medicación y aceptación personal de los cambios recomendados (Silva, Galeno, Correa, 2005).

**2.2.2.2. Determinantes de la Adherencia:** Muchas de estas variables son estáticas y pueden ser susceptibles a la intervención, se identifican los comportamientos claves de los prestadores de asistencia sanitaria, los factores del sistema de salud y atributos relacionados de los pacientes (OMS, 2004).

➤ El sistema de salud: El sistema de prestación de asistencia sanitaria tiene gran potencial para influir en el comportamiento hacia la adherencia terapéutica en los pacientes. Siendo relevante la disponibilidad y accesibilidad de los servicios, el apoyo a

la educación de los pacientes, la recopilación de datos y la gestión de la información (Toledano, et al., 2008).

➤ El régimen terapéutico: Se tiene en cuenta que entre mayor sea la complejidad del régimen terapéutico habrá ciertas dificultades en poder cumplir con todo lo prescrito, ya que este exige cambios en las actividades habituales de la vida cotidiana, como cambios en los horarios, consumo de medicamentos, realización de actividad física lo cual hace que sea difícil la adherencia terapéutica a la persona (Arias, 2001).

➤ Comportamientos del prestador de asistencia sanitaria: Las variables relacionadas con el modo en que los prestadores de asistencia sanitaria interactúan y se comunican con sus pacientes son claves para la adherencia terapéutica. La claridad del asesoramiento diagnóstico y tratamiento se ha correlacionado con la adherencia a corto plazo, el comportamiento del profesional resulta muy importante para que el paciente siga las instrucciones y se adhiera al tratamiento, es necesario que el profesional sea competente, empático y transmita seguridad y confianza (Alviz, & Mondragon, 2014).

➤ Atributos del paciente: Ciertas características como, la edad, el sexo, la educación, la ocupación, los ingresos, el estado civil, la religión, el origen étnico y el domicilio urbano frente al rural se han asociado definitivamente con la adherencia. Algunos de los factores que pueden estar relacionados con el paciente son el estrés psicosocial, la angustia por los posibles efectos adversos, la baja motivación, las creencias negativas con respecto a la efectividad del tratamiento, el no aceptar la enfermedad, incredulidad en el diagnóstico, la falta de percepción del riesgo para la salud (Alviz, & Mondragon, 2014).

**2.2.2.3. La Adherencia Terapéutica en pacientes con Diabetes Mellitus:** El grado en que el paciente cumpla o se adhiera a las indicaciones y prescripciones terapéuticas es de vital importancia ya que ello puede agravar los síntomas y la enfermedad que pueda padecer. El incumplimiento terapéutico repercute en la pérdida de los beneficios que la indicación terapéutica puede aportar, incrementa el costo de las intervenciones al aumentar el número de visitas médicas, propicia cambios innecesarios en el tratamiento, y puede generar frustración tanto en el médico como en el paciente. De acuerdo a su carácter crónico, esta enfermedad necesita tratamiento durante toda la

vida, ya que origina importantes cambios en el estilo de vida (Rincon, Torres, Corredor, 2017).

2.2.2.3.1. *Función del psicólogo y su relación con la diabetes:* Los desórdenes psicológicos, especialmente la depresión, en pacientes con diabetes presentan un riesgo adicional para la salud física y mental, siendo el diagnóstico un impacto en la persona que lo desestabiliza emocionalmente. La forma en que los profesionales de la salud comunican el diagnóstico de diabetes es importante, para facilitar la aceptación del paciente y minimizar el riesgo de que pueda activarse mecanismos de defensa. Las principales intervenciones vinculadas con la diabetes se enfocan en la prevención y el proceso educativo de adherencia. Se describen cuatro tipos de saberes en los cuales el psicólogo cumple una función importante para la adherencia terapéutica (Jimenez & Davila, 2007).

➤ **Conocimiento sobre la enfermedad:** El paciente debe saber, cómo se origina la enfermedad, su manifestación, tratamiento, así mismo que cambios a nivel emocional y físico.

➤ **Identificación de Conductas:** Se basa en la identificación, por parte del paciente, en la cual reconoce sus hábitos alimenticios y su nivel de actividad física que debe seguir; debe identificar su visita al médico, y seguir las indicaciones con respecto a la ingesta de medicamentos.

➤ **La importancia de la adherencia Terapéutica:** La persona debe saber que una diabetes no controlada provoca daños irreversibles en su salud, pudiendo generar otras enfermedades y malestares.

➤ **Reconocimiento de las dificultades:** Así mismo se requiere que el paciente se entrene en poder cuidarse de ciertos elementos que afectan su adherencia al tratamiento como circunstancias sociales que incentivan a la persona se alimente de forma inadecuada.

### 2.3. Definiciones Básicas

- **Depresión:** La depresión puede ser definida como un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés, placer, sentimiento de culpa, falta de autoestima, sensación de cansancio, falta de concentración relacionada con trastornos del sueño o apetito (OMS, 2017).
  
- **Adherencia Terapéutica:** El grado en que el paciente sigue las instrucciones médicas, en relación con la toma de medicación, el seguimiento de una dieta o la modificación de hábitos de vida, que corresponde con las recomendaciones acordadas por el profesional sanitario (Organización Mundial de la Salud, 2003). La adherencia al tratamiento comienza a desempeñar su papel en el momento posterior al diagnóstico de la enfermedad, si se cumple ayuda a mejorar la efectividad de las intervenciones encaminadas a promover los estilos de vida saludable (Hernandez, 2010).
  
- **Diabetes tipo I:** Es una enfermedad autoinmune la cual destruye una parte vital de sí mismo, células beta productoras de insulina (García, 2017).
  
- **Diabetes tipos II:** Se fabrica una mayor cantidad de insulina la cual no puede actuar de forma correcta, siendo el origen los hábitos deficientes de alimentación y vida sedentaria que dan lugar a la enfermedad (Gasteiz, 2008).

**CAPITULO III**  
**METODOLOGIA**

**3.1. Identificación y Operacionalización de variables**

**3.1.1. Depresión**

Definición Operacional: Variable medida a través del protocolo del inventario de depresión de Beck II adaptado en su versión española por Jesús Sanz y Carmelo Vázquez.

Dimensiones	Indicadores	Categóricas	Tipo de variable
Depresión como modelo unidimensional	Gravedad de la sintomatología	Mínima Leve Moderado Grave	Variable categórica politómica

**3.1.2. Adherencia**

Definición Operacional: Variable medida a través de la escala de adherencia al tratamiento en Diabetes Mellitus, versión III por Alfonso Villalobos y Carlos Araya.

Dimensiones	Indicadores	Categóricas	Tipo de Variable
Apoyo familiar	La relación de la familia sobre la condición médica de la persona con Diabetes Mellitus.	Alto Medio Bajo	Variable categórica politómica

Organización y Apoyo Comunal	Tipo de apoyo que la comunidad le brinda a la persona con Diabetes Mellitus.	Alto Medio Bajo	Variable categórica politómica
Ejercicio Físico	Emisión de comportamientos vinculados a la actividad física, ejercicio y mantenimiento de horarios.	Alto Medio Bajo	Variable categórica politómica
Control Médico	Se mide el tipo, lugar y las conductas relacionadas con el control médico.	Alto Medio Bajo	Variable categórica politómica
Higiene y autocuidado	Conductas vinculadas al aseo y conductas de autocuidado.	Alto Medio Bajo	Variable categórica politómica
Dieta	Se incluye el plan alimenticio que deben consumir las personas con Diabetes Mellitus.	Alto Medio Bajo	Variable categórica politómica
Valoración de la condición física	Se aborda el ejercicio físico y la percepción sobre la condición física.	Alto Medio Bajo	Variable categórica politómica

### 3.2. Tipo, nivel, diseño y origen de la investigación

La presente investigación es de tipo básica siendo su finalidad la obtención y recopilación de información la cual se construye en un conocimiento existente. El nivel

de conocimiento es correlacional ya que pretende conocer la relación que existe entre dos variables siendo la depresión y la adherencia terapéutica, así mismo mide cada una de ellas y analiza su vinculación. El diseño de investigación es no experimental ya que no se manipulara las variables observando la variable tal y como se da en su contexto natural siendo de origen transversal, ya que se pudo recolectar los datos en un solo momento, siendo su propósito describir, analizar su incidencia e interrelación en un momento dado.

Ox  
M            r  
              Oy

Leyenda:

M: Muestra

Ox: Observación de la «primera variable»

r: Relación

Oy: Observación de la «segunda variable»

### **3.3 Ámbito de estudio**

La presente investigación se desarrolló en el hospital Hipólito Unanue de Tacna la cual se encuentra en la calle Calle Blondell inaugurado el 28 de agosto de 1954, desde esa fecha el hospital viene brindando el servicio hospitalario y médico a la población en general. El hospital ofrece los servicios de Dermatología, Cirugía, Curaciones, Psicología, Traumatología, Medicina, Cardiología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Salud Bucal, Neurocirugía, Neurología, Gastroenterología, Servicio de Pediatría, Dpto. de Enfermería, Unidad de Cuidados Intensivos, Gineco-Obstetricia, Servicio de Recién Nacidos, Sala de Partos, Centro Quirúrgico, Departamentos de Medicina, Cirugía, Sala de Operaciones y en el sótano se encuentran los Servicios de Almacenes, Lavandería.

### **3.4. Población**

La población sobre la cual se trabajó son los pacientes con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue los cuales oscilan entre una edad de 26 a 79 años siendo un

total de 160 evaluados dentro del programa, a los cuales se aplicó el test de depresión de Beck II y la escala de Adherencia al tratamiento en diabetes EATDM-III.

Criterio de inclusión: Que los pacientes estén registrados en el hospital Hipólito Unanue, y presenten el diagnóstico de diabetes mellitus tipo I y II.

Criterio de exclusión: Pacientes que tienen alguna discapacidad motriz.

### **3.5. Técnicas e instrumentos**

Se utilizó la técnica de la encuesta para la recolección de la información y los instrumentos utilizados fueron los siguientes.

#### **3.5.1. Inventario de depresión de Beck II**

El Inventario de Depresión de Beck versión II creado por Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown es un autoinforme que se orienta a detectar y evaluar la gravedad de la depresión en pacientes de 13 años hacia adelante. Está compuesto por 21 ítems de tipo Likert. Sus ítems no se derivan de ninguna teoría concreta acerca del constructo medido, sino que describen los síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes psiquiátricos con depresión e ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales y CIE-10 (Consejo general de colegios oficiales de psicólogos, s.f.).

Cada ítem se encuentra en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 y 18 que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-

13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión gravedad (Consejo general de colegios oficiales de psicólogos, s.f.).

### **3.5.2. Escala de adherencia terapéutica en diabetes mellitus- EATDM-III**

La Escala de Adherencia al Tratamiento en Diabetes Mellitus, versión III de Villalobos y Araya en el año 2006, se encuentra orientada a medir una serie de factores que pueden indicar el nivel de adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus, el cuestionario incluye cincuenta y cinco ítems que tratan sobre factores comportamentales, vinculados a la adherencia al tratamiento en Diabetes Mellitus, utilizando una escala Likert de cinco opciones que evalúan frecuencia de ejecución de la situación. Las cinco opciones de respuesta son 0. nunca lo hago, 1 Casi nunca lo hago, 2 Lo hago regularmente, 3 Casi siempre lo hago y 4 Siempre lo hago. Se contemplan además siete factores a valorar: Apoyo Familiar, Organización y Apoyo comunal, Ejercicio Físico, Control Médico, Higiene y Autocuidado, Dieta y Valoración de la condición Médica (Pérez, Sáenz, Morales, & Sanabria, 2006).

## **3.6. Procedimientos de la investigación**

### **3.6.1. Trabajo de campo**

En la presente investigación se realizaron diversas acciones para el estudio de la depresión y su relación con la adherencia al tratamiento, obteniendo información sociodemográfica solicitándola a través de un formato único de trámite, que fue solicitado en la oficina central de administración del hospital derivado al área de informática y estadística. Así mismo para obtener información del ámbito de estudio se entrevistó a la enfermera encargada del Módulo del Programa de Diabetes e hipertensión la cual brindo información de los departamentos médicos que se encontraban en el centro como son la Hipertensión Arterial, Diabetes y Departamento de psicología para la población, así mismo la información histórica de dicha institución.

Para la aplicación de los test de depresión de Beck y la escala de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos EATDM III se solicitó al Doctor Augusto Antezana Roman director del Programa de Diabetes e Hipertensión, el permiso correspondiente el cual brindo las facilidades para la aplicación de los test descritos anteriormente en horas de la mañana mientras los pacientes esperan sus citas respectivas.

### **3.6.2 Procedimientos y análisis de la información**

Los datos recogidos fueron digitalizados al software estadístico para ciencias sociales SPSS versión 22, para el análisis se empleó estadística descriptiva, a través de tablas y figuras, así como estadísticos respectivos para variables categóricas.

Luego de determinar los niveles encontrados en ambos instrumentos y la correlación de ambas mediciones, se procedió a la interpretación de los resultados, permitiendo elaborar las conclusiones y recomendaciones.

## **CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **4.1. Presentación de resultados**

A continuación se presentan los resultados encontrados para el presente estudio. Se realizaron los análisis a través de la estadística descriptiva e inferencial utilizando los programas SPSS en su versión 22 y Microsoft Excel.

Los resultados se presentan en el siguiente orden: primero están los correspondientes a las características sociodemográficas, resultados independientes del test de depresión de Beck, resultados independientes del test de adherencia terapéutica para pacientes diabéticos EATDM- III, los objetivos específicos y finalmente se presentan los resultados del objetivo general.

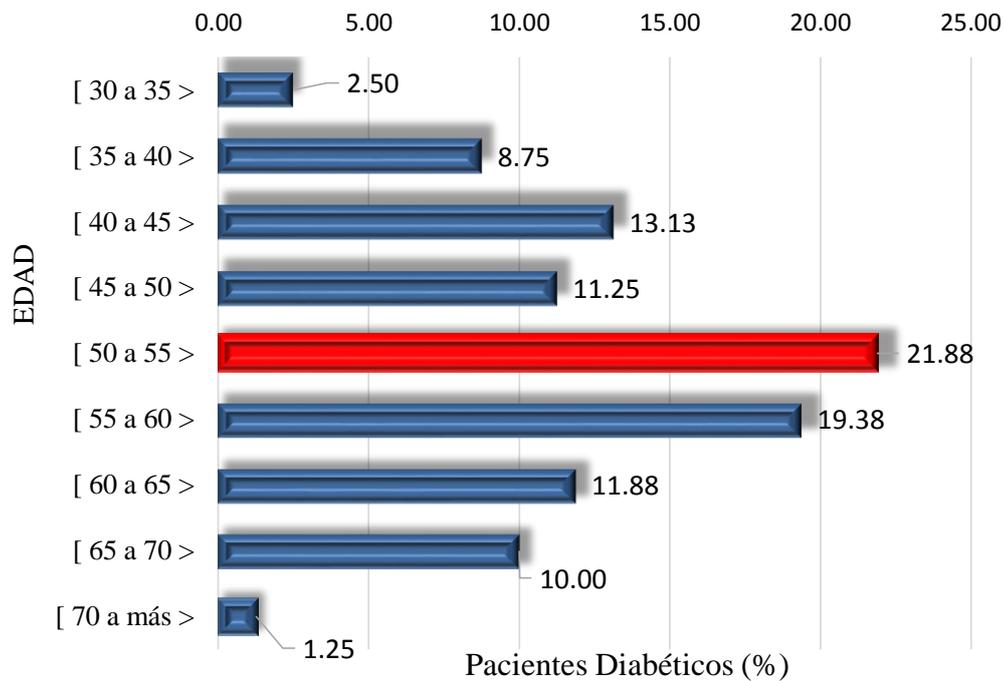
#### 4.1.1. Resultados sobre las características sociodemográficas

Tabla 01

*Características sociodemográficas, según la edad en pacientes diabéticos*

Edad	Pacientes diabéticos	
	n	%
[ 30 a 35 >	4	2.50
[ 35 a 40 >	14	8.75
[ 40 a 45 >	21	13.13
[ 45 a 50 >	18	11.25
[ 50 a 55 >	35	21.88
[ 55 a 60 >	31	19.38
[ 60 a 65 >	19	11.88
[ 65 a 70 >	16	10.00
[ 70 a más >	2	1.25
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 01: Características sociodemográficas, según la edad de los pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración en base a la tabla de edad en pacientes diabéticos*

#### INTERPRETACIÓN:

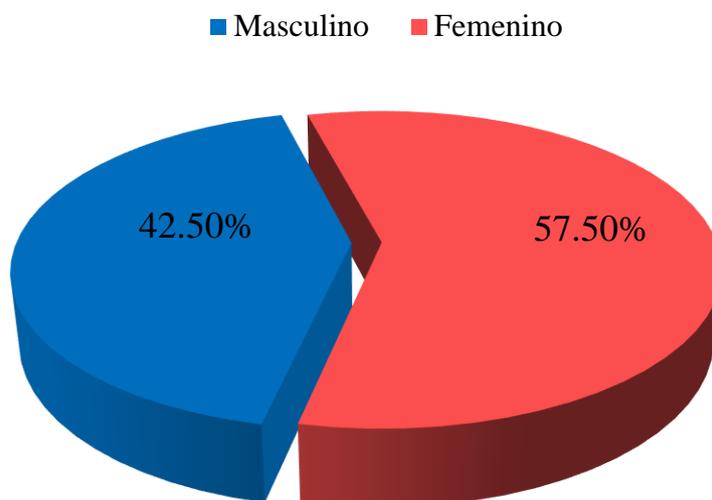
En la tabla y figura 01, se presentan a través de gráficos y cálculos estadísticos los resultados obtenidos según las características sociodemográficas, en relación a las edades encontradas en los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017. Se encuentra que la mayoría de los evaluados oscilan entre los 50 a 55 años edad con un 21.88% siendo la inactividad y los cambios alimenticios que pasan las personas en estas edades un precedente importante para los resultados encontrados, los pacientes con edades de 55 a 60 presentan un 19.38%, seguidamente tenemos los pacientes con edades de 40 a 45 años con un 13.13%, las edades descritas son las más representativas. Las personas que han mantenido unos hábitos inadecuados por mucho tiempo puede que al involucrarse con nuevos patrones conductuales les sea difícil poder cambiar los ya instaurados.

## **Tabla 02**

*Características sociodemográficas, según el sexo en pacientes diabéticos*

Sexo	Pacientes diabéticos	
	n	%
Masculino	68	42.50
Femenino	92	57.50
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 02: Características sociodemográficas, según el sexo en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración en base a la tabla del sexo en pacientes diabéticos*

### **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 02, se presentan los resultados obtenidos según las características sociodemográficas, referente al predominio del sexo, encontrado en los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017. Se obtiene

que los pacientes diabéticos en su mayoría son del sexo femenino con un 57.50%, las cuales suelen ser las más afectadas por problemas relacionados con la obesidad, en comparación con el sexo masculino con un 42.50%. Las mujeres presenta una mayor predisposición por contener mayo tejido adiposo así mismo es más frecuente que presenten obesidad es por ello que estarán en mayor riesgo de adquirir diabetes mellitus.

**Tabla 03**

*Características sociodemográficas, según su estado civil en pacientes diabéticos*

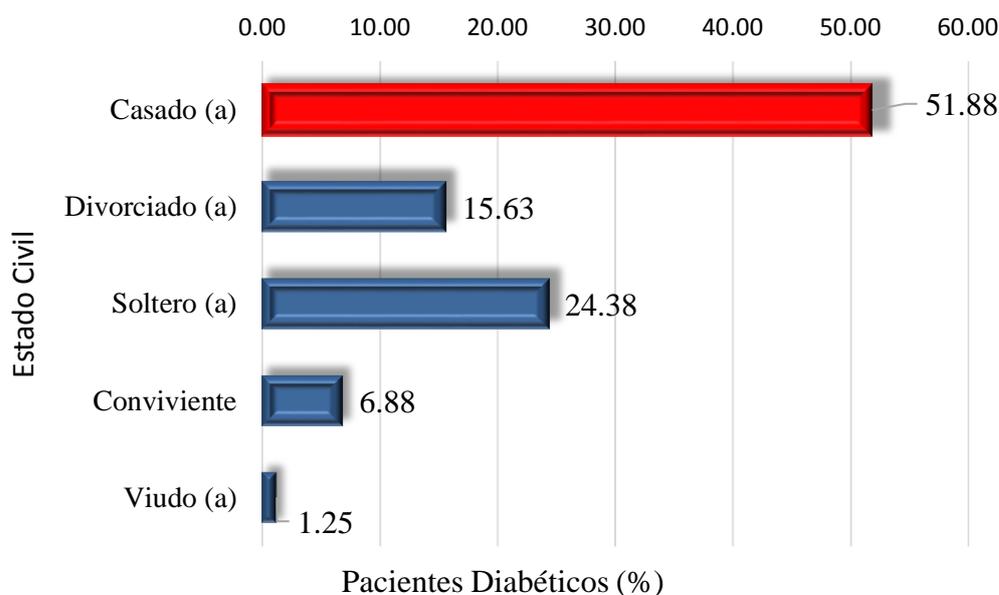
---

<b>Estado Civil</b>	<b>Pacientes diabéticos</b>
---------------------	-----------------------------

---

	<b>n</b>	<b>%</b>
Casado (a)	83	51.88
Divorciado (a)	25	15.63
Soltero (a)	39	24.38
Conviviente	11	6.88
Viudo (a)	2	1.25
<b>TOTAL</b>	<b>160</b>	<b>100.00</b>

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 03: Características sociodemográficas, según su estado civil en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaborado en base a la tabla de estado civil en pacientes diabéticos*

### **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 03, se presentan los resultados obtenidos según las características sociodemográficas, referente al estado civil encontrado en los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017. Se obtiene que los pacientes diabéticos en su mayoría son casados con un 51.88%, pudiendo mencionar

como precedente los cambios que pasan una pareja los cuales suelen dejar ciertos hábitos saludables que den pase a la predisposición de la enfermedad, posteriormente los divorciados con un 15.63%, los solteros con un 24.38%, seguidamente los convivientes con un 6.88% y finalmente en una mínima proporción solo el 1.25% son viudos. La convivencia en pareja supone un mismo estilo de vida que se comporte, en el cual los hábitos relacionados a la alimentación, ejercicio si estos están relacionados de forma negativa como al sedentarismo y consumo de alimentación con alto contenido calórico existirá una predisposición de sufrir diabetes.

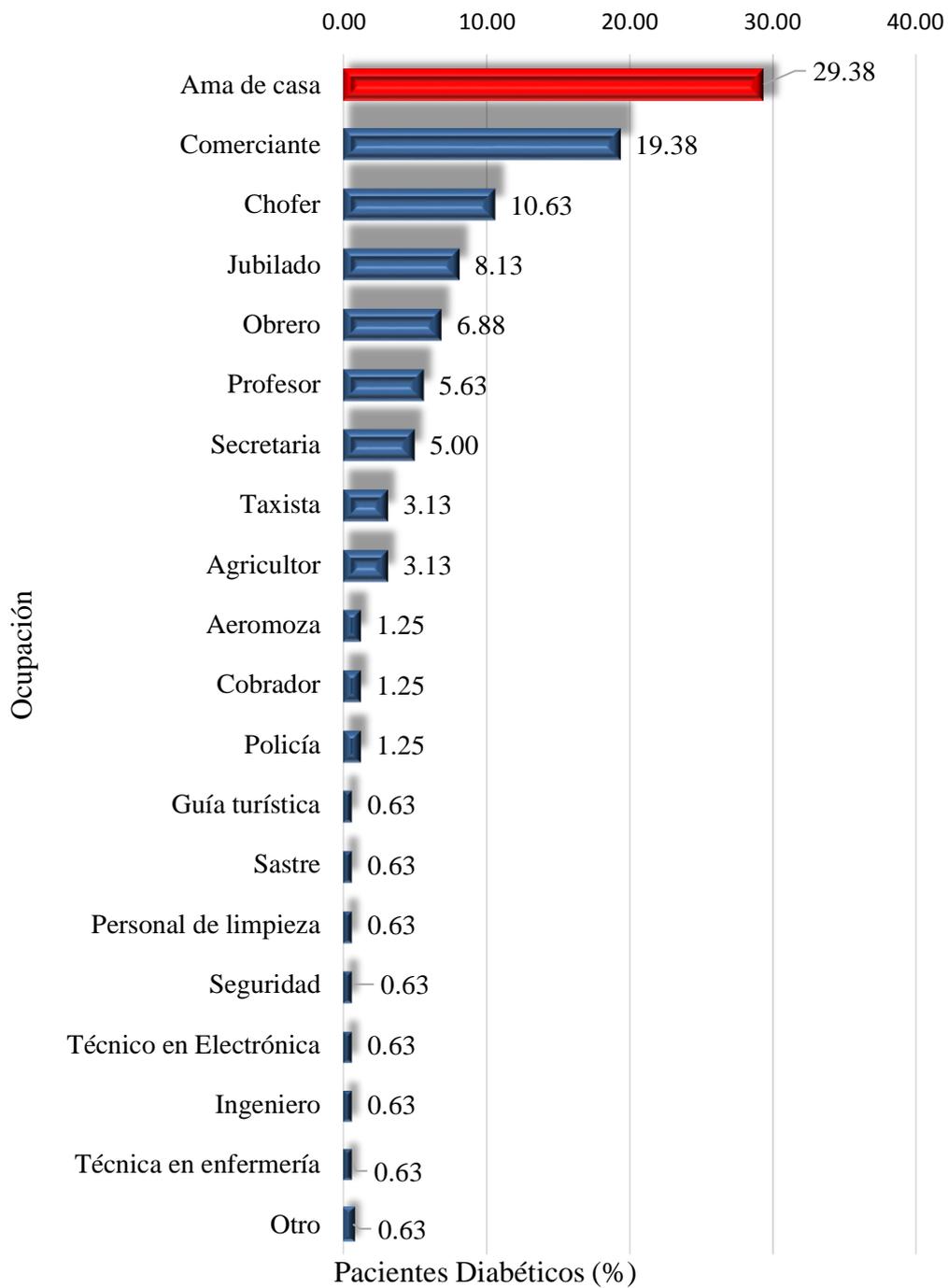
**Tabla 04**

*Características sociodemográficas, según su ocupación en pacientes diabéticos*

Ocupación	Pacientes diabéticos	
	n	%
Ama de casa	47	29.38
Comerciante	31	19.38
Chofer	17	10.63

Jubilado	13	8.13
Obrero	11	6.88
Profesor	9	5.63
Secretaria	8	5.00
Taxista	5	3.13
Agricultor	5	3.13
Aeromoza	2	1.25
Cobrador	2	1.25
Policía	2	1.25
Guía turística	1	0.63
Sastre	1	0.63
Personal de limpieza	1	0.63
Seguridad	1	0.63
Técnico en Electrónica	1	0.63
Ingeniero	1	0.63
Técnica en enfermería	1	0.63
Otro	1	0.63
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.00</b>

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos*



*Figura 04: Características sociodemográficas, según su ocupación en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración en base a la tabla de ocupación en pacientes diabéticos*

## **INTERPRETACIÓN:**

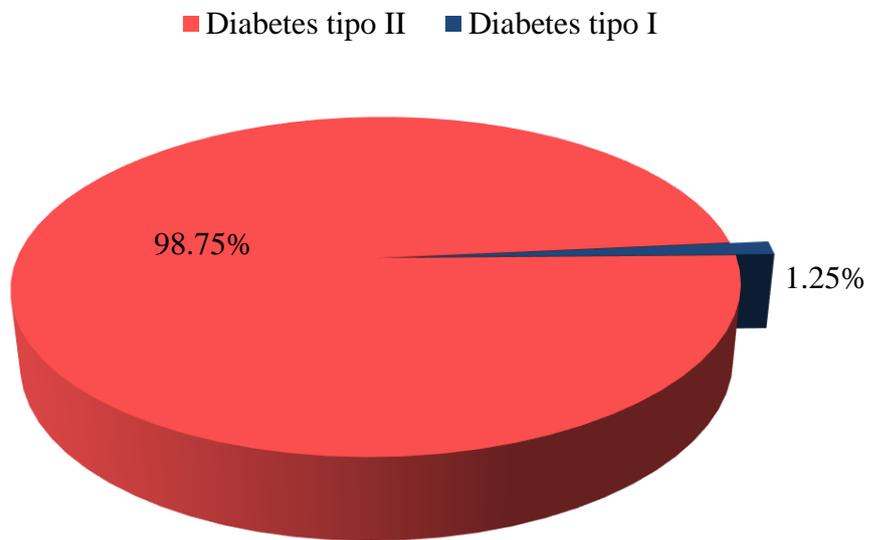
En la tabla y figura 04, se presentan los resultados obtenidos según las características sociodemográficas, referente a la ocupación en los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017. Se obtiene que los pacientes en su mayoría respecto a su ocupación son amas de casa con un 29.38%, posteriormente comerciantes con un 19.38%, chofer en un 10.63%, seguidamente obreros con un 6.88%, luego profesor en un 5.63% y finalmente entre los porcentajes menos representativos la ocupación de secretaria en un 5.00%. Generalmente las amas de casa suelen abandonar la actividad física y aumentar en el consumo de energía al dedicar tiempo en la comida y adquirir ciertos hábitos alimenticios inadecuados.

**Tabla 05**

*Características sociodemográficas, según su diagnóstico en pacientes diabéticos*

Diagnostico	Pacientes diabéticos	
	n	%
Diabetes tipo II	158	98.75%
Diabetes tipo I	2	1.25%
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 05: Características sociodemográficas, según su diagnóstico en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración en base a la tabla de diagnóstico en pacientes diabéticos*

**INTERPRETACIÓN:**

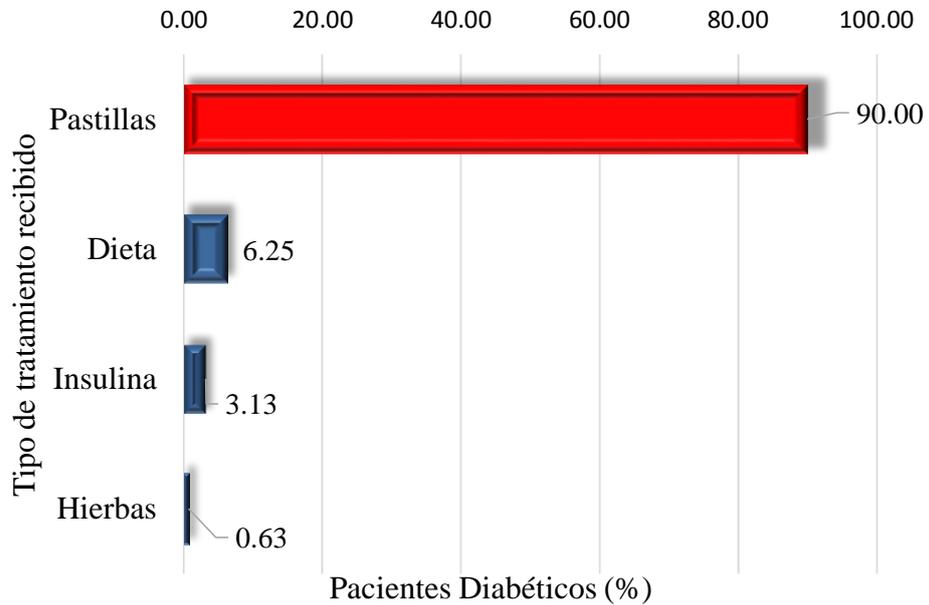
En la tabla y figura 05, se presentan los resultados obtenidos según las características sociodemográficas, referente al diagnóstico encontrado en los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017. Se obtiene que los pacientes diabéticos en su mayoría respecto a su diagnóstico presentan una diabetes tipo II con un 98.75%, en comparación del resultado encontrado en diabetes tipo I con un 1.25%.

**Tabla 06**

*Características sociodemográficas, según el tipo de tratamiento recibido en pacientes diabéticos*

Tipo de tratamiento recibido	Pacientes diabéticos	
	n	%
Pastillas	144	90.00
Dieta	10	6.25
Insulina	5	3.13
Hierbas	1	0.63
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 06: Características sociodemográficas, según su tipo de tratamiento recibido en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración en base a la tabla de tratamiento recibido en pacientes diabéticos*

**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 06, se presentan los resultados obtenidos según las características sociodemográficas, referente al tipo de tratamiento recibido encontrado en los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017. Se obtiene que los pacientes diabéticos en su mayoría respecto a su tratamiento presentan un tratamiento con pastillas en un 90.00% las cuales suelen ayudar a controlar la glucosa presente en las células, en segundo lugar como tipo de tratamiento elegido se encuentra la dieta con un 6.25%, en tercer lugar la insulina con un 3.13% y finalmente el consumo de hierbas con un 0.63%.

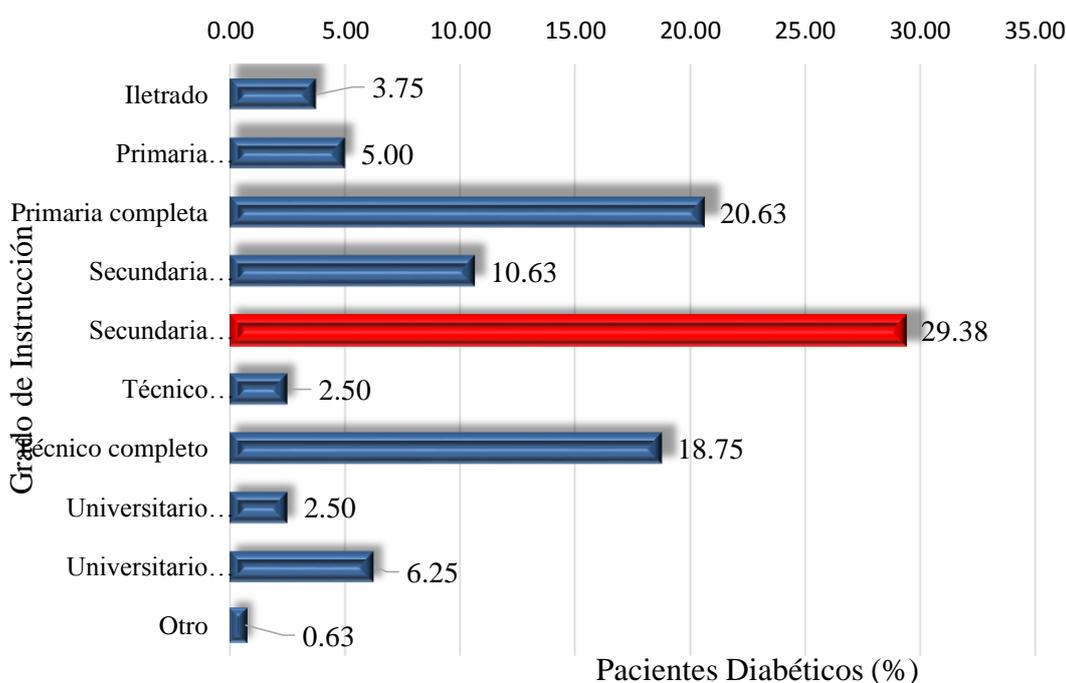
**Tabla 07**

*Características sociodemográficas, según su grado de instrucción en pacientes diabéticos*

Grado de Instrucción	Pacientes diabéticos	
	n	%
Iletrado	6	3.75
Primaria incompleta	8	5.00
Primaria completa	33	20.63

Secundaria incompleta	17	10.63
Secundaria completa	47	29.38
Técnico incompleto	4	2.50
Técnico completo	30	18.75
Universitario incompleto	4	2.50
Universitario completo	10	6.25
Otro	1	0.63
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.00</b>

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 07: Características sociodemográficas, según su grado de instrucción en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración en base a la tabla de grado de instrucción en pacientes diabéticos*

## **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 07, se presentan los resultados obtenidos según las características sociodemográficas, referente al grado de instrucción encontrado en los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017. Se obtiene que los pacientes diabéticos en su mayoría respecto a su grado de instrucción cuentan con secundaria completa con un 29.38%, posteriormente primaria completa con un 20.63%, seguidamente técnico completo con un 18.75%, secundaria incompleta con un 10.63%, universitario completo con un 6.25% y finalmente entre los porcentajes menos

representativos el grado de instrucción de primaria incompleta con un 5.00%. El grado de instrucción puede influir en la comprensión y aceptación que presenta el paciente con diabetes mellitus.

**Tabla 08**

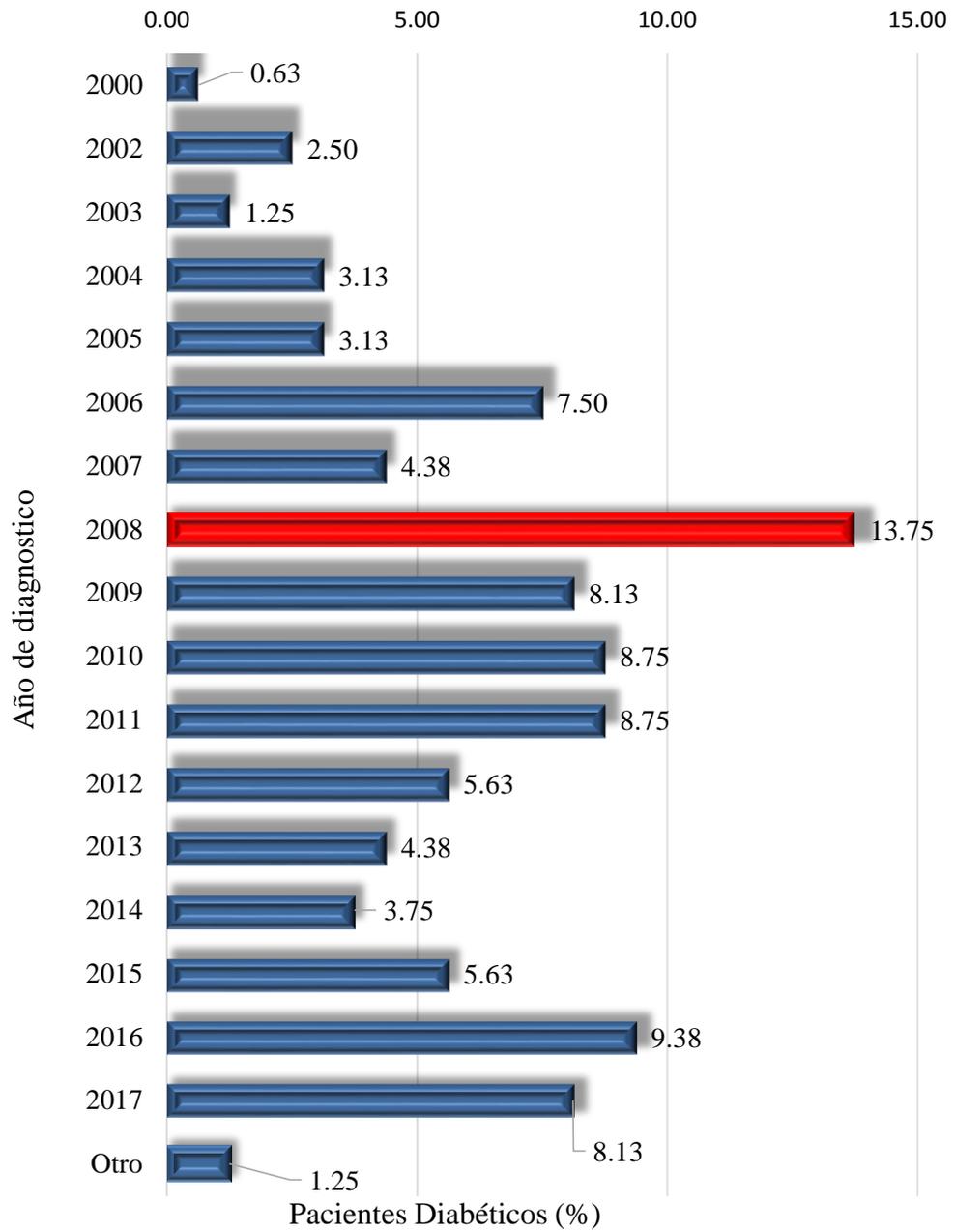
*Características sociodemográficas, según su año de diagnóstico en pacientes diabéticos*

Año de diagnóstico	Pacientes diabéticos	
	n	%
2000	1	0.63
2002	4	2.50
2003	2	1.25
2004	5	3.13

2005	5	3.13
2006	12	7.50
2007	7	4.38
2008	22	13.75
2009	13	8.13
2010	14	8.75
2011	14	8.75
2012	9	5.63
2013	7	4.38
2014	6	3.75
2015	9	5.63
2016	15	9.38
2017	13	8.13
Otro	2	1.25
Total	160	100.00

---

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 08: Características sociodemográficas, según su año de diagnóstico en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración en base a la tabla de año de diagnóstico en pacientes diabéticos*

**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 08, se presentan los resultados obtenidos según las características sociodemográficas, referente al año de diagnóstico encontrado en los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna. Se obtiene que los pacientes diabéticos en su mayoría según el diagnóstico recibido son del año 2008 con un 13.75%, seguidamente pacientes recientes del año 2016 con un 9.38%, luego en igual proporción pacientes del año 2010 como 2011 y entre los resultados menos significativos 2009 y 2017 con un 8.13%.

#### 4.1.2. Resultados sobre depresión de Beck II (BDI-II)

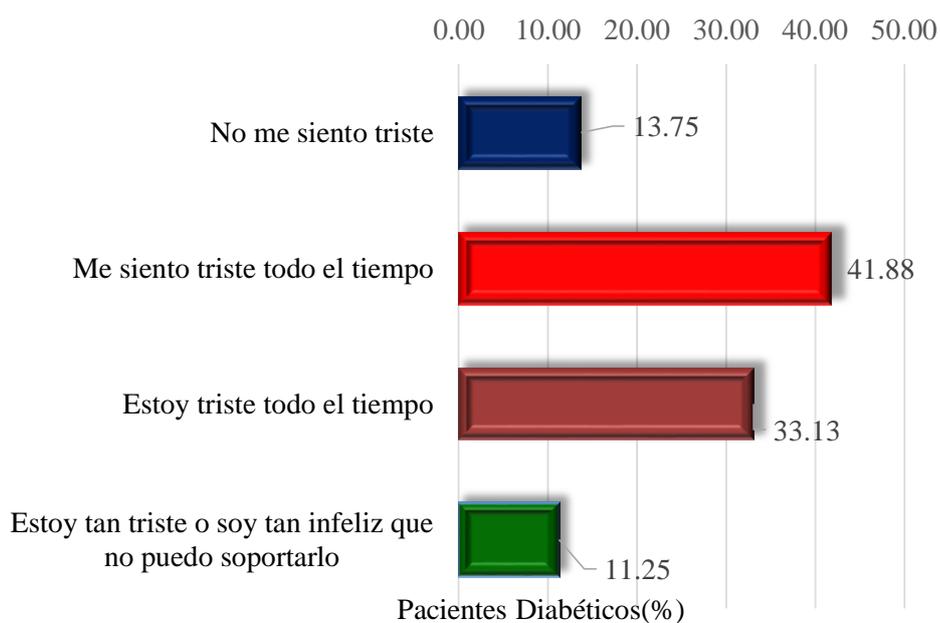
**Tabla 09**

*Depresión de Beck II, según el síntoma de tristeza en pacientes diabéticos*

Descripción del síntoma - Tristeza	Pacientes diabéticos	
	n	%
No me siento triste	22	13.75

Me siento triste todo el tiempo	67	41.88
Estoy triste todo el tiempo	53	33.13
Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo	18	11.25
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 09: Depresión de Beck II, según el síntoma de tristeza en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración en base a la tabla del síntoma tristeza*

### **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 09, se presenta los resultados obtenidos según los ítems indicativos del síntoma, tristeza, encontrados en el test de depresión de Beck los cuales fueron aplicados a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, siendo representados a través de gráficos y cálculos estadísticos. Se obtiene los resultados según como se han sentido en estas últimas semanas; encontrando que la mayoría de los evaluados manifestó “me siento triste todo el tiempo” con un 41.88% entendiendo que los primeros síntomas de la depresión se presentan por una tristeza

duradera durante un periodo de tiempo prolongado, seguidamente un poco menos de la tercera parte de los pacientes respondieron encontrarse “Estoy triste todo el tiempo” con un 33.13%, luego un 11.25% aclara que esta “tan triste o tan infeliz que no puede soportarlo”, y finalmente solo un 13.75% del total de pacientes aclara que “no se siente triste”. La tristeza presenta varias facetas una de ellas es el hecho de que paraliza a la persona en la cual desaparece su motivación y con ellas las posibilidades de mejorar.

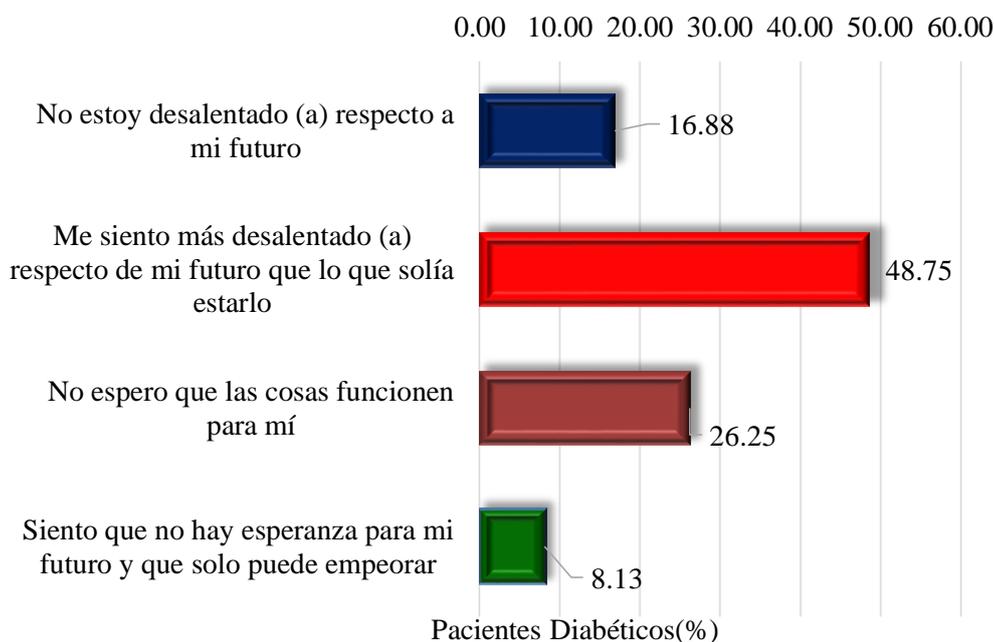
**Tabla 10**

*Depresión de Beck II, según el síntoma de pesimismo en pacientes diabéticos*

Descripción del síntoma - Pesimismo	Pacientes diabéticos	
	n	%
No estoy desalentado (a) respecto a mi futuro	27	16.88
Me siento más desalentado (a) respecto de mi futuro que lo que solía estarlo	78	48.75

No espero que las cosas funcionen para mí	42	26.25
Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar	13	8.13
<b>Total</b>	<b>160</b>	<b>100.00</b>

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 10: Depresión de Beck II, según el síntoma de pesimismo en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración en base a la tabla del síntoma pesimismo*

### **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 10, se presenta los resultados obtenidos según los ítems indicativos del síntoma, pesimismo, encontrados en el test de depresión de Beck los cuales fueron aplicados a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, siendo representados a través de gráficos y cálculos estadísticos. Se obtiene los resultados según como se han sentido en estas últimas semanas; encontrando que la mayoría de los evaluados manifestó “me siento más desalentado(a) respecto de mi futuro que lo que solía estarlo” en un 48.75%, las personas con depresión pueden pensar y percibir su futuro como catastrófico y les es difícil poder

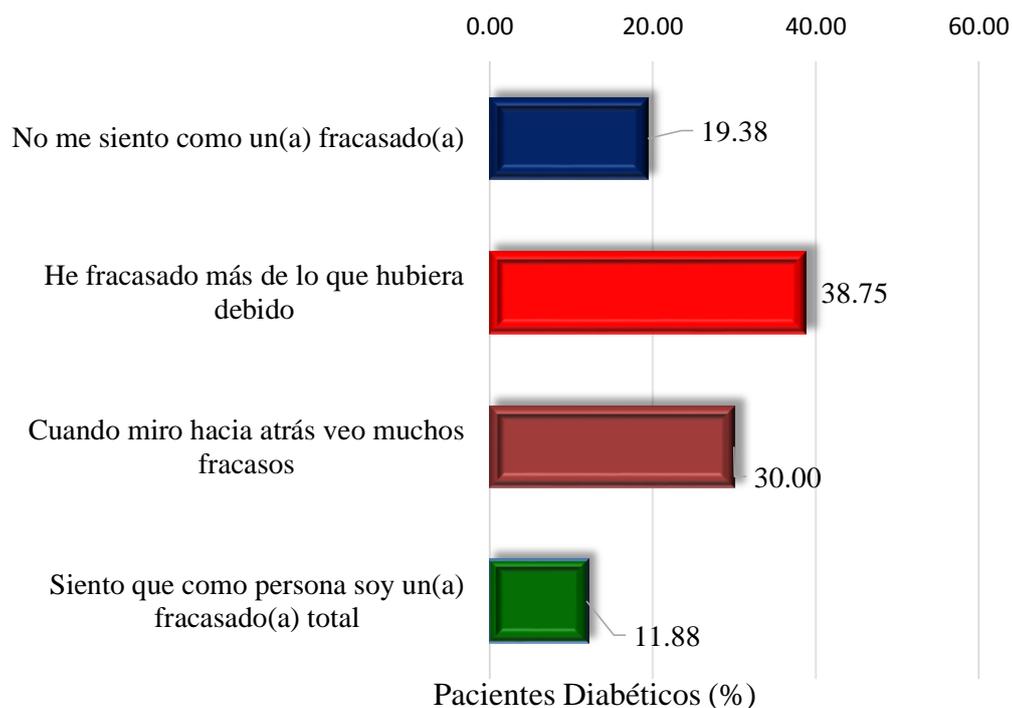
encontrar soluciones a problemas mínimos siendo estos magnificados, seguidamente un poco más de la cuarta parte de los pacientes respondieron que “no esperan que las cosas funcionen para ellos” en un 26.25%, luego una menor proporción un 8.13% aclara que siente que “no hay esperanza para su futuro y que solo puede empeorar”, y finalmente solo un 16.88% del total de pacientes aclara que “no está desalentado(a) respecto a su futuro”. El pensamiento negativo influye en el estado emocional de la persona, culpando generalmente a las personas o situaciones encontradas a su alrededor.

**Tabla 11**

*Depresión de Beck II, según el síntoma de fracaso en pacientes diabéticos*

Descripción del síntoma - Fracaso	Pacientes diabéticos	
	n	%
No me siento como un(a) fracasado(a)	31	19.38
He fracasado más de lo que hubiera debido	62	38.75
Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos	48	30.00
Siento que como persona soy un(a) fracasado(a) total	19	11.88
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 11: Depresión de Beck II, según el síntoma de fracaso en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración en base a la tabla síntoma de fracaso*

## **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 11, se presenta los resultados obtenidos según los ítems indicativos del síntoma, fracaso, encontrados en el test de depresión de Beck los cuales fueron aplicados a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna, siendo representados a través de gráficos y cálculos estadísticos. Se obtiene los resultados según como se han sentido en estas últimas semanas; encontrando que la mayoría de los evaluados manifestó “he fracaso más de lo que hubiera debido” en un 38.75%, la depresión va unida a una actitud negativa, eliminando toda esperanza de mejora y dejando una sensación de vacío, seguidamente más de la cuarta parte de los pacientes respondieron que “cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos” en un 30.00%, luego una menor proporción un 11.88% siente que “como persona es un(a) fracaso total”, y finalmente solo un 19.38% manifiesta “no me siento como un (a) fracasado (a). La persona no se siente capaz de aceptar y asimilar que ha cometido

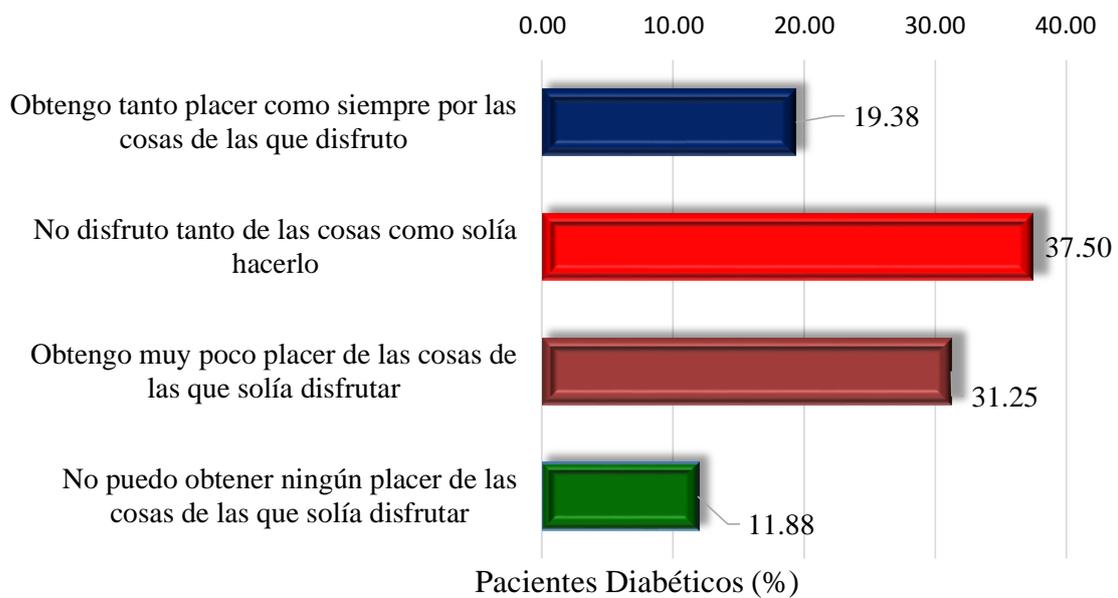
errores o que las situaciones no suelen suceder como piensa atribuyendo todo fracaso a su persona.

**Tabla 12**

*Depresión de Beck II, según el síntoma de pérdida de placer en pacientes diabéticos*

Descripción del síntoma - Pérdida del placer	Pacientes diabéticos	
	N	%
Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto	31	19.38
No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo	60	37.50
Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar	50	31.25
No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar	19	11.88
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 12: Depresión de Beck II, según el síntoma de pérdida de placer en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración en base a la tabla perdida de placer*

### **INTERPRETACIÓN:**

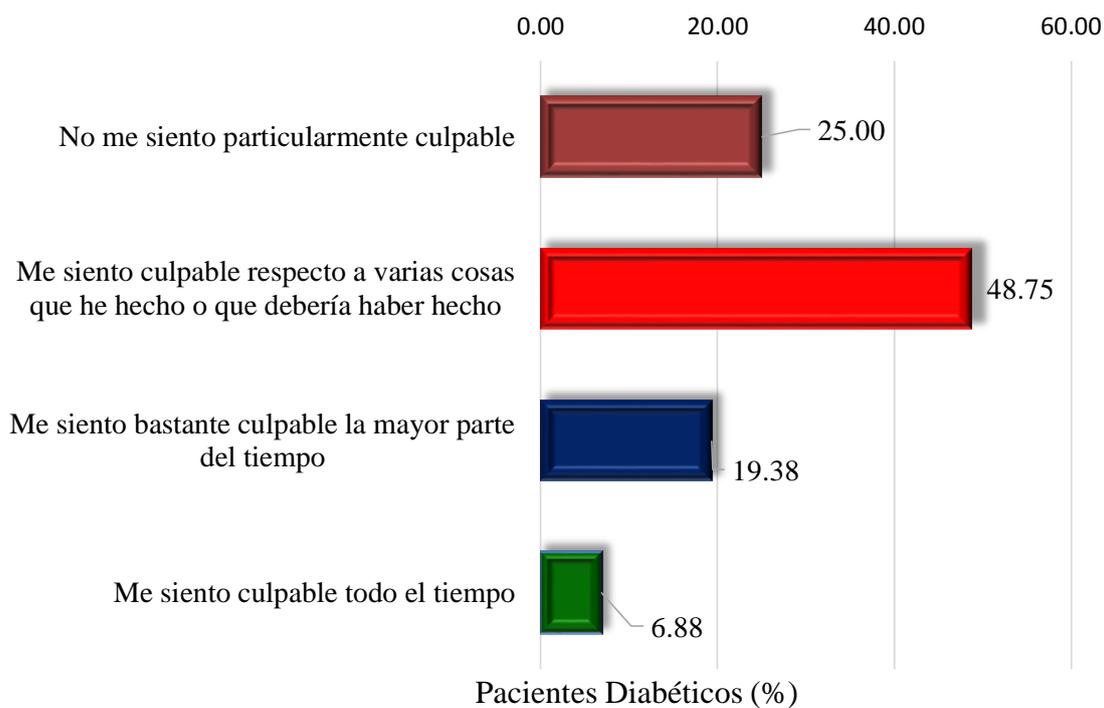
En la tabla y figura 12, se presenta los resultados obtenidos según los ítems indicativos del síntoma, pérdida de placer, encontrados en el test de depresión de Beck los cuales fueron aplicados a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, siendo representados a través de gráficos y cálculos estadísticos. Se obtiene los resultados según como se han sentido en estas últimas semanas; encontrando que la mayoría de los evaluados manifestó “No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo” en un 37.50%, la depresión genera sentimientos de que la vida no tiene sentido, ni valor, actitudes de crítica y aburrimiento sobre todo en su vida propia, seguidamente más de la cuarta parte de los pacientes respondieron que “obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar” 31.25%, luego una menor proporción con un 11.88% siente que “no puede obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar”, y finalmente solo un 19.38% manifiesta “obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto”. La anhedonia es un término que expresa la incapacidad de disfrutar de las situaciones agradables de la vida, la persona con depresión suele pasar por este estado emocional sintiéndose incapaz de experimentar emoción a las situaciones con que se relaciona.

**Tabla 13**

*Depresión de Beck II, según el síntoma de sentimiento de culpa en pacientes diabéticos*

Descripción del síntoma - Sentimiento de culpa	Pacientes diabéticos	
	n	%
No me siento particularmente culpable	40	25.00
Me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho	78	48.75
Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo	31	19.38
Me siento culpable todo el tiempo	11	6.88
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 13: Depresión de Beck II, según el síntoma de sentimiento de culpa en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración en base a la tabla sentimiento de culpa*

### **INTERPRETACIÓN:**

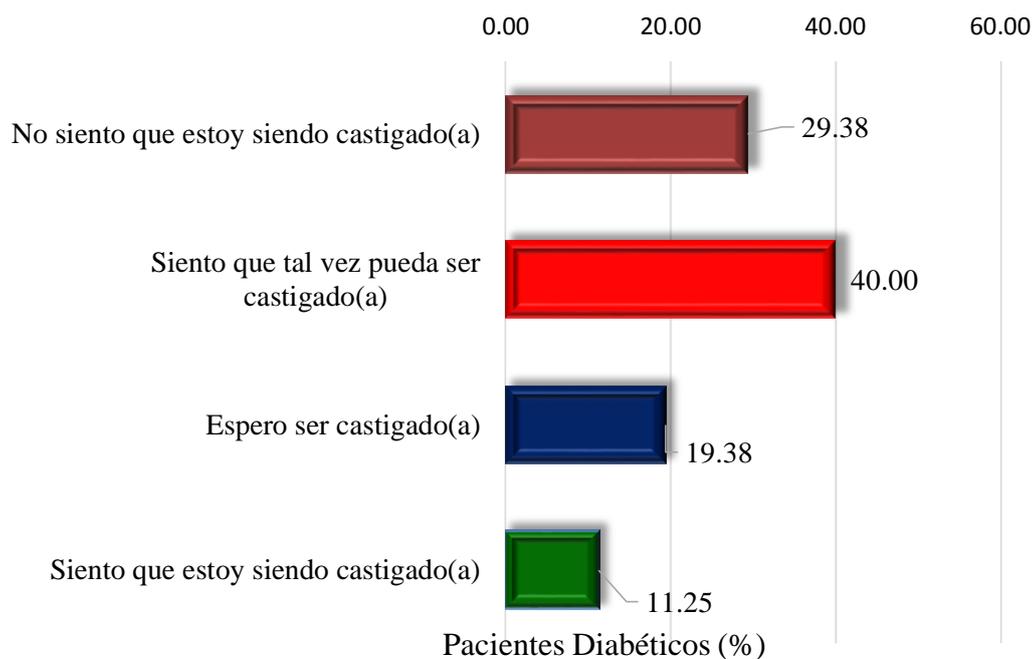
En la tabla y figura 13, se presenta los resultados obtenidos según los ítems indicativos del síntoma, sentimiento de culpa, encontrados en el test de depresión de Beck los cuales fueron aplicados a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, siendo representados a través de gráficos y cálculos estadísticos. Se obtiene los resultados según como se han sentido en estas últimas semanas; encontrando que la mayoría de los evaluados manifestó “Me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho” en un 48.75%, la depresión hace que el juicio sobre uno mismo, y sobre las situaciones vividas esté distorsionado culpándose por situaciones que puede haber vivido, seguidamente la quinta parte de los pacientes respondieron que “me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo” con un 19.38%, luego una menor proporción con un 6.88% “me siento culpable todo el tiempo”, y finalmente solo un 25.00% manifiesta “no me siento particularmente culpable”. El sentimiento de culpa suele ser muy poderoso ya que la persona suele buscar ser castigado y actuar contra sí mismo.

**Tabla 14**

*Depresión de Beck II, según el síntoma de sentimiento de castigo en pacientes diabéticos*

Descripción del síntoma - Sentimiento de castigo	Pacientes diabéticos	
	n	%
No siento que estoy siendo castigado(a)	47	29.38
Siento que tal vez pueda ser castigado(a)	64	40.00
Espero ser castigado(a)	31	19.38
Siento que estoy siendo castigado(a)	18	11.25
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 14: Depresión de Beck II, según el síntoma de sentimiento de castigo en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración en base a la tabla sentimiento de castigo*

### **INTERPRETACIÓN:**

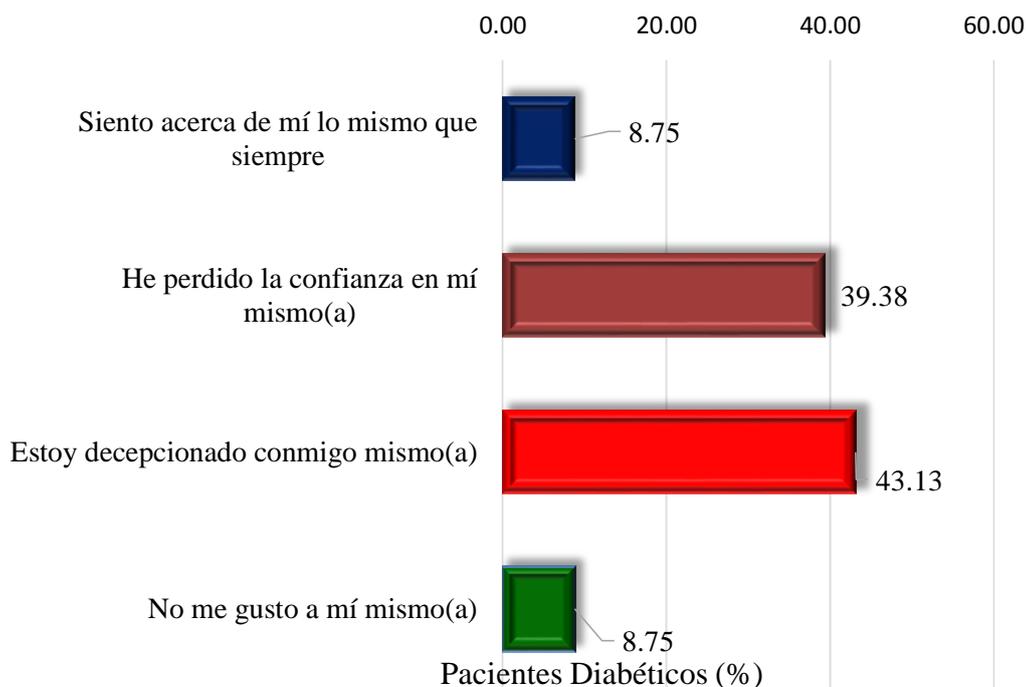
En la tabla y figura 14, se presenta los resultados obtenidos según los ítems indicativos del síntoma, castigo, encontrados en el test de depresión de Beck los cuales fueron aplicados a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, siendo representados a través de gráficos y cálculos estadísticos. Se obtiene los resultados según como se han sentido en estas últimas semanas; encontrando que la mayoría de los evaluados manifestó “Siento que tal vez pueda ser castigado(a)” con un 40.00%, en la depresión es continuo sentirse culpable, acompañado de otros pensamientos de tipo negativo y catastróficos aceptando el hecho de ser castigados por sus conductas pasadas o presentes, seguidamente la quinta parte de los pacientes respondieron que “espero ser castigado (a)” en un 19.38%, luego una menor proporción con un 11.25% se “siente que está siendo castigado(a)”, y finalmente solo un 29.38% manifiesta “no siento que estoy siendo castigado”. Generalmente las personas no suelen perdonarse a sí mismo, llevando a sabotearse a sí mismas buscando un castigo que les permita redimirse de sus errores.

**Tabla 15**

*Depresión de Beck II, según el síntoma de disconformidad de uno mismo en pacientes diabéticos*

<b>Descripción del síntoma - Disconformidad con uno mismo</b>	<b>Pacientes diabéticos</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
Siento acerca de mí lo mismo que siempre	14	8.75
He perdido la confianza en mí mismo(a)	63	39.38
Estoy decepcionado conmigo mismo(a)	69	43.13
No me gusto a mí mismo(a)	14	8.75
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 15: Depresión de Beck II, según el síntoma de disconformidad con uno mismo en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración en base a la tabla de disconformidad*

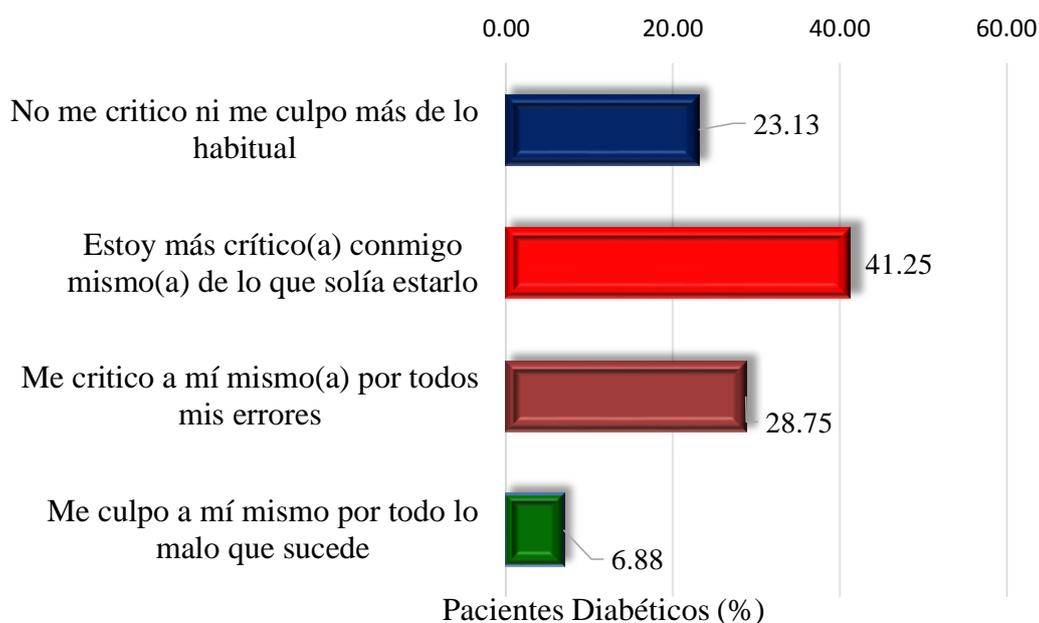
## **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 15, se presenta los resultados obtenidos según los ítems indicativos del síntoma, disconformidad con uno mismo, encontrados en el test de depresión de Beck los cuales fueron aplicados a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, siendo representados a través de gráficos y cálculos estadísticos. Se obtiene los resultados según como se han sentido en estas últimas semanas; encontrando que la mayoría de los evaluados manifestó “Estoy decepcionado con migo mismo(a)” con un 43.13%, la persona con depresión suele crear expectativas sin sustento lógico sintiéndose incapaz e inseguro cuando algo que espera no sucede, seguidamente más de la tercera parte de los pacientes respondieron que “he perdido la confianza en mí mismo(a)” con un 39.38%, luego una menor proporción con un 8.75% “no gusta de sí mismo (a)”, y finalmente un 8.75% manifiesta “siento acerca de mi lo mismo que siempre”. La persona con depresión suele crear expectativas sin sustento lógico sintiéndose incapaz e inseguro cuando algo que espera no sucede como lo planea presentándose sentimiento de decepción.

**Tabla 16***Depresión de Beck II, según el síntoma de autocrítica en pacientes diabéticos*

Descripción del síntoma - Autocrítica	Pacientes diabéticos	
	n	%
No me critico ni me culpo más de lo habitual	37	23.13
Estoy más crítico(a) conmigo mismo(a) de lo que solía estarlo	66	41.25
Me critico a mí mismo(a) por todos mis errores	46	28.75
Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede	11	6.88
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 16: Depresión de Beck II, según el síntoma de autocrítica en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración en base a la tabla de síntoma de autocrítica*

### **INTERPRETACIÓN:**

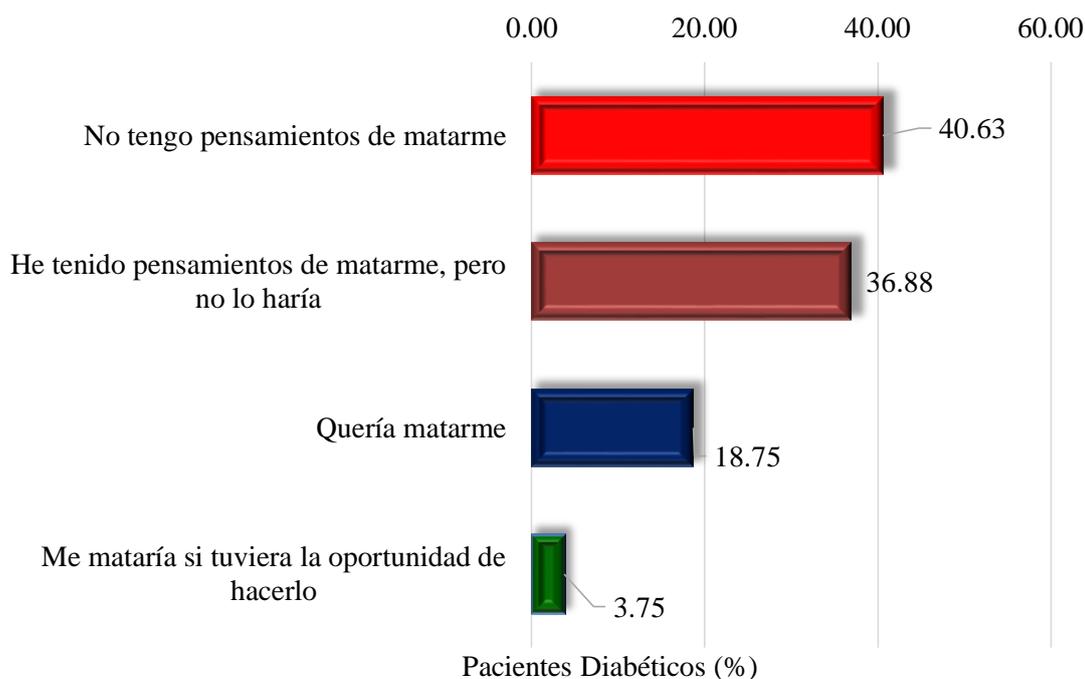
En la tabla y figura 16, se presenta los resultados obtenidos según los ítems indicativos del síntoma, autocrítica, encontrados en el test de depresión de Beck los cuales fueron aplicados a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, siendo representados a través de gráficos y cálculos estadísticos. Se obtiene los resultados según como se han sentido en estas últimas semanas; encontrando que la mayoría de los evaluados manifestó “Estoy más crítico(a) conmigo mismo(a) de lo que solía estarlo” en un 41.25%, en las personas con depresión existirá una autocrítica magnificando sus conductas en errores, seguidamente más de la cuarta parte de los pacientes respondieron que “me critico a mí mismo por todos mis errores” con un 28.75%, luego una menor proporción con un 6.88% “se culpa a si mismo por todo lo malo que sucede”, y finalmente solo un 23.13% manifiesta “no me critico ni me culpo más de lo habitual”. La autocrítica lleva a un impulso a cambiar, se convierte en destructiva cuando se plantea exigencias imposibles de cumplir.

**Tabla 17**

*Depresión de Beck II, según el síntoma de pensamientos o deseos suicidas en pacientes diabéticos*

<b>Descripción del síntoma - Pensamientos o deseos suicidas</b>	<b>Pacientes diabéticos</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
No tengo pensamientos de matarme	65	40.63
He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría	59	36.88
Quería matarme	30	18.75
Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo	6	3.75
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 17: Depresión de Beck II, según el síntoma de pensamientos o deseos suicidas en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración en base a la tabla de síntoma de pensamientos o deseos suicidas*

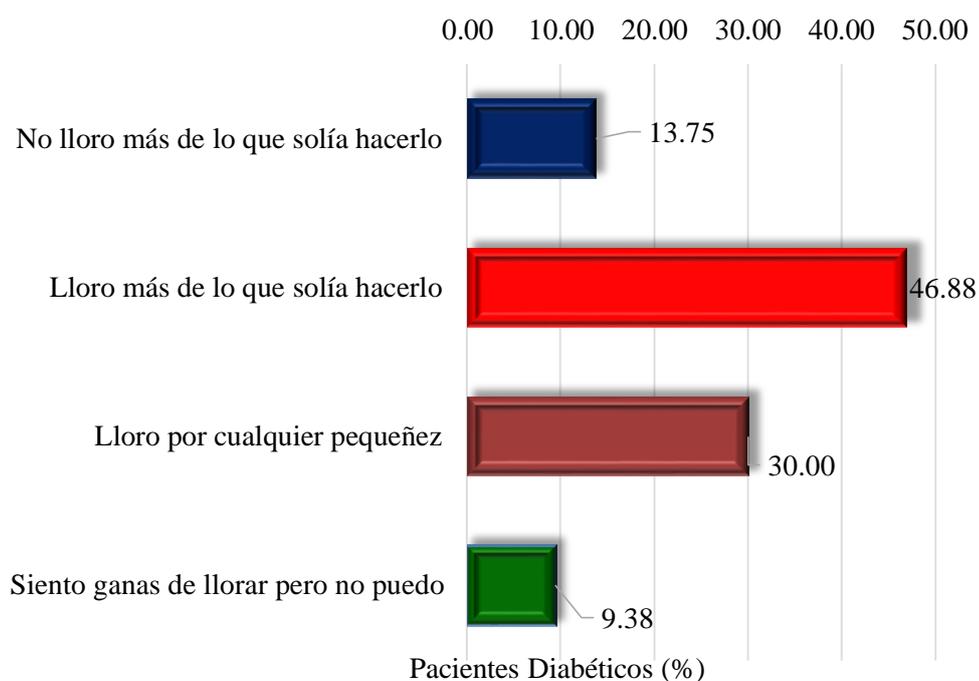
### **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 17, se presenta los resultados obtenidos según los ítems indicativos del síntoma, pensamientos o deseos suicidas, encontrados en el test de depresión de Beck los cuales fueron aplicados a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, siendo representados a través de gráficos y cálculos estadísticos. Se obtiene los resultados según como se han sentido en estas últimas semanas; encontrando que la mayoría de los evaluados manifestó “He tenido pensamientos de matarme pero no lo haría” en un 36.88%, la depresión puede llevar a pensamientos continuos o reiterados sobre la muerte encontrando en esta decisión una solución hacia su sufrimiento, seguidamente más de la sexta parte de los pacientes respondieron “quería matarme” con un 18.75%, luego una menor proporción con un 3.75% manifiesta que “se mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo”, y finalmente el 40.63% manifiesta “No tengo pensamientos de matarme”. Los pensamientos suicidas ocurren cuando una persona experimenta un intenso dolor emocional y no encuentra salida sintiendo un estado emocional demasiado doloroso, agobiantes y triste.

**Tabla 18*****Depresión de Beck II, según el síntoma de llanto en pacientes diabéticos***

<b>Descripción del síntoma - Llanto</b>	<b>Pacientes diabéticos</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
No lloro más de lo que solía hacerlo	22	13.75
Lloro más de lo que solía hacerlo	75	46.88
Lloro por cualquier pequeñez	48	30.00
Siento ganas de llorar pero no puedo	15	9.38
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 18: Depresión de Beck II, según el síntoma de llanto en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración en base a la tabla del síntoma llanto*

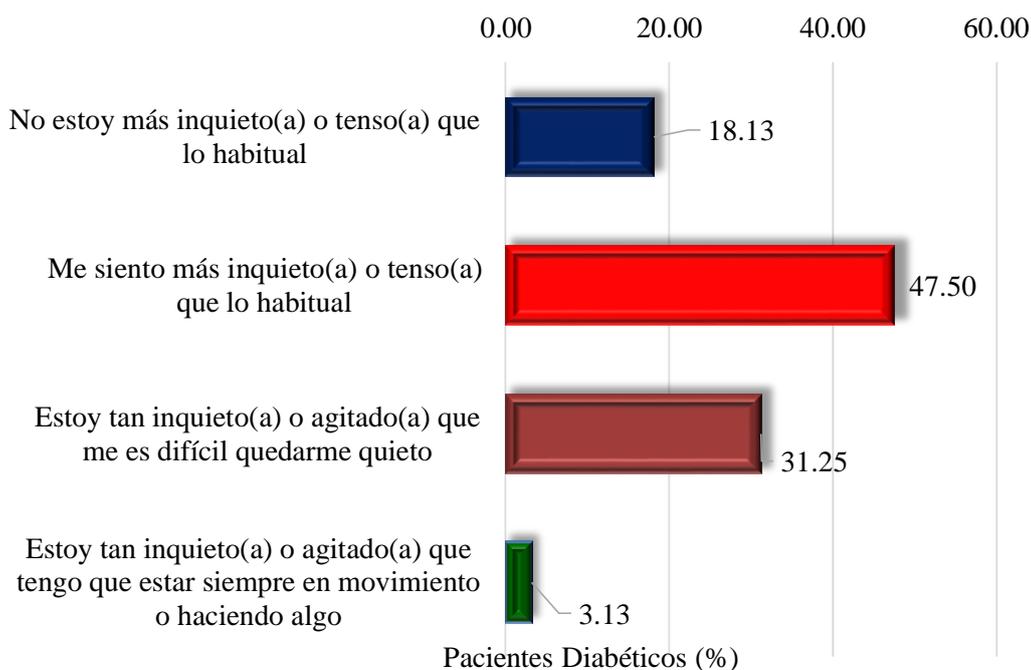
### **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 18, se presenta los resultados obtenidos según los ítems indicativos del síntoma, llanto, encontrados en el test de depresión de Beck los cuales fueron aplicados a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, siendo representados a través de gráficos y cálculos estadísticos. Se obtiene los resultados según como se han sentido en estas últimas semanas; encontrando que la mayoría de los evaluados manifestó “lloro más de lo que solía hacerlo” con un 46.88%, siendo una señal visual que es manifestada por un estado emocional, seguidamente más de la cuarta parte de los pacientes respondieron que “lloro por cualquier pequeñez” con un 30.00%, luego una menor proporción con un 9.38% “siente ganas de llorar pero no puede”, y finalmente solo un 13.75% manifiesta “no lloro más de lo que solía hacerlo”. El llanto incontrolable surge como una respuesta a una pérdida real o imaginaria que genera una sensación de desgarramiento interno y de fatalidad.

**Tabla 19*****Depresión de Beck II, según el síntoma de agitación en pacientes diabéticos***

<b>Descripción del síntoma - Agitación</b>	<b>Pacientes diabéticos</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que lo habitual	29	18.13
Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que lo habitual	76	47.50
Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto	50	31.25
Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo	5	3.13
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 19: Depresión de Beck II, según el síntoma de agitación en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración en base a la tabla síntoma de agitación*

### **INTERPRETACIÓN:**

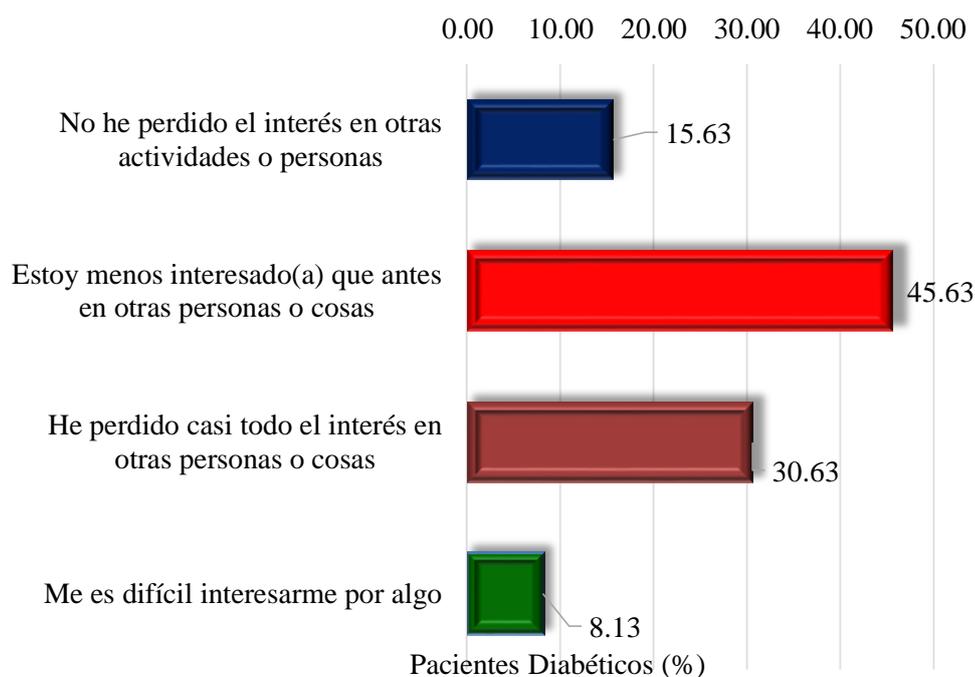
En la tabla y figura 19, se presenta los resultados obtenidos según los ítems indicativos del síntoma, agitación, encontrados en el test de depresión de Beck los cuales fueron aplicados a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, siendo representados a través de gráficos y cálculos estadísticos. Se obtiene los resultados según como se han sentido en estas últimas semanas; encontrando que la mayoría de los evaluados manifestó “me siento más inquieto(a) o tenso(a) que lo habitual” con un 47.50%, existen personas con depresión que experimentan síntomas similares a la ansiedad como nerviosismo e irritabilidad, seguidamente más de la cuarta parte de los pacientes respondieron que “estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto” con un 31.25%, luego una menor proporción con un 3.13% siente que esta “tan inquieto(a) o agitado (a) que tiene ganas de estar siempre en movimiento o haciendo algo”, y finalmente solo un 18.13% manifiesta “no estoy más inquieto(a) o tenso(a) que lo habitual”.

**Tabla 20**

*Depresión de Beck II, según el síntoma de pérdida de interés en pacientes diabéticos*

Descripción del síntoma - Pérdida de interés	Pacientes diabéticos	
	n	%
No he perdido el interés en otras actividades o personas	25	15.63
Estoy menos interesado(a) que antes en otras personas o cosas	73	45.63
He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas	49	30.63
Me es difícil interesarme por algo	13	8.13
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 20: Depresión de Beck II, según el síntoma de pérdida de interés en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración en base a la tabla perdida de interés*

### **INTERPRETACIÓN:**

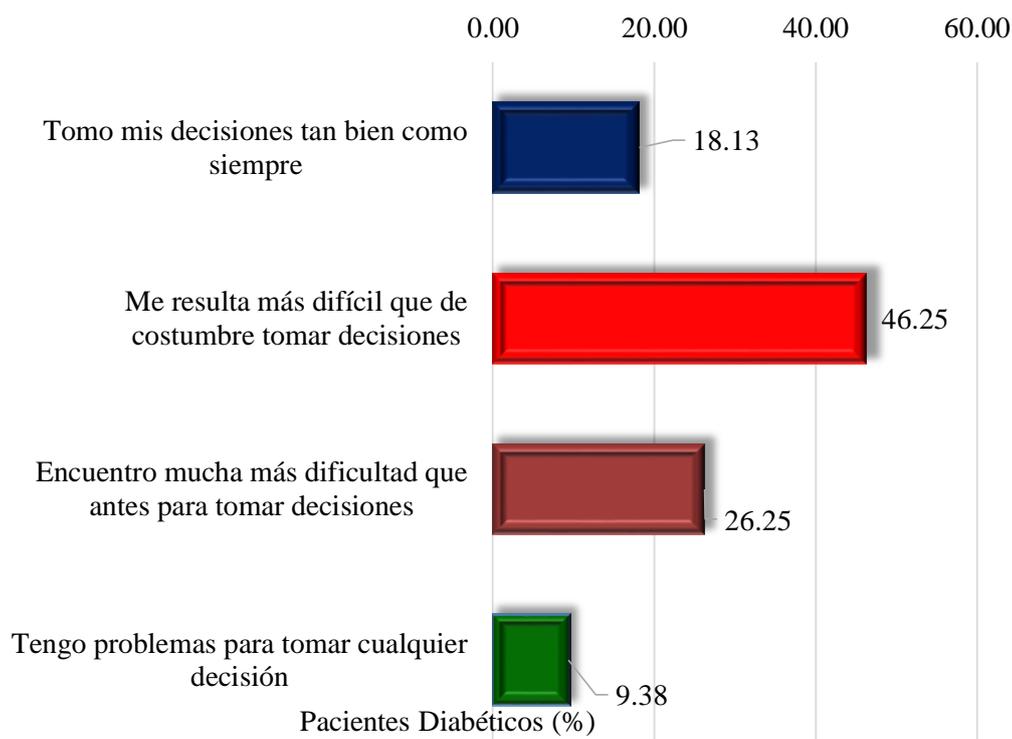
En la tabla y figura 20, se presenta los resultados obtenidos según los ítems indicativos del síntoma, pérdida de interés, encontrados en el test de depresión de Beck los cuales fueron aplicados a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, siendo representados a través de gráficos y cálculos estadísticos. Se obtiene los resultados según como se han sentido en estas últimas semanas; encontrando que la mayoría de los evaluados manifestó “estoy menos interesado(a) que antes en otras personas o cosas” con un 45.63%, la falta de interés en la depresión se manifiesta progresivamente descuidando actividades, personas o grupos sociales, seguidamente más de la cuarta parte de los pacientes respondieron que “he perdido casi todo el interés en otras personas o cosas” con un 30.63%, luego una menor proporción con un 8.13% les es difícil interesarse por algo, y finalmente solo un 15.63% manifiesta “no he perdido el interés en otras actividades o personas”. En los casos de depresión la pérdida de interés va extendiéndose peligrosamente y lleva a la persona en desinteresarse por su ámbito social, laboral, emocional y finalmente personal.

**Tabla 21**

**Depresión de Beck II, según el síntoma de indecisión en pacientes diabéticos**

<b>Descripción del síntoma - Indecisión</b>	<b>Pacientes diabéticos</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
Tomo mis decisiones tan bien como siempre	29	18.13
Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones	74	46.25
Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones	42	26.25
Tengo problemas para tomar cualquier decisión	15	9.38
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 21: Depresión de Beck II, según el síntoma de indecisión en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración en base a la tabla del síntoma indecisión*

### **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 21, se presenta los resultados obtenidos según los ítems indicativos del síntoma, indecisión, encontrados en el test de depresión de Beck los cuales fueron aplicados a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, siendo representados a través de gráficos y cálculos estadísticos. Se obtiene los resultados según como se han sentido en estas últimas semanas; encontrando que la mayoría de los evaluados manifestó “me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones” en un 46.25%, la depresión puede conllevar a que exista pensamientos negativos automáticos que dificulten la toma de decisiones, seguidamente un poco más de la cuarta parte de los pacientes respondieron que “encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones” con un 26.25%, luego una menor proporción con un 9.38% presenta “problemas para tomar cualquier decisión”, y finalmente solo un 18.13% manifiesta “tomo mis decisiones tan bien como siempre”. Cuando una persona está perdida frecuente mente aplaza las decisiones que tiene que

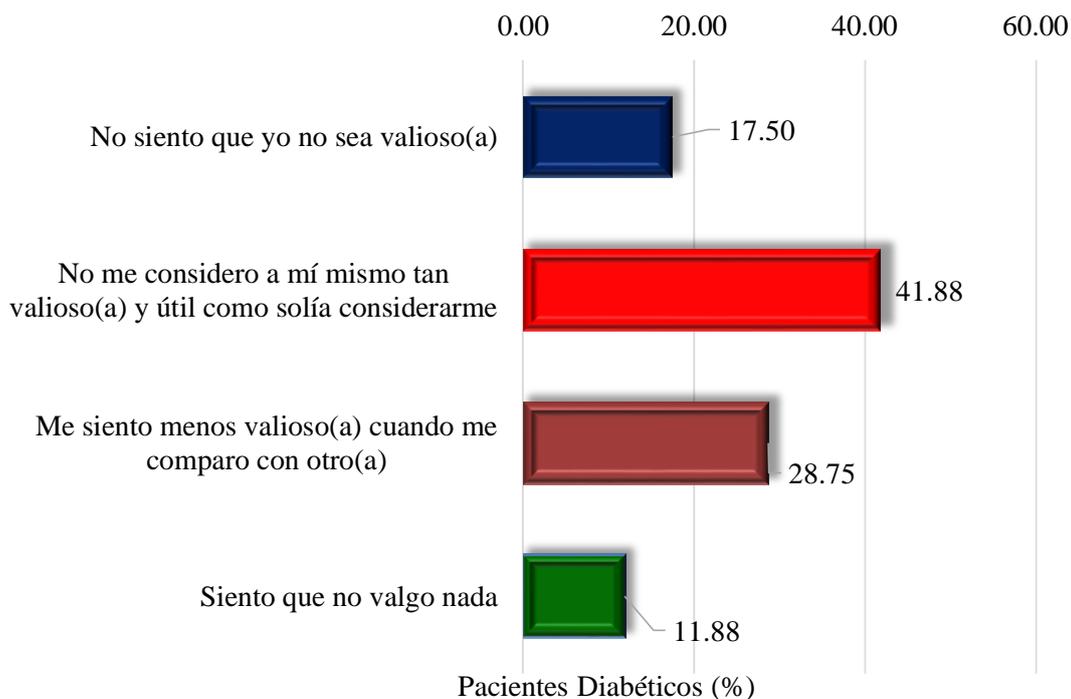
tomar porque no se siente capaz de tomar una opción de manera segura, lo que influye en su valía personal.

**Tabla 22**

*Depresión de Beck II, según el síntoma de desvalorización en pacientes diabéticos*

Descripción del síntoma - Desvalorización	Pacientes diabéticos	
	n	%
No siento que yo no sea valioso(a)	28	17.50
No me considero a mí mismo tan valioso(a) y útil como solía considerarme	67	41.88
Me siento menos valioso(a) cuando me comparo con otro(a)	46	28.75
Siento que no valgo nada	19	11.88
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 22: Depresión de Beck II, según el síntoma de desvalorización en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración en base a la tabla síntoma de desvalorización*

### **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 22, se presenta los resultados obtenidos según los ítems indicativos del síntoma, desvalorización, encontrados en el test de depresión de Beck los cuales fueron aplicados a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, siendo representados a través de gráficos y cálculos estadísticos. Se obtiene los resultados según como se han sentido en estas últimas semanas; encontrando que la mayoría de los evaluados manifestó “No me considero a mí mismo tan valioso(a) y útil como solía considerarme” con un 41.88%, los sentimientos de desvalorización son frecuentes en las personas con depresión ya que suelen sentirse responsables de su malestar; seguidamente más de la cuarta parte de los pacientes respondieron que “Me siento menos valioso(a) cuando me comparo con otro(a)” con un 28.75%, luego una menor proporción con un 11.88% “sienten que no valen nada”, y finalmente solo un 17.50% manifiesta “no siento que yo sea valioso(a)”. Los sentimientos de desvalorización son frecuentes en las personas con depresión, ya que se

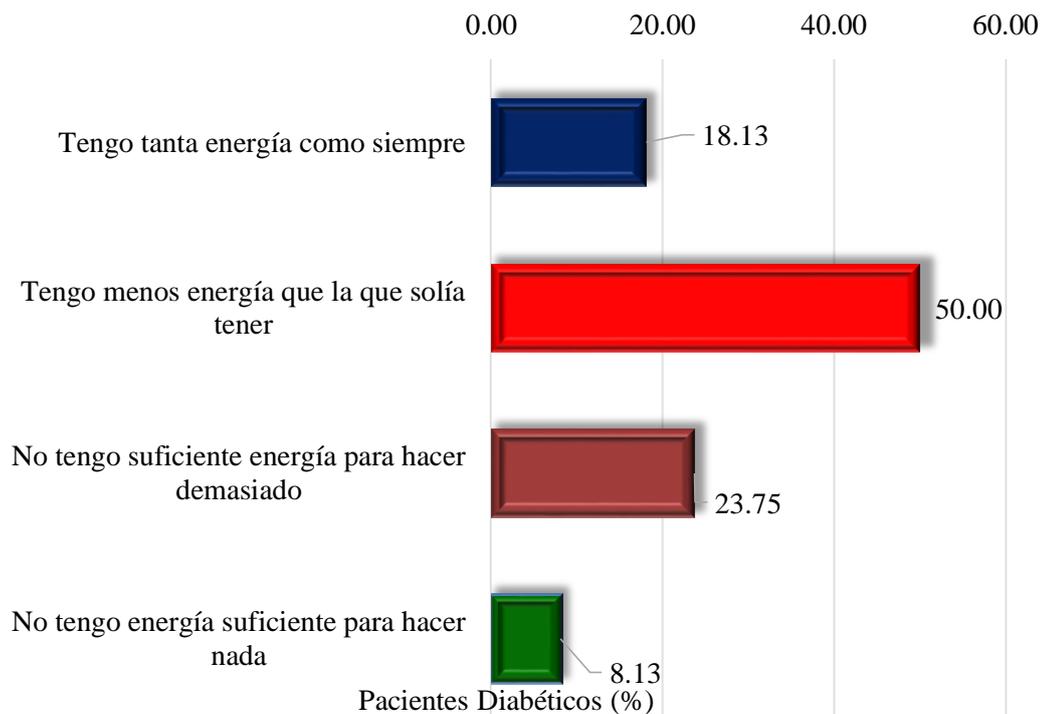
sienten responsables de su malestar, sienten que ni una persona o tratamiento podrán ayudarlo a cambiar.

**Tabla 23**

*Depresión de Beck II, según el síntoma de pérdida de energía en pacientes diabéticos*

Descripción del síntoma - Pérdida de energía	Pacientes diabéticos	
	n	%
Tengo tanta energía como siempre	29	18.13
Tengo menos energía que la que solía tener	80	50.00
No tengo suficiente energía para hacer demasiado	38	23.75
No tengo energía suficiente para hacer nada	13	8.13
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 23: Depresión de Beck II, según el síntoma de pérdida de energía en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración en base a la tabla del síntoma pérdida de energía*

## **INTERPRETACIÓN:**

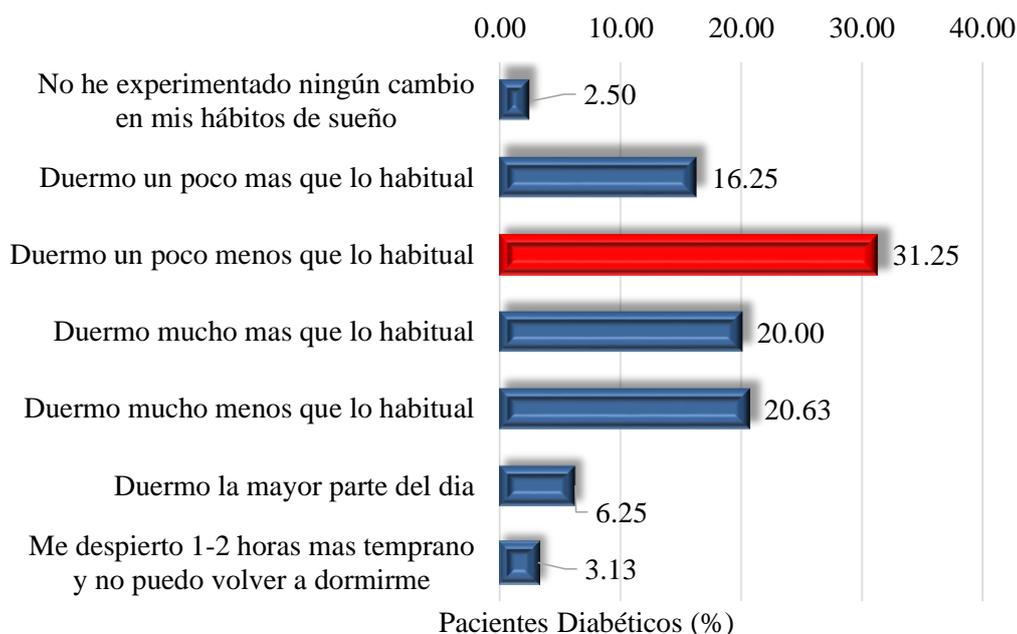
En la tabla y figura 23, se presenta los resultados obtenidos según los ítems indicativos del síntoma, pérdida de energía, encontrados en el test de depresión de Beck los cuales fueron aplicados a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, siendo representados a través de gráficos y cálculos estadísticos. Se obtiene los resultados según como se han sentido en estas últimas semanas; encontrando que la mayoría de los evaluados manifestó “tengo menos energía que la que solía tener” con un 50.00%, las personas con depresión pueden sentirse agotadas, desganadas siendo difícil poder afrontar las labores en los diferentes ámbitos de su vida, seguidamente más de la quinta parte de los pacientes respondieron que “no tengo suficiente energía para hacer demasiado” con un 23.75%, luego una menor proporción con un 8.13% “no tiene energías suficientes para hacer nada”, y finalmente solo un 18.13% manifiesta “tengo tanta energía como siempre”.

**Tabla 24**

*Depresión de Beck II, según el síntoma de cambios en los hábitos de sueño en pacientes diabéticos*

<b>Descripción del síntoma - Cambios en los hábitos de sueño</b>	<b>Pacientes diabéticos</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño	4	2.50
Duermo un poco más que lo habitual	26	16.25
Duermo un poco menos que lo habitual	50	31.25
Duermo mucho más que lo habitual	32	20.00
Duermo mucho menos que lo habitual	33	20.63
Duermo la mayor parte del día	10	6.25
Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme	5	3.13
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 24: Depresión de Beck II, según el síntoma de cambios en los hábitos de sueño en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*

### **INTERPRETACIÓN:**

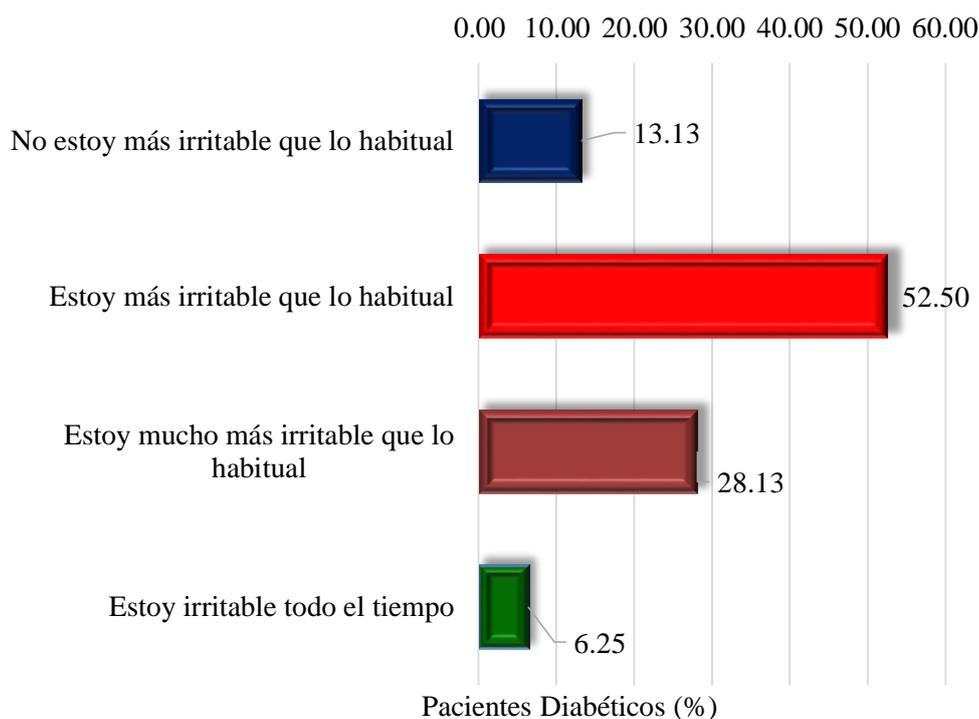
En la tabla y figura 24, se presenta los resultados obtenidos según los ítems indicativos del síntoma, cambios en los hábitos de sueño, encontrados en el test de depresión de Beck los cuales fueron aplicados a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, siendo representados a través de gráficos y cálculos estadísticos. Se obtiene los resultados según como se han sentido en estas últimas semanas; encontrando que la mayoría de los evaluados manifestó “duermo un poco menos de lo habitual” en un 31.25% muy a menudo las personas que están entrando en una depresión sufren alteraciones en el sueño relacionado al número de horas, continuidad y fuerza, seguidamente la quinta parte manifiesta “duermo mucho menos de lo habitual” con un 20.63%, así mismo 20.00% respondió “duermo mucho más de lo habitual”, el 16.25% “duermo un poco más de lo habitual”, el 6.25% manifiesta “duermo la mayor parte del día” y el 3.13% manifiesta “me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme”, y finalmente solo un 2.50% manifiesta “no he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño”

**Tabla 25**

*Depresión de Beck II, según el síntoma de irritabilidad en pacientes diabéticos*

<b>Descripción del síntoma - Irritabilidad</b>	<b>Pacientes diabéticos</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
No estoy más irritable que lo habitual	21	13.13
Estoy más irritable que lo habitual	84	52.50
Estoy mucho más irritable que lo habitual	45	28.13
Estoy irritable todo el tiempo	10	6.25
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 25: Depresión de Beck II, según el síntoma de irritabilidad en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*

### **INTERPRETACIÓN:**

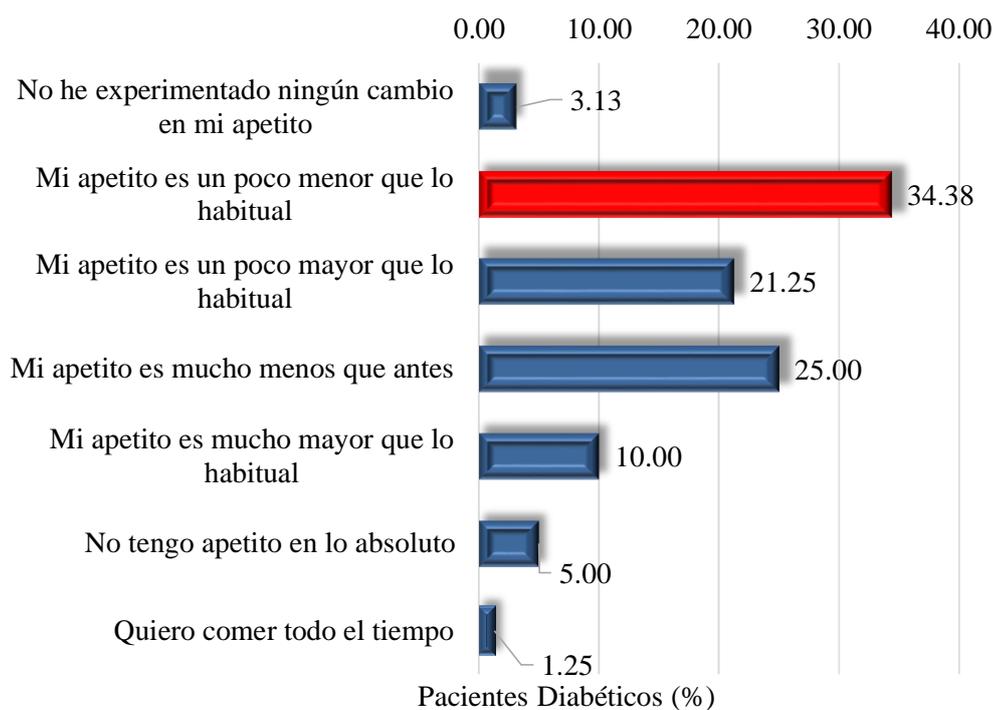
En la tabla y figura 25, se presenta los resultados obtenidos según los ítems indicativos del síntoma, irritabilidad, encontrados en el test de depresión de Beck los cuales fueron aplicados a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, siendo representados a través de gráficos y cálculos estadísticos. Se obtiene los resultados según como se han sentido en estas últimas semanas; encontrando que la mayoría de los evaluados manifestó “estoy más irritable de lo habitual” en un 52.50%, la persona con depresión suele tener menos paciencia cuando algo no va como le gustaría que fuese, reaccionando de manera negativa e irracional; seguidamente más de la cuarta parte de los pacientes respondieron que “estoy mucho más irritable de lo habitual” con un 28.13%, luego una menor proporción con un 6.25% se encuentra “irritable todo el tiempo”, y finalmente solo un 13.13% manifiesta “no estoy más irritable que lo habitual”.

**Tabla 26**

*Depresión de Beck II, según el síntoma de cambios en el apetito en pacientes diabéticos*

Descripción del síntoma - Cambios en el apetito	Pacientes diabéticos	
	n	%
No he experimentado ningún cambio en mi apetito	5	3.13
Mi apetito es un poco menor que lo habitual	55	34.38
Mi apetito es un poco mayor que lo habitual	34	21.25
Mi apetito es mucho menos que antes	40	25.00
Mi apetito es mucho mayor que lo habitual	16	10.00
No tengo apetito en lo absoluto	8	5.00
Quiero comer todo el tiempo	2	1.25
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 26: Depresión de Beck II, según el síntoma de cambios de apetito en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*

### **INTERPRETACIÓN:**

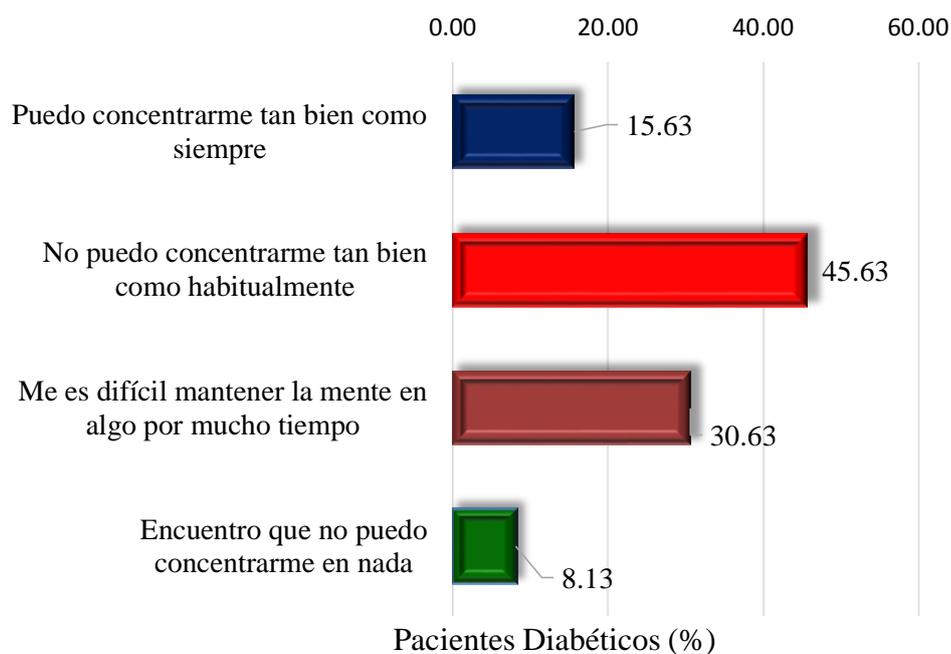
En la tabla y figura 26, se presenta los resultados obtenidos según los ítems indicativos del síntoma, cambios de apetito, encontrados en el test de depresión de Beck los cuales fueron aplicados a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, siendo representados a través de gráficos y cálculos estadísticos. Se obtiene los resultados según como se han sentido en estas últimas semanas; encontrando que la mayoría de los evaluados manifestó “mi apetito es un poco menos que lo habitual” en un 34.38%, uno de los síntomas de la depresión es la pérdida de apetito por la comida pudiendo traer consecuencias negativas para la salud, seguidamente la cuarta parte manifiesta “mi apetito es mucho menos que antes” en un 25.00%, así mismo “mi apetito es un poco mayor que lo habitual” con un 21.25%, el 10.00% “mi apetito es mucho mayor que lo habitual”, el 5.00% manifiesta “no tengo apetito en lo absoluto” y el 1.25% manifiesta “quiero comer todo el tiempo”, y finalmente solo un 3.13% manifiesta “no he experimentado ningún cambio en mi apetito”.

**Tabla 27**

*Depresión de Beck II, según el síntoma de dificultad de concentración en pacientes diabéticos*

Descripción del síntoma - Dificultad de concentración	Pacientes diabéticos	
	n	%
Puedo concentrarme tan bien como siempre	25	15.63
No puedo concentrarme tan bien como habitualmente	73	45.63
Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo	49	30.63
Encuentro que no puedo concentrarme en nada	13	8.13
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 27: Depresión de Beck II, según el síntoma de dificultad de concentración en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*

#### **INTERPRETACIÓN:**

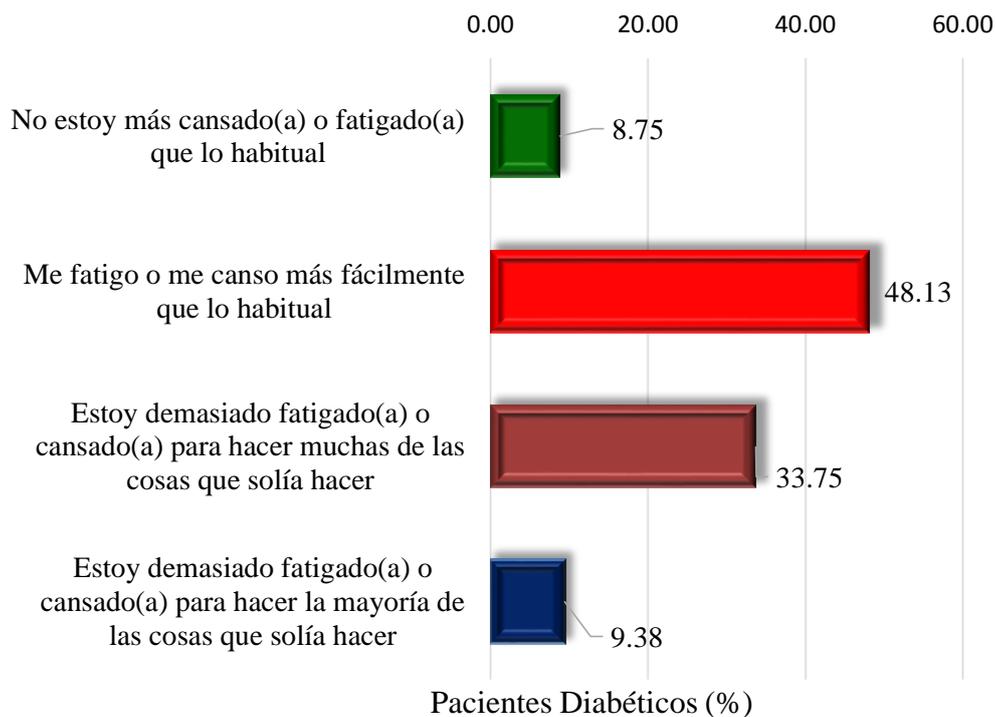
En la tabla y figura 27, se presenta los resultados obtenidos según los ítems indicativos del síntoma, dificultad de concentración, encontrados en el test de depresión de Beck los cuales fueron aplicados a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, siendo representados a través de gráficos y cálculos estadísticos. Se obtiene los resultados según como se han sentido en estas últimas semanas; encontrando que la mayoría de los evaluados manifestó “no puedo concentrarme tan bien como habitualmente” con un 45.63%, las personas con depresión centran su atención en su malestar, ignorando los estímulos que se encuentran a su alrededor, seguidamente más de la cuarta parte de los pacientes respondieron que “me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo” con un 30.63%, luego una menor proporción con un 8.13% “encuentra que no puede concentrarse en nada”, y finalmente solo un 15.63% manifiesta “puedo concentrarme tan bien como siempre”.

**Tabla 28**

*Depresión de Beck II, según el síntoma de cansancio o fatiga en pacientes diabéticos*

Descripción del síntoma - Cansancio o fatiga	Pacientes diabéticos	
	n	%
No estoy más cansado(a) o fatigado(a) que lo habitual	14	8.75
Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual	77	48.13
Estoy demasiado fatigado(a) o cansado(a) para hacer muchas de las cosas que solía hacer	54	33.75
Estoy demasiado fatigado(a) o cansado(a) para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer	15	9.38
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 28: Depresión de Beck II, según el síntoma de cansancio o fatiga en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*

### **INTERPRETACIÓN:**

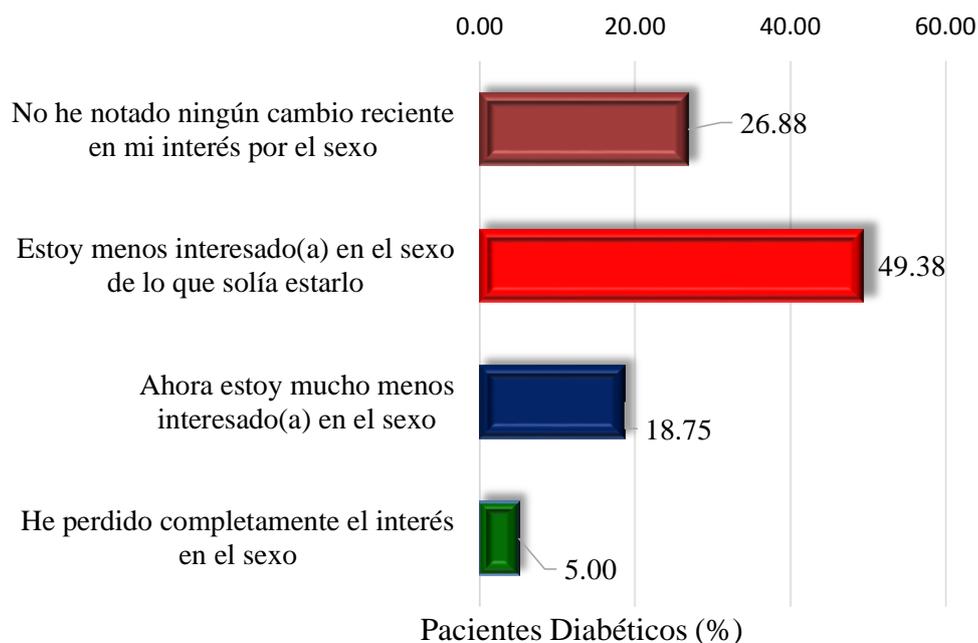
En la tabla y figura 28, se presenta los resultados obtenidos según los ítems indicativos del síntoma, cansancio o fatiga, encontrados en el test de depresión de Beck los cuales fueron aplicados a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, siendo representados a través de gráficos y cálculos estadísticos. Se obtiene los resultados según como se han sentido en estas últimas semanas; encontrando que la mayoría de los evaluados manifestó “me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual” con un 48.13%, la persona deprimida percibe cada movimiento como un esfuerzo enorme, dejando paulatinamente de realizar cualquier actividad que se relacione con su entorno social, seguidamente la tercera parte de los pacientes respondieron que “estoy demasiado fatigado(a) o cansado(a) para hacer muchas de las cosas que solía hacer” con un 33.75%, luego una menor proporción con un 9.38% “siente ganas de llorar pero no puede”, y finalmente solo un 8.75% manifiesta “no estoy más cansado(a) o fatigado(a) que lo habitual.

**Tabla 29**

*Depresión de Beck II, según el síntoma de pérdida de interés en el sexo en pacientes diabéticos*

Descripción del síntoma - Pérdida de interés en el sexo	Pacientes diabéticos	
	n	%
No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo	43	26.88
Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estarlo	79	49.38
Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo	30	18.75
He perdido completamente el interés en el sexo	8	5.00
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 29: Depresión de Beck II, según el síntoma de pérdida de interés en el sexo en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*

### **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 29, se presenta los resultados obtenidos según los ítems indicativos del síntoma, pérdida de interés en el sexo, encontrados en el test de depresión de Beck los cuales fueron aplicados a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, siendo representados a través de gráficos y cálculos estadísticos. Se obtiene los resultados según como se han sentido en estas últimas semanas; encontrando que la mayoría de los evaluados manifestó “estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estarlo” con un 49.38%, en la depresión es muy frecuente la desaparición de cualquier tipo de deseo sexual, así como de la capacidad para disfrutar de las fantasías sexuales, tanto en el hombre como en la mujer; seguidamente más de la sexta parte de los pacientes respondieron que “ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo” con un 18.75%, luego una menor proporción con un 5.00% siente que ha “perdido completamente el interés en el sexo”, y finalmente solo un 26.88% manifiesta “no he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo”.

**Tabla 30**

*Depresión de Beck II, según todos los síntomas en pacientes diabéticos*

BDI II - SINTOMAS 21 ITEMS	Escala de puntuación de 0 a 3								TOTAL	
	0		1		2		3		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
1. Tristeza	22	13.75	67	41.88	53	33.13	18	11.25	160	100.00
2. Pesimismo	27	16.88	78	48.75	42	26.25	13	8.13	160	100.00
3. Fracaso	31	19.38	62	38.75	48	30.00	19	11.88	160	100.00
4. Pérdida de placer	31	19.38	60	37.50	50	31.25	19	11.88	160	100.00
5. Sentimiento de culpa	40	25.00	78	48.75	31	19.38	11	6.88	160	100.00
6. Sentimiento de castigo	47	29.38	64	40.00	31	19.38	18	11.25	160	100.00
7. Disconformidad de uno mismo	14	8.75	63	39.38	69	43.13	14	8.75	160	100.00
8. Autocrítica	37	23.13	66	41.25	46	28.75	11	6.88	160	100.00
9. Pensamiento o Deseos suicidas	65	40.63	59	36.88	30	18.75	6	3.75	160	100.00
10. Llanto	22	13.75	75	46.88	48	30.00	15	9.38	160	100.00
11. Agitación	29	18.13	76	47.50	50	31.25	5	3.13	160	100.00
12. Pérdida de interés	25	15.63	73	45.63	49	30.63	13	8.13	160	100.00
13. Indecisión	29	18.13	74	46.25	42	26.25	15	9.38	160	100.00
14. Desvalorización	28	17.50	67	41.88	46	28.75	19	11.88	160	100.00
15. Pérdida de energía	29	18.13	80	50.00	38	23.75	13	8.13	160	100.00
16. Cambios en hábitos de sueño	4	2.50	76	47.50	65	40.63	15	9.38	160	100.00
17. Irritabilidad	21	13.13	84	52.50	45	28.13	10	6.25	160	100.00
18. Cambios en el apetito	5	3.13	89	55.63	56	35.00	10	6.25	160	100.00
19. Dificultad de concentración	25	15.63	73	45.63	49	30.63	13	8.13	160	100.00
20. Cansancio o fatiga	14	8.75	76	47.50	54	33.75	16	10.00	160	100.00
21. Pérdida de interés en el sexo	43	26.88	79	49.38	30	18.75	8	5.00	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*

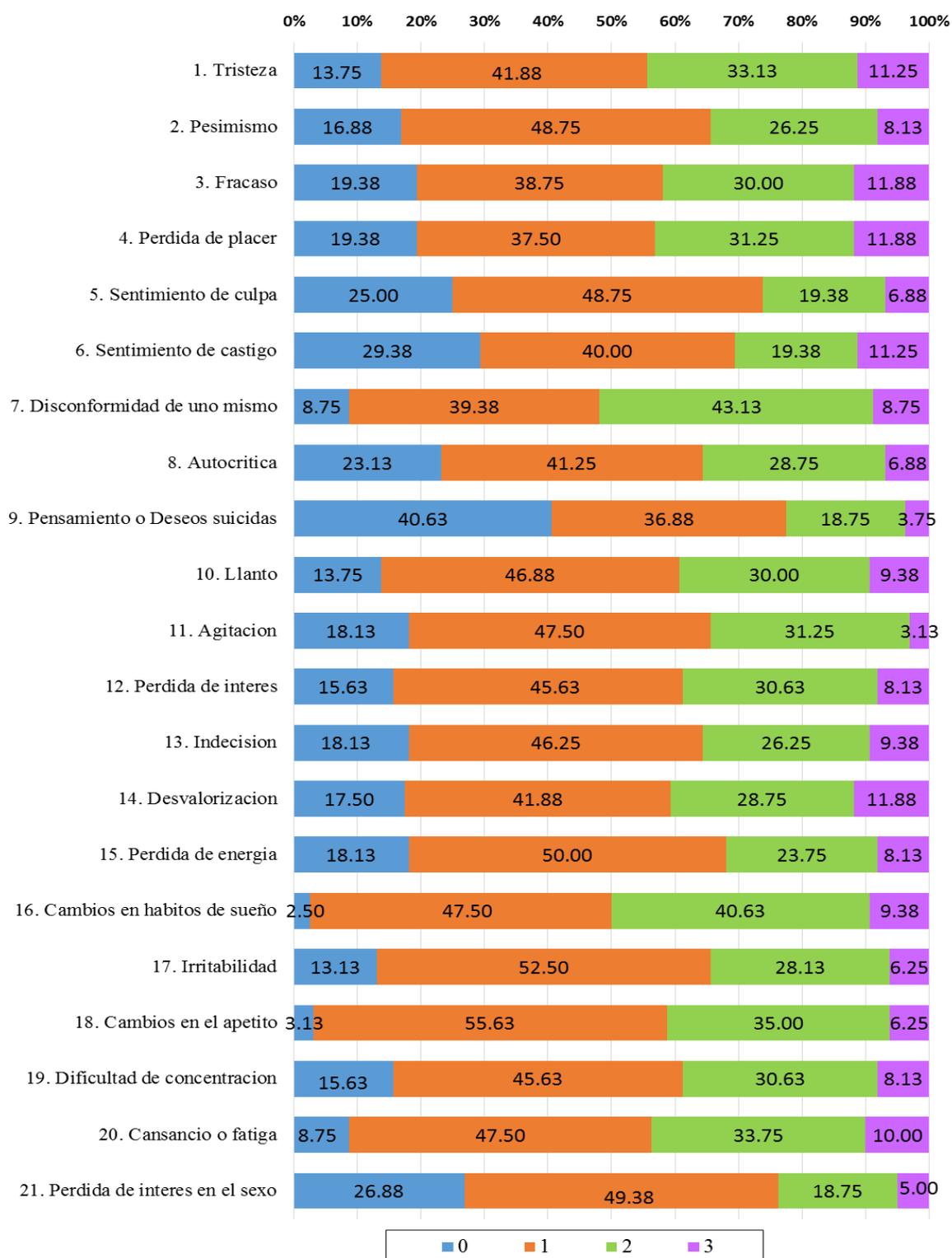


Figura 30: Depresión de Beck II, según todos los síntomas en pacientes diabéticos

Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.

### INTERPRETACIÓN:

En la tabla y figura 30, se presenta los resultados obtenidos según los síntomas, encontrados en el test de depresión de Beck los cuales fueron aplicados a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, sumando las categorías moderado y grave se obtiene que el síntoma en mayor relevancia es “Disconformidad de uno mismo” con un 51.88% entiendo que la persona con depresión suele no sentirse bien consigo misma estando presente la autocrítica; posteriormente el síntoma de “Cambios en hábitos de sueño” con un 50.01%, los pacientes con depresión muestran un estado de alerta continuo por lo que su cerebro no descansa del todo conllevando a que sienta cansado durante la mayor parte del día; el síntoma de “Tristeza” con un 44.38%, provocando una disminución en la energía e entusiasmo por las actividades vitales impidiendo la realización de metas y objetivos planteados; el siguiente síntoma “cansancio o fatiga” con un 43.75%, las personas pueden sentir que no tienen fuerzas para realizar actividades sencillas ya que se sienten muy cansadas durante la mayor parte del día; luego “perdida al placer” con un 43.13%, expresándose como la incapacidad de disfrutar de las situaciones agradables de la vida, tanto en el aspecto físico, psicológico y social; y el síntoma de “Fracaso” con un 41.88% las personas que presentan este síntoma se ven inundadas por pensamientos negativos los cuales afectan su valor personal impidiendo ver cualidades y virtudes haciendo un juicio errado sobre uno mismo, y sobre las situaciones vividas. Los porcentajes en mención son los más representativos teniendo en cuenta su gravedad y la puntuación por cada síntoma de referencia.

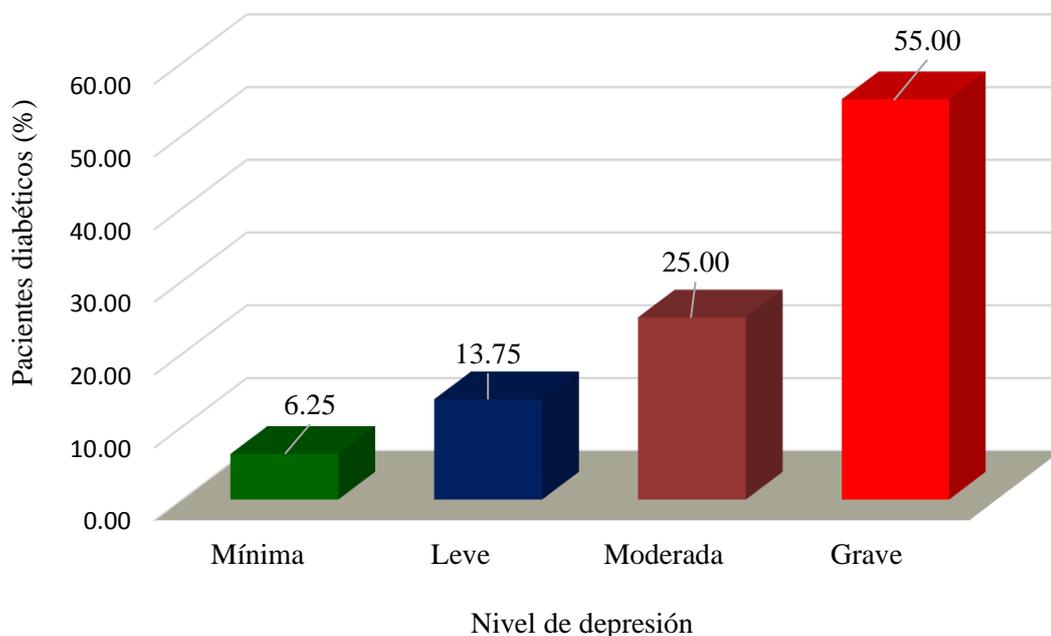
**Tabla 31**

*Depresión de Beck II, según su nivel en pacientes diabéticos*

Nivel de depresión Beck - II	Pacientes diabéticos
---------------------------------	----------------------

	<b>n</b>	<b>%</b>
Mínima	10	6.25
Leve	22	13.75
Moderada	40	25.00
Grave	88	55.00
TOTAL	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 31: Depresión de Beck II, según su nivel en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*

## **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 31 se presenta los resultados según los niveles de depresión, obtenidos a través del test de depresión de Beck II, aplicado a los pacientes diabéticos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2017, encontrándose que más de la mitad de los pacientes presenta una escala “Grave” con un 55.00%, los cuales

suelen presentar una considerable angustia, agitación, pérdida en su estimación, sentimientos de inutilidad y culpa; posteriormente la escala “Moderada” con un 25.00%, la escala “leve” con un 13.75% y en una minoría solo el 6.25% del total de los pacientes presenta la escala “Mínimo”.

Con estos resultados se puede concluir que la mayoría de los pacientes presentan un nivel grave de depresión, por lo cual se necesita poder realizar programas de prevención e intervención psicológica para reducir dichos síntomas.

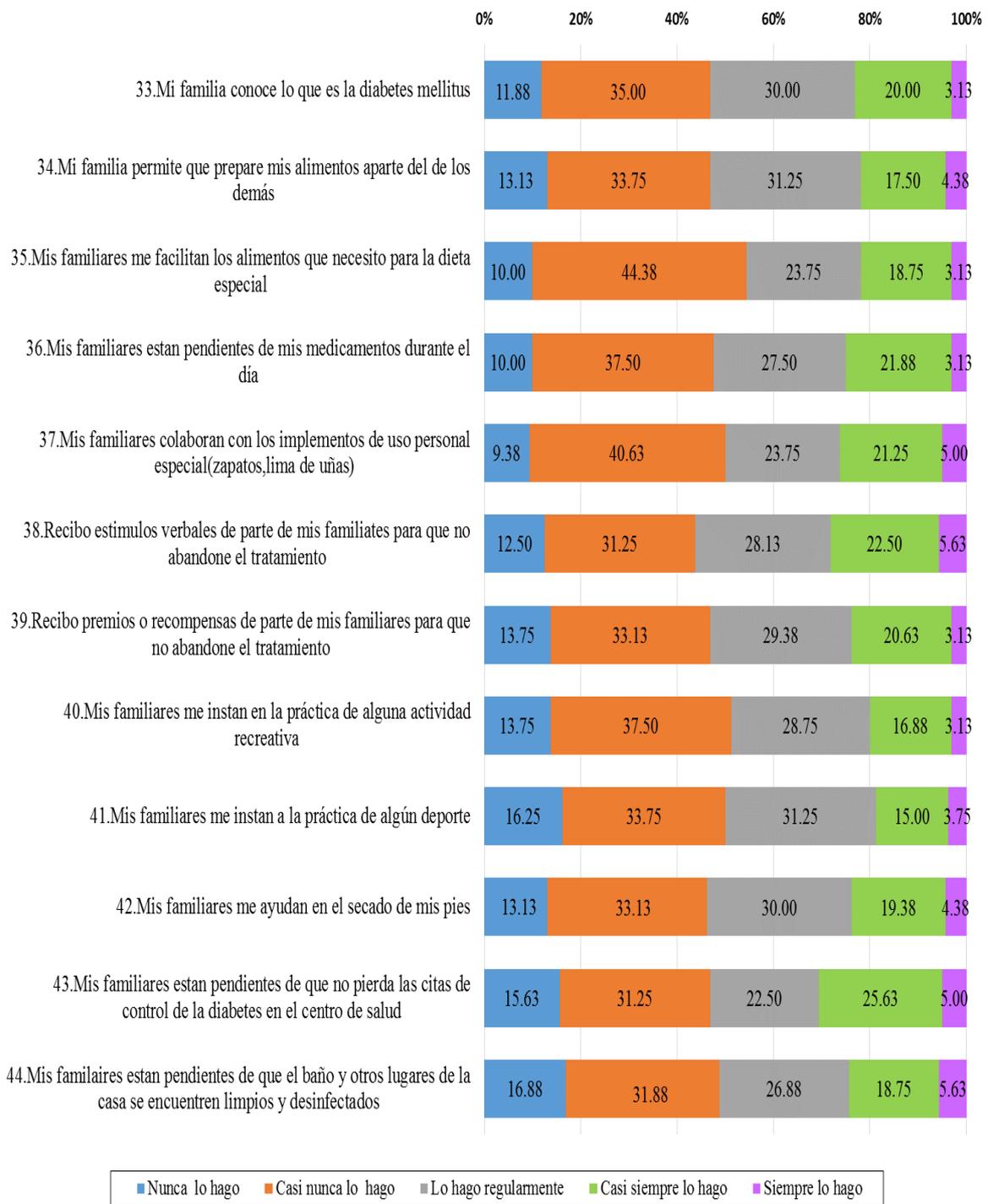
#### **4.1.3. Resultados sobre Adherencia al tratamiento (EATDM-III)**

*Tabla 32*

***Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según los ítems del factor apoyo familiar en pacientes diabéticos***

FACTOR APOYO FAMILIAR	Nunca lo hago		Casi nunca lo hago		Lo hago regularmente		Casi siempre lo hago		Siempre lo hago		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
33.Mi familia conoce lo que es la diabetes mellitus	19	11.88	56	35.00	48	30.00	32	20.00	5	3.13	160	100.00
34.Mi familia permite que prepare mis alimentos aparte del de los demás	21	13.13	54	33.75	50	31.25	28	17.50	7	4.38	160	100.00
35.Mis familiares me facilitan los alimentos que necesito para la dieta especial	16	10.00	71	44.38	38	23.75	30	18.75	5	3.13	160	100.00
36.Mis familiares están pendientes de mis medicamentos durante el día	16	10.00	60	37.50	44	27.50	35	21.88	5	3.13	160	100.00
37.Mis familiares colaboran con los implementos de uso personal especial(zapatos,lima de uñas)	15	9.38	65	40.63	38	23.75	34	21.25	8	5.00	160	100.00
38.Recibo estímulos verbales de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento	20	12.50	50	31.25	45	28.13	36	22.50	9	5.63	160	100.00
39.Recibo premios o recompensas de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento	22	13.75	53	33.13	47	29.38	33	20.63	5	3.13	160	100.00
40.Mis familiares me instan en la práctica de alguna actividad recreativa	22	13.75	60	37.50	46	28.75	27	16.88	5	3.13	160	100.00
41.Mis familiares me instan a la práctica de algún deporte	26	16.25	54	33.75	50	31.25	24	15.00	6	3.75	160	100.00
42.Mis familiares me ayudan en el secado de mis pies	21	13.13	53	33.13	48	30.00	31	19.38	7	4.38	160	100.00
43.Mis familiares están pendientes de que no pierda las citas de control de la diabetes en el centro de salud	25	15.63	50	31.25	36	22.50	41	25.63	8	5.00	160	100.00
44.Mis familiares están pendientes de que el baño y otros lugares de la casa se encuentren limpios y desinfectados	27	16.88	51	31.88	43	26.88	30	18.75	9	5.63	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 32: Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según los ítems del factor apoyo familiar en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*

**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 32, se presenta los resultados obtenidos según el factor, apoyo familiar, a través de la escala de adherencia al tratamiento EATDM- III, aplicada a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, entre los ítems más críticos que no se encuentran están “mis familiares están pendientes de que el baño y otros lugares de la casa se encuentren limpios y desinfectados” con un 16.88%, el apoyo multidisciplinario de la familia es crucial para el establecimiento de pautas saludables y el manejo exitoso de la diabetes, seguido por el ítem “mis familiares me instan a la práctica de algún deporte” con un 16.25%, en tercer lugar “mis familiares están pendientes de que no pierda las citas de control de la diabetes en el centro de salud”, con un 15.63%, luego en cuarto lugar “mis familiares me instan en la práctica de alguna actividad recreativa” con un 13.75%, seguidamente en igual porcentaje tenemos el ítems “recibo premios o recompensas de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento” con un 13.75%.

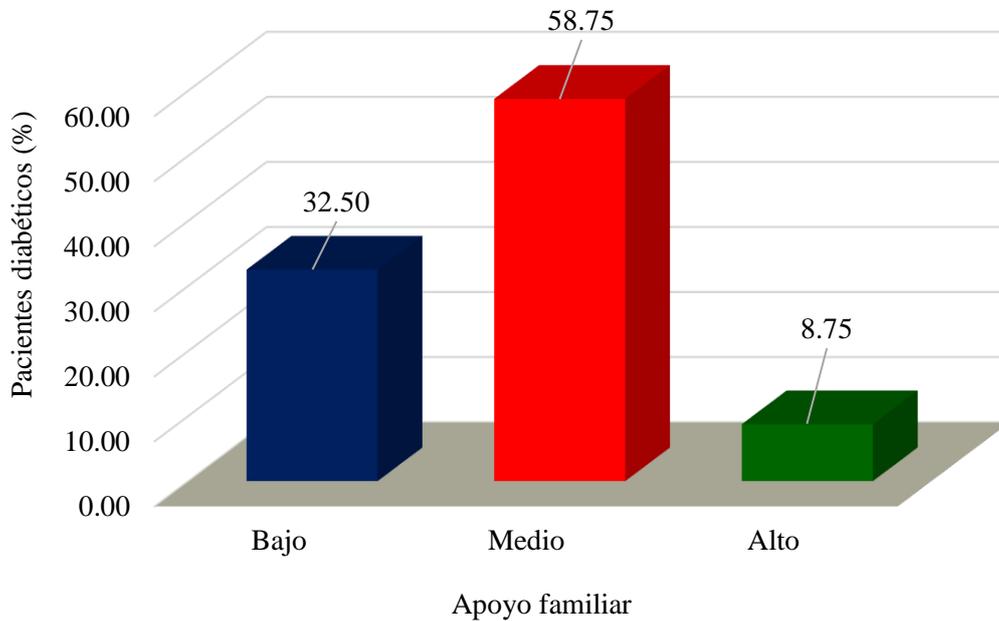
Los porcentajes en mención a todos los ítems tienen cierta similitud en función a la escala casi nunca lo hago, por lo cual se tomó como referencia los porcentajes más representativos del factor.

**Tabla 33**

*Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según los niveles del factor apoyo familiar en pacientes diabéticos*

APOYO FAMILIAR	Pacientes diabéticos	
	n	%
Bajo	52	32.50
Medio	94	58.75
Alto	14	8.75
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 33: Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según el nivel del factor apoyo familiar en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*

**INTERPRETACIÓN:**

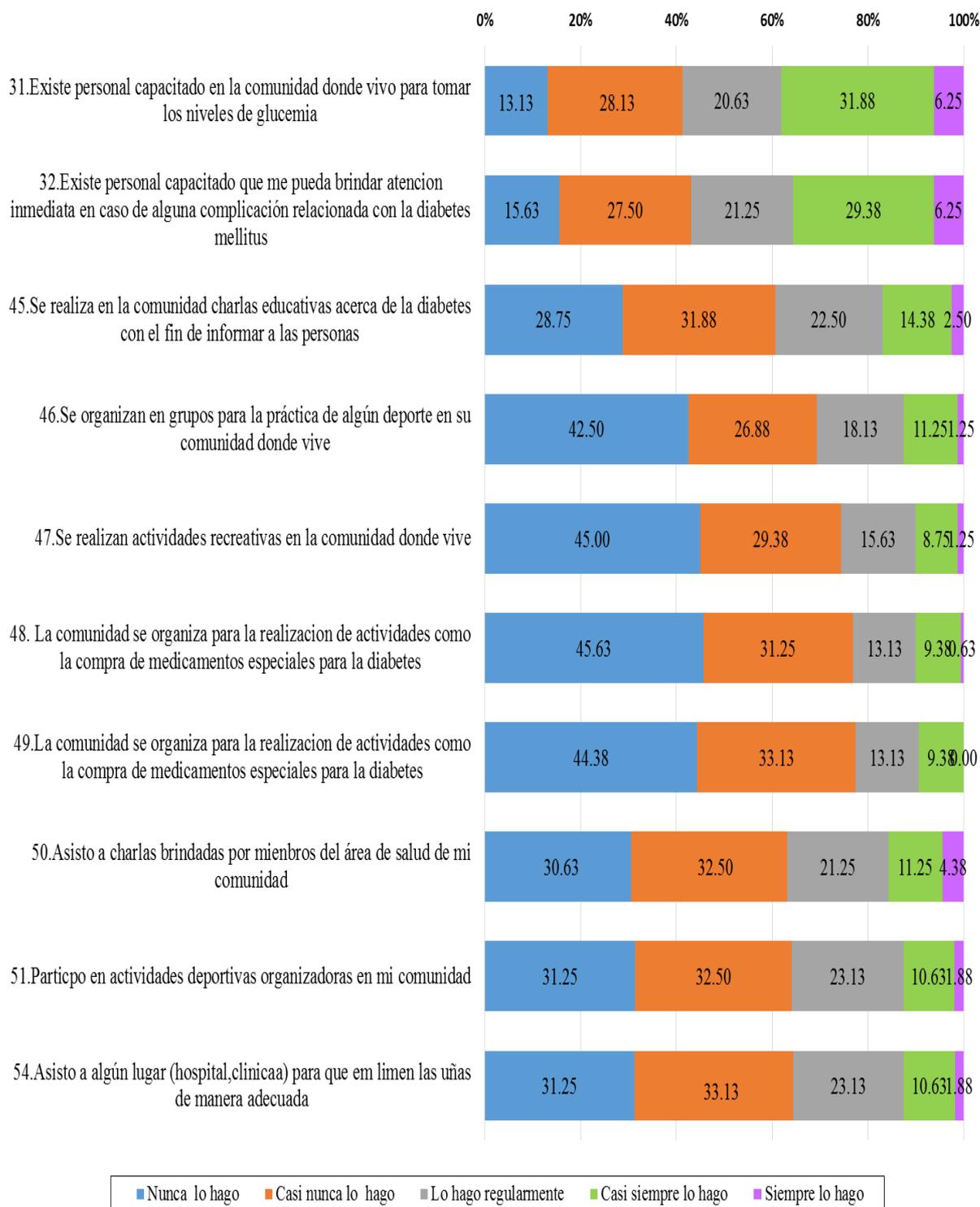
En la tabla y figura 33, se presentan los resultados obtenidos según el factor, apoyo familiar, a través de la escala de adherencia al tratamiento EATDM-III, aplicada a los pacientes diabéticos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2017; encontrándose que más de la mitad de los evaluados presentan un nivel “medio” con un 58.75%, quiere decir que los pacientes reciben en ciertas ocasiones apoyo de sus familiarizares en relación a sus hábitos, cuidados y toma de medicamentos; seguidamente menos de la tercera parte de los pacientes presentan un nivel “bajo” queriendo decir que un 32.50% de los pacientes nunca o casi nunca reciben apoyo familiar y finalmente solo un 8.75% presenta un nivel “alto” los cuales siempre o casi siempre pacientes reciben apoyo incondicional de su familia al momento del tratamiento de su enfermedad.

#### **Tabla 34**

***Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según los ítems del factor organización y apoyo comunal en pacientes diabéticos***

FACTOR ORGANIZACIÓN Y APOYO COMUNAL	Nunca lo hago		Casi nunca lo hago		Lo hago regularmente		Casi siempre lo hago		Siempre lo hago		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
31.Existe personal capacitado en la comunidad donde vivo para tomar los niveles de glucemia	21	13.13	45	28.13	33	20.63	51	31.88	10	6.25	160	100.00
32.Existe personal capacitado que me pueda brindar atención inmediata en caso de alguna complicación relacionada con la diabetes mellitus	25	15.63	44	27.50	34	21.25	47	29.38	10	6.25	160	100.00
45.Se realiza en la comunidad charlas educativas acerca de la diabetes con el fin de informar a las personas	46	28.75	51	31.88	36	22.50	23	14.38	4	2.50	160	100.00
46.Se organizan en grupos para la práctica de algún deporte en su comunidad donde vive	68	42.50	43	26.88	29	18.13	18	11.25	2	1.25	160	100.00
47.Se realizan actividades recreativas en la comunidad donde vive	72	45.00	47	29.38	25	15.63	14	8.75	2	1.25	160	100.00
48. La comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de medicamentos especiales para la diabetes	73	45.63	50	31.25	21	13.13	15	9.38	1	0.63	160	100.00
49.La comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de medicamentos especiales para la diabetes	71	44.38	53	33.13	21	13.13	15	9.38	0	0.00	160	100.00
50.Asisto a charlas brindadas por miembros del área de salud de mi comunidad	49	30.63	52	32.50	34	21.25	18	11.25	7	4.38	160	100.00
51.Participo en actividades deportivas organizadoras en mi comunidad	50	31.25	52	32.50	37	23.13	17	10.63	3	1.88	159	100.00
54.Asisto a algún lugar (hospital,clínica) para que em limen las uñas de manera adecuada	50	31.25	53	33.13	37	23.13	17	10.63	3	1.88	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 34: Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según los ítems del factor organización y apoyo comunal en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*

**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 34, se presenta los resultados obtenidos según el factor, organización y apoyo comunal, a través de la escala de adherencia al tratamiento EATDM- III, aplicada a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, entre los ítems más críticos que no se presentan se encuentra “se organizan en grupos para la práctica de algún deporte en la comunidad donde vive” con un 45.63%, se entiende que las personas suelen limitar su actividad física por las distintas responsabilidades en los diferentes ámbitos de su vida por lo cual no suelen realizar esta actividad, en segundo lugar está el ítem “se realizan actividades en la comunidad donde vive” con un 45.00%, en tercer lugar “la comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de medicamentos especiales para la diabetes” con un 44.38%, luego en cuarto lugar “La comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de medicamentos especiales para la diabetes” con un 42.50% seguidamente los ítems “participo en actividades deportivas organizadoras en mi comunidad” y “asisto a algún lugar hospital, clínica para que me limen las uñas de manera adecuada” con un 31.25%.

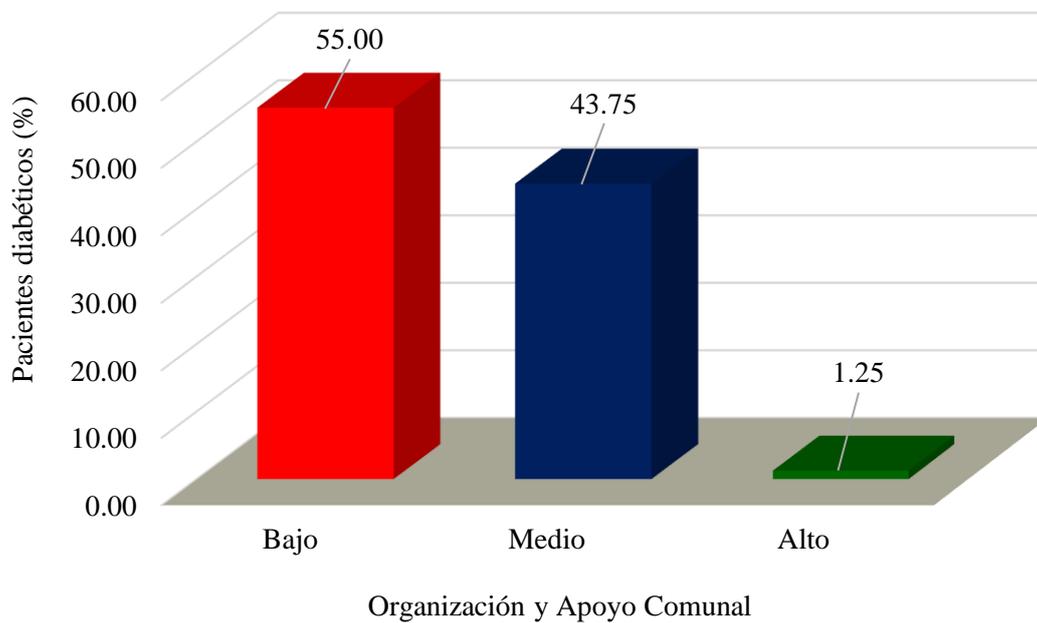
Los porcentajes en mención a todos los ítems tienen cierta similitud en función a la escala casi nunca lo hago, por lo cual se tomó como referencia los porcentajes más representativos del factor.

**Tabla 35**

*Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según el nivel del factor organización y apoyo comunal en pacientes diabéticos*

ORGANIZACIÓN Y APOYO COMUNAL	Pacientes diabéticos	
	n	%
Bajo	88	55.00
Medio	70	43.75
Alto	2	1.25
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 35: Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según el factor organización y apoyo comunal en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*

**INTERPRETACIÓN:**

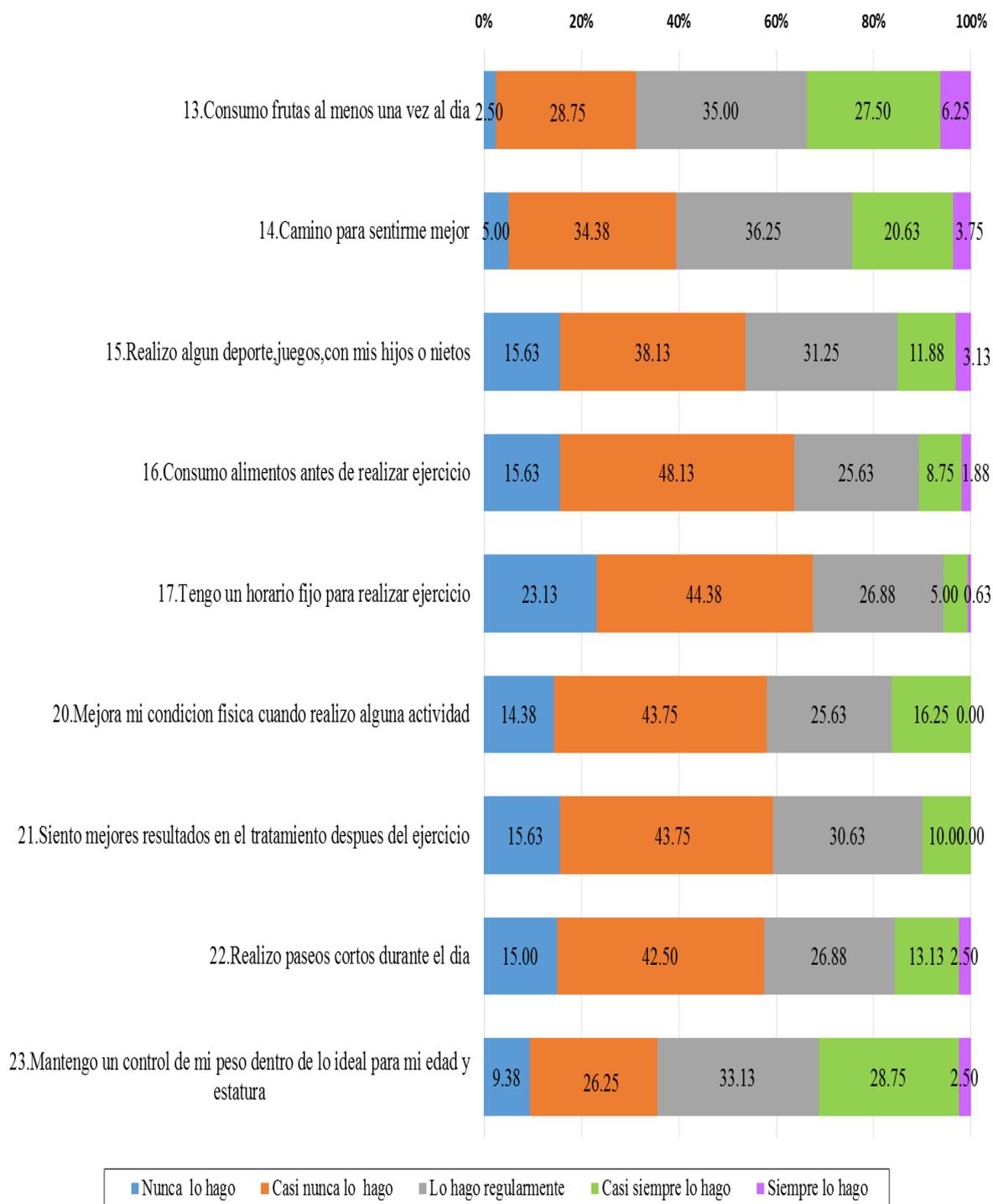
En la tabla y figura 35, se presentan los resultados obtenidos según el factor, organización y apoyo comunal, a través de la escala de adherencia al tratamiento EATDM-III, aplicada a los pacientes diabéticos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2017; encontrándose que más de la mitad de los evaluados presentan un nivel “bajo” esto quiere decir que un 55.00% de los pacientes nunca o casi nunca participan en actividades organizadas por su comunidad, seguidamente más de la tercera parte de los pacientes presentan un nivel “medio” esto quiere decir que un 43.75% de los pacientes en ciertas circunstancias y regularmente suelen involucrarse en actividades comunales, finalmente solo un 8.75% de los pacientes presenta un nivel “alto” esto quiere decir que siempre o casi siempre reciben apoyo de su organización comunal.

**Tabla 36**

*Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según los ítems del factor ejercicio físico en pacientes diabéticos*

FACTOR EJERCICIO FISICO	Nunca lo hago		Casi nunca lo hago		Lo hago regularmente		Casi siempre lo hago		Siempre lo hago		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
13.Consumo frutas al menos una vez al dia	4	2.50	46	28.75	56	35.00	44	27.50	10	6.25	160	100.00
14.Camino para sentirme mejor	8	5.00	55	34.38	58	36.25	33	20.63	6	3.75	160	100.00
15.Realizo algun deporte,juegos,con mis hijos o nietos	25	15.63	61	38.13	50	31.25	19	11.88	5	3.13	160	100.00
16.Consumo alimentos antes de realizar ejercicio	25	15.63	77	48.13	41	25.63	14	8.75	3	1.88	160	100.00
17.Tengo un horario fijo para realizar ejercicio	37	23.13	71	44.38	43	26.88	8	5.00	1	0.63	160	100.00
20.Mejora mi condicion fisica cuando realizo alguna actividad	23	14.38	70	43.75	41	25.63	26	16.25	0	0.00	160	100.00
21.Siento mejores resultados en el tratamiento despues del ejercicio	25	15.63	70	43.75	49	30.63	16	10.00	0	0.00	160	100.00
22.Realizo paseos cortos durante el dia	24	15.00	68	42.50	43	26.88	21	13.13	4	2.50	160	100.00
23.Mantengo un control de mi peso dentro de lo ideal para mi edad y estatura	15	9.38	42	26.25	53	33.13	46	28.75	4	2.50	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 36: Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según los ítems del factor ejercicio físico en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*

**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 34, se presenta los resultados obtenidos según el factor, ejercicio físico, a través de la escala de adherencia al tratamiento EATDM- III, aplicada a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, entre los ítems más críticos que no se presentan, se encuentran “tengo un horario fijo para realizar ejercicio” con un 23.13% debiéndose a la dificultad de cambiar o involucrar ciertos hábitos en relación a la actividad física, posteriormente un 15.63% en igual porcentaje con los ítems “realizo algún juego con mis hijos o nietos”, “consumo alimentos antes de realizar ejercicio” y “siento mejores resultados en el tratamiento después del ejercicio” y finalmente “realizo paseos cortos durante el día” con el 15.00%.

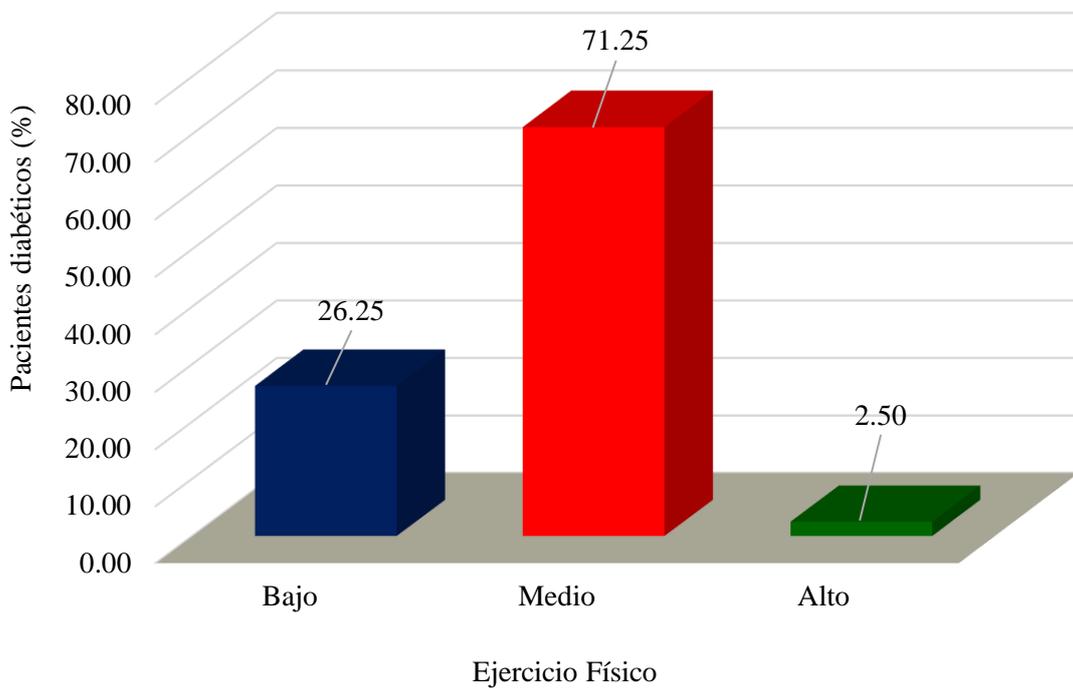
Los porcentajes en mención a todos los ítems tienen cierta similitud en función a la escala casi nunca lo hago, por lo cual se tomó como referencia los porcentajes más representativos del factor.

**Tabla 37**

*Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según el nivel del factor ejercicio físico en pacientes diabéticos*

EJERCICIO FISICO	Pacientes diabéticos	
	n	%
Bajo	42	26.25
Medio	114	71.25
Alto	4	2.50
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 37: Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según el factor ejercicio físico en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*

**INTERPRETACIÓN:**

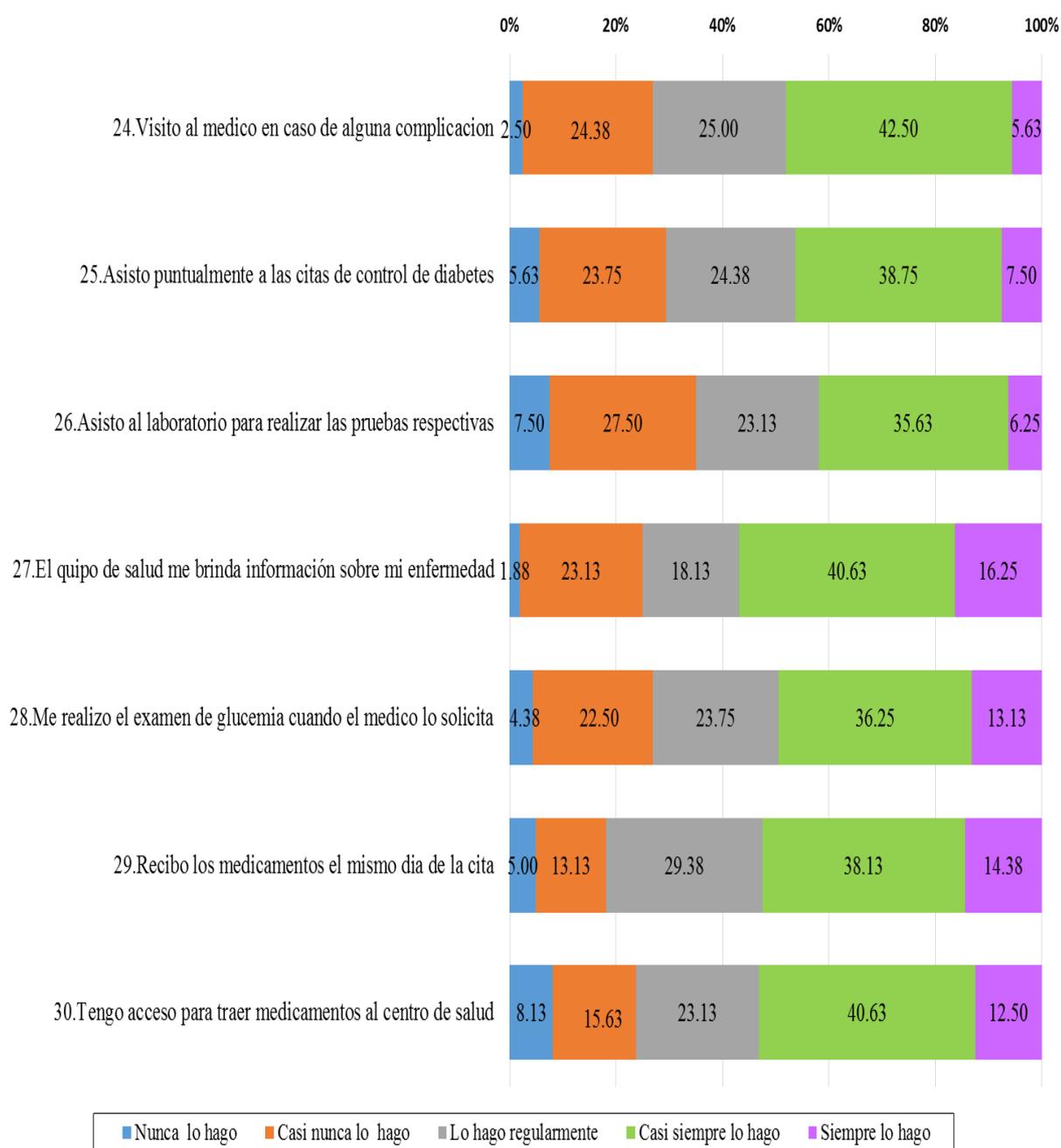
En la tabla y figura 37, se presentan los resultados obtenidos según el factor, ejercicio físico, a través de la escala de adherencia al tratamiento EATDM-III, aplicada a los pacientes diabéticos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2017; encontrándose que más de la mitad de los evaluados presentan un nivel “medio” esto quiere decir que un 71.25% de los pacientes regularmente realizan ejercicios físicos, seguidamente más de la cuarta parte de los pacientes presentan un nivel “bajo” con un 26.25% los cuales nunca o casi nunca realizan ejercicio y finalmente solo un 2.50% presenta un nivel “alto” lo cual quiere decir que siempre o casi siempre mantienen un nivel de actividad física.

**Tabla 38**

**Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según los ítems del factor control médico en pacientes diabéticos**

FACTOR CONTROL MEDICO	Nunca lo hago		Casi nunca lo hago		Lo hago regularmente		Casi siempre lo hago		Siempre lo hago		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
24. Visito al médico en caso de alguna complicación	4	2.50	39	24.38	40	25.00	68	42.50	9	5.63	160	100.00
25. Asisto puntualmente a las citas de control de diabetes	9	5.63	38	23.75	39	24.38	62	38.75	12	7.50	160	100.00
26. Asisto al laboratorio para realizar las pruebas respectivas	12	7.50	44	27.50	37	23.13	57	35.63	10	6.25	160	100.00
27. El equipo de salud me brinda información sobre mi enfermedad	3	1.88	37	23.13	29	18.13	65	40.63	26	16.25	160	100.00
28. Me realizo el examen de glucemia cuando el médico lo solicita	7	4.38	36	22.50	38	23.75	58	36.25	21	13.13	160	100.00
29. Recibo los medicamentos el mismo día de la cita	8	5.00	21	13.13	47	29.38	61	38.13	23	14.38	160	100.00
30. Tengo acceso para traer medicamentos al centro de salud	13	8.13	25	15.63	37	23.13	65	40.63	20	12.50	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos*



*Figura 38: Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según los ítems del factor control médico en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*

## **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 38, se presenta los resultados obtenidos según el factor, control médico, a través de la escala de adherencia al tratamiento EATDM- III, aplicada a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, entre los ítems más críticos que no se presentan, se encuentran “tengo acceso para traer medicamentos al centro de salud” con un 8.13%, posteriormente el ítem “asisto puntualmente a las citas de control de diabetes” con un 7.50%, y “asisto puntualmente a las citas de control de diabetes” con un 5.63%, luego “recibo los medicamentos el mismo día de la cita” con un 5.00% y finalmente “me realizo la glucemia cuando el medico lo solicita” con un 4.38%.

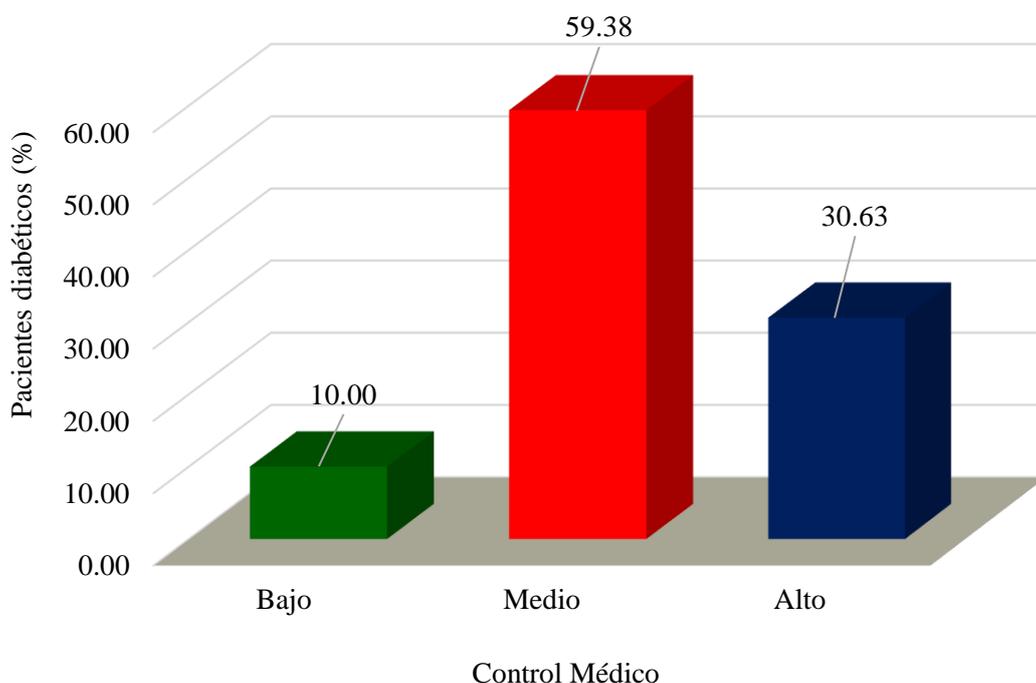
Los porcentajes en mención a todos los ítems tienen cierta similitud en función a la escala casi nunca lo hago, por lo cual se tomó como referencia los porcentajes más representativos del factor.

***Tabla 39***

***Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según el nivel del factor control médico en pacientes diabéticos***

CONTROL MÉDICO	Pacientes diabéticos	
	n	%
Bajo	16	10.00
Medio	95	59.38
Alto	49	30.63
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 39: Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según el nivel del factor control médico en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*

### **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 39, se presentan los resultados obtenidos según el factor, control médico, a través de la escala de adherencia al tratamiento EATDM-III, aplicada a los pacientes diabéticos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2017; encontrándose que más de la mitad de los evaluados presentan un nivel

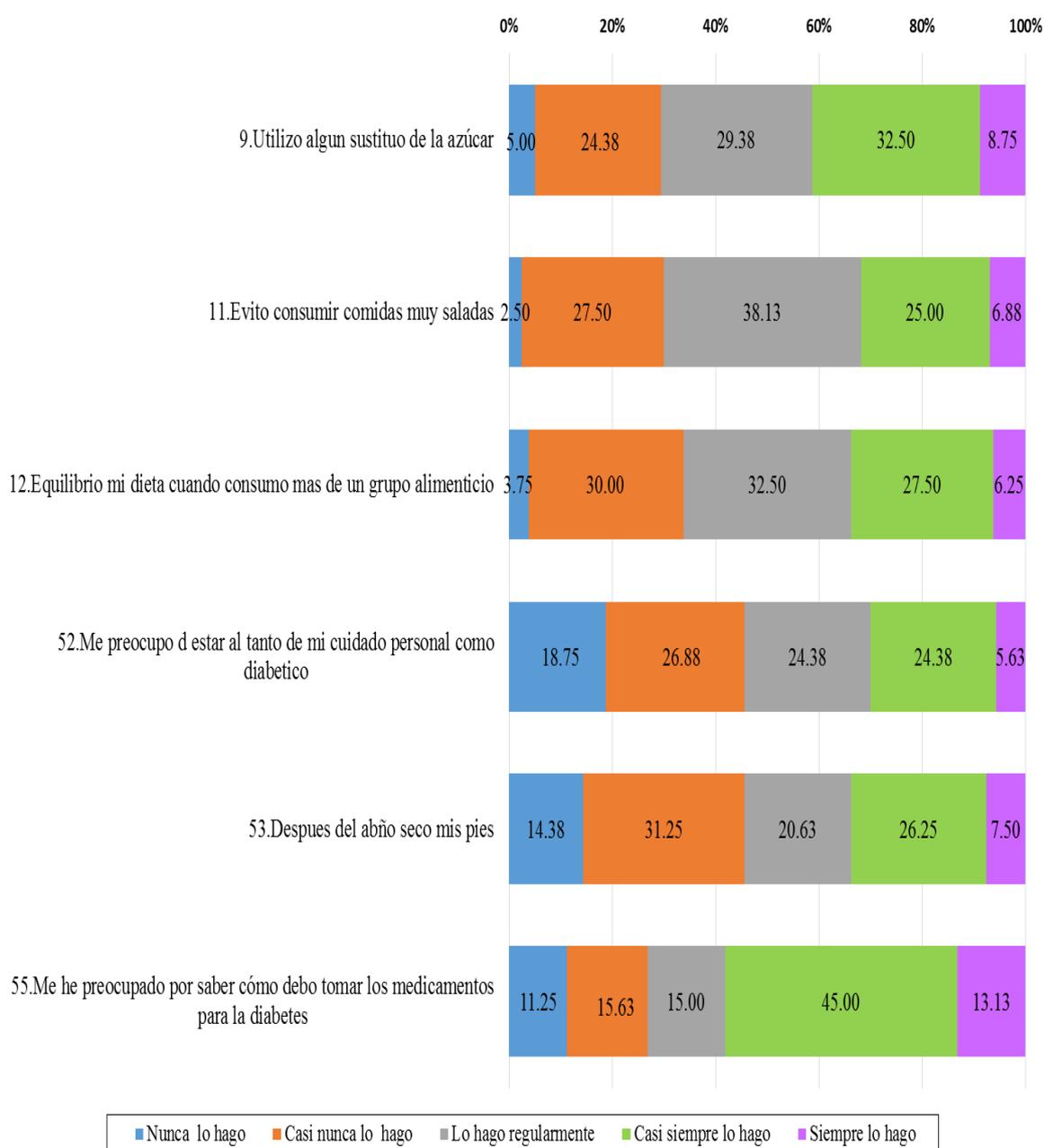
“medio” esto quiere decir que un 59.38% de los pacientes regularmente muestran conductas relacionadas con la prevención y el control médico respecto a su enfermedad, seguidamente la décima parte de los pacientes nunca o casi nunca muestran conductas relacionadas con la prevención de su enfermedad con un 10.00% y finalmente el 30.63% de los pacientes presenta un nivel “alto” queriendo decir que los pacientes siempre o casi siempre presentan conductas relacionadas a la prevención y control médico relacionado a la adherencia de su enfermedad.

**Tabla 40**

*Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según los ítems del factor higiene y autocuidado en pacientes diabéticos*

FACTOR HIGIENE Y AUTOCUIDADO	Nunca lo hago		Casi nunca lo hago		Lo hago regularmente		Casi siempre lo hago		Siempre lo hago		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
9.Utilizo algun sustituo de la azúcar	8	5.00	39	24.38	47	29.38	52	32.50	14	8.75	160	100.00
11.Evito consumir comidas muy saladas	4	2.50	44	27.50	61	38.13	40	25.00	11	6.88	160	100.00
12.Equilibrio mi dieta cuando consumo mas de un grupo alimenticio	6	3.75	48	30.00	52	32.50	44	27.50	10	6.25	160	100.00
52.Me preocupo d estar al tanto de mi cuidado personal como diabetico	30	18.75	43	26.88	39	24.38	39	24.38	9	5.63	160	100.00
53.Despues del abño seco mis pies	23	14.38	50	31.25	33	20.63	42	26.25	12	7.50	160	100.00
55.Me he preocupado por saber cómo debo tomar los medicamentos para la diabetes	18	11.25	25	15.63	24	15.00	72	45.00	21	13.13	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabético*



*Figura 40: Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según los ítems del factor higiene y autocuidado en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*

**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 40, se presenta los resultados obtenidos según el factor, higiene y autocuidado, a través de la escala de adherencia al tratamiento EATDM- III, aplicada a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, entre los ítems más críticos que no se presentan, se encuentran “me preocupo de estar al tanto de mi cuidado personal como diabético” con un 18.75% el resultado encontrado puede deberse al tiempo que demora involucrar nuevos hábitos que impliquen el autocuidado, en segundo lugar el ítem “después del baño seco mis pies” con un 14.38%, así posteriormente “me he preocupado por saber cómo debo tomar los medicamentos para la diabetes” con un 11.25%, luego “utilizo algún sustituto de la azúcar” con un 5.00%, finalmente el ítems “consumo frutas a menos una vez al día” con un 3.75%.

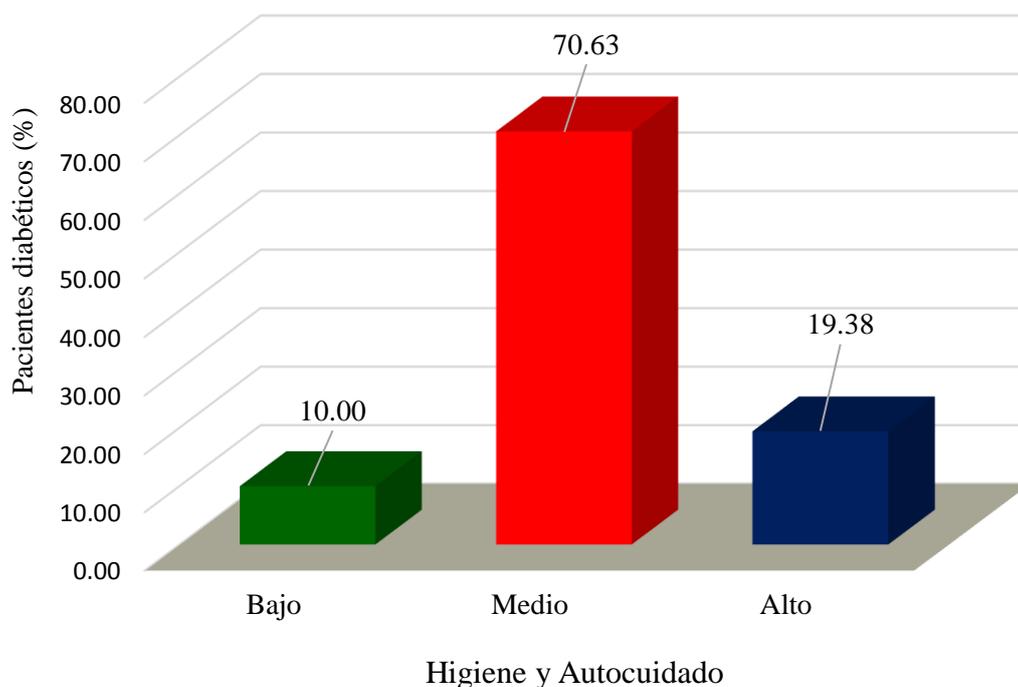
Los porcentajes en mención a todos los ítems tienen cierta similitud en función a la escala casi nunca lo hago, por lo cual se tomó como referencia los porcentajes más representativos del factor.

#### **Tabla 41**

***Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según el nivel del factor higiene y autocuidado en pacientes diabéticos***

HIGIENE Y AUTOCUIDADO	Pacientes diabéticos	
	n	%
Bajo	16	10.00
Medio	113	70.63
Alto	31	19.38
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 41: Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según el nivel del factor higiene y autocuidado en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*

### **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 41, se presentan los resultados obtenidos según el factor, higiene y autocuidado, a través de la escala de adherencia al tratamiento EATDM-III, aplicada a los pacientes diabéticos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2017; encontrándose que más de la mitad de los evaluados presentan un nivel

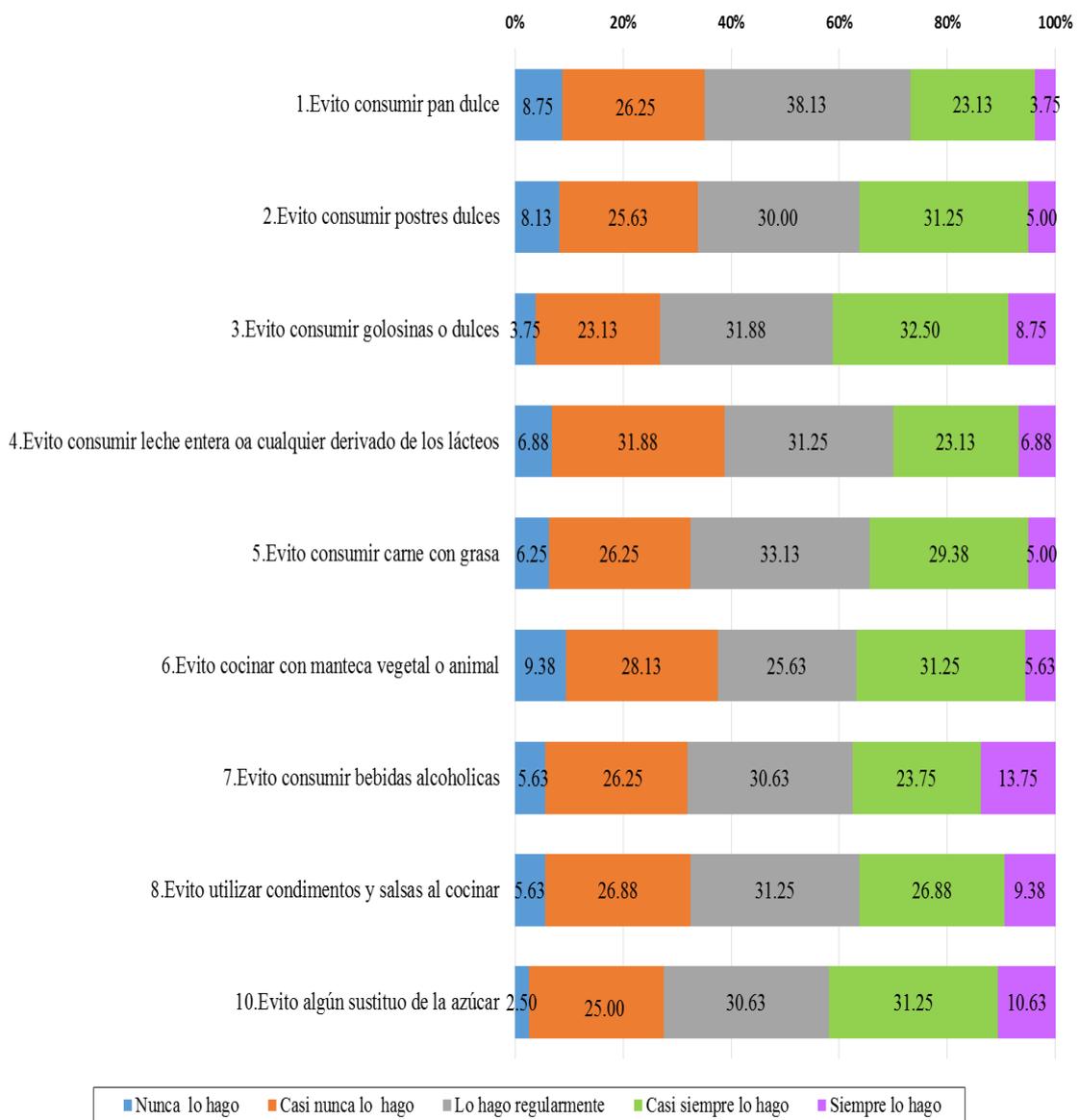
“medio” quiere decir que un 70.63% de los pacientes regularmente mantiene conductas de autocuidado personal, seguidamente la décima parte de los pacientes presentan un nivel “bajo” esto quiere decir que un 10.00% de los pacientes nunca o casi nunca realiza actividades que cuiden su salud personal y finalmente solo un 19.38% de los pacientes presenta un nivel “alto” los cuales siempre o casi siempre mantienen una dieta y conductas de autocuidado.

**Tabla 42**

***Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según los ítems del factor dieta en pacientes diabéticos***

FACTOR DIETA	Nunca lo hago		Casi nunca lo hago		Lo hago regularmente		Casi siempre lo hago		Siempre lo hago		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
1.Evito consumir pan dulce	14	8.75	42	26.25	61	38.13	37	23.13	6	3.75	160	100.00
2.Evito consumir postres dulces	13	8.13	41	25.63	48	30.00	50	31.25	8	5.00	160	100.00
3.Evito consumir golosinas o dulces	6	3.75	37	23.13	51	31.88	52	32.50	14	8.75	160	100.00
4.Evito consumir leche entera o cualquier derivado de los lácteos	11	6.88	51	31.88	50	31.25	37	23.13	11	6.88	160	100.00
5.Evito consumir carne con grasa	10	6.25	42	26.25	53	33.13	47	29.38	8	5.00	160	100.00
6.Evito cocinar con manteca vegetal o animal	15	9.38	45	28.13	41	25.63	50	31.25	9	5.63	160	100.00
7.Evito consumir bebidas alcohólicas	9	5.63	42	26.25	49	30.63	38	23.75	22	13.75	160	100.00
8.Evito utilizar condimentos y salsas al cocinar	9	5.63	43	26.88	50	31.25	43	26.88	15	9.38	160	100.00
10.Evito algún sustituo de la azúcar	4	2.50	40	25.00	49	30.63	50	31.25	17	10.63	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos*



*Figura 42: Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según los ítems del factor dieta en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*

**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 42, se presenta los resultados obtenidos según el factor, dieta, a través de la escala de adherencia al tratamiento EATDM- III, aplicada a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, entre los ítems más críticos que no se presentan, se encuentran “evito cocinar con manteca vegetal o animal” tenemos que un 9.38% encontrándose el resultado presente por los cambios paulatinos que pasan los pacientes con diabetes en relación a sus hábitos alimenticios, posteriormente el ítem “evito consumir pan dulce” con un 8.75%, luego “evito consumir postres dulces” con un 8.13%, seguidamente el ítem “evito consumir leche entera o cualquier derivada de los lácteos” con un 6.88% y “evito consumir carne con grasa” con un 6.25%.

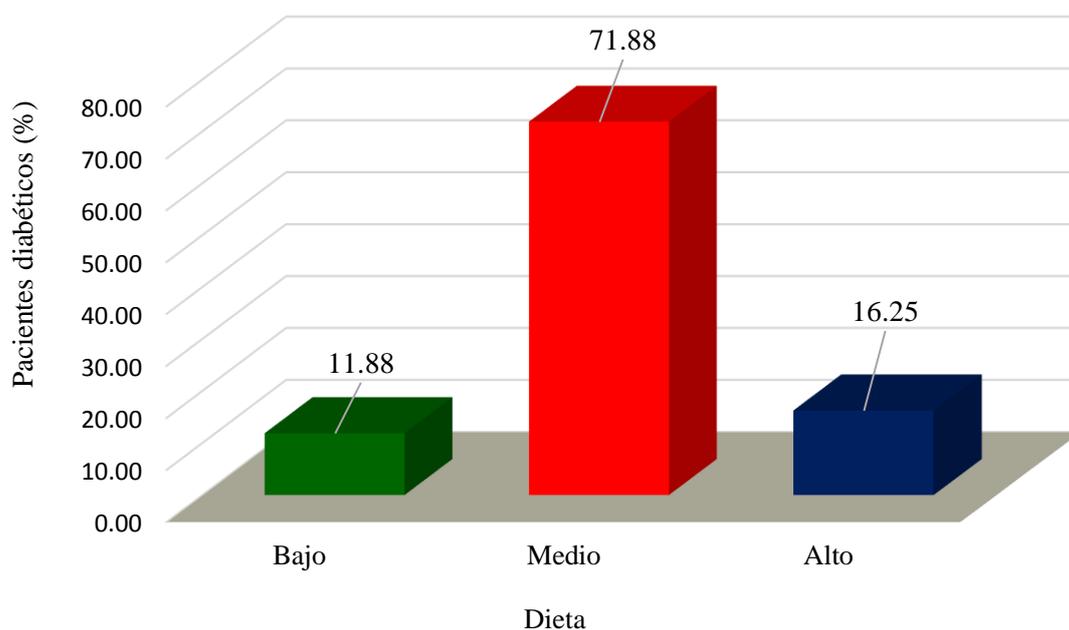
Los porcentajes en mención a todos los ítems tienen cierta similitud en función a la escala casi nunca lo hago, por lo cual se tomó como referencia los porcentajes más representativos del factor.

**Tabla 43**

*Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según el nivel del factor dieta en pacientes diabéticos*

NIVEL - DIETA	Pacientes diabéticos	
	n	%
Bajo	19	11.88
Medio	115	71.88
Alto	26	16.25
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 43: Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según el nivel del factor dieta en pacientes diabéticos*

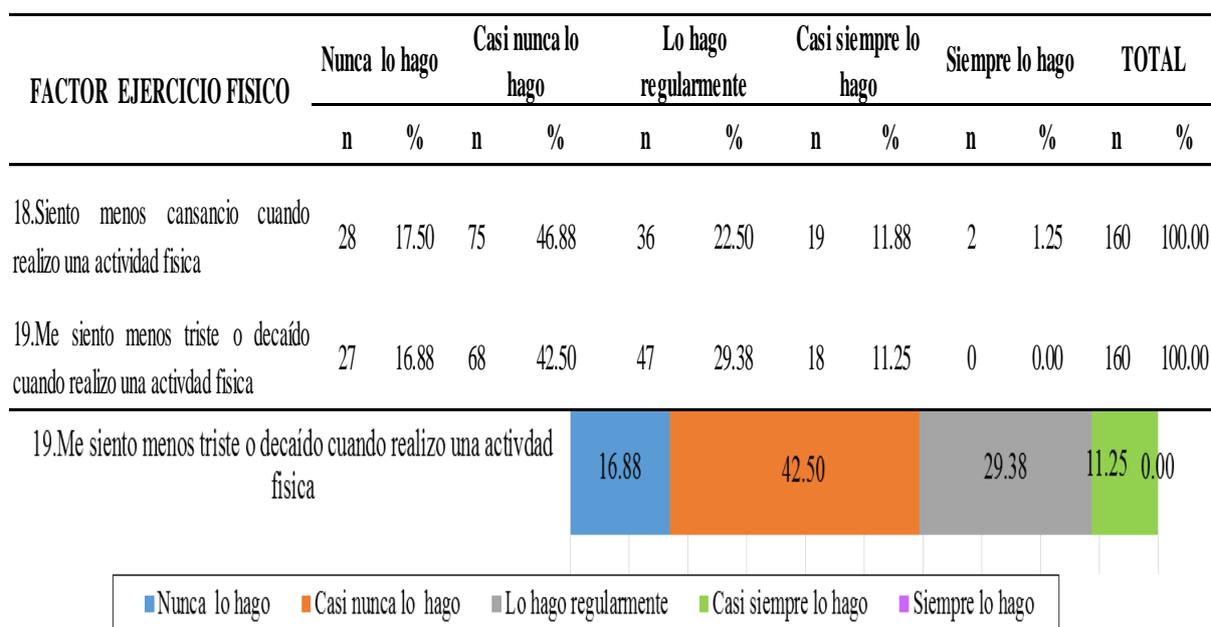
*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos*

**INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 43, se presentan los resultados obtenidos según el factor, dieta, a través de la escala de adherencia al tratamiento EATDM-III, aplicada a los pacientes diabéticos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2017; encontrándose que más de la mitad de los evaluados presentan un nivel “medio” quiere decir que un 71.88% de los pacientes suelen regularmente consumir alimentos adecuados a su dieta, seguidamente la novena parte de los pacientes presentan un nivel “bajo” lo cual un 11.88% de los pacientes nunca o casi nunca han consumido alimentos adecuados a su dieta y finalmente solo un 16.25% de los pacientes presenta un nivel “alto” encontrando que siempre o casi siempre consumen alimentos adecuados a su dieta.

***Tabla 44***

**Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según los ítems del factor valoración de la condición física en pacientes diabéticos**



*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*

**Figura 44: Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según los ítems del factor valoración de la condición física en pacientes diabéticos**

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos*

**INTERPRETACIÓN:**

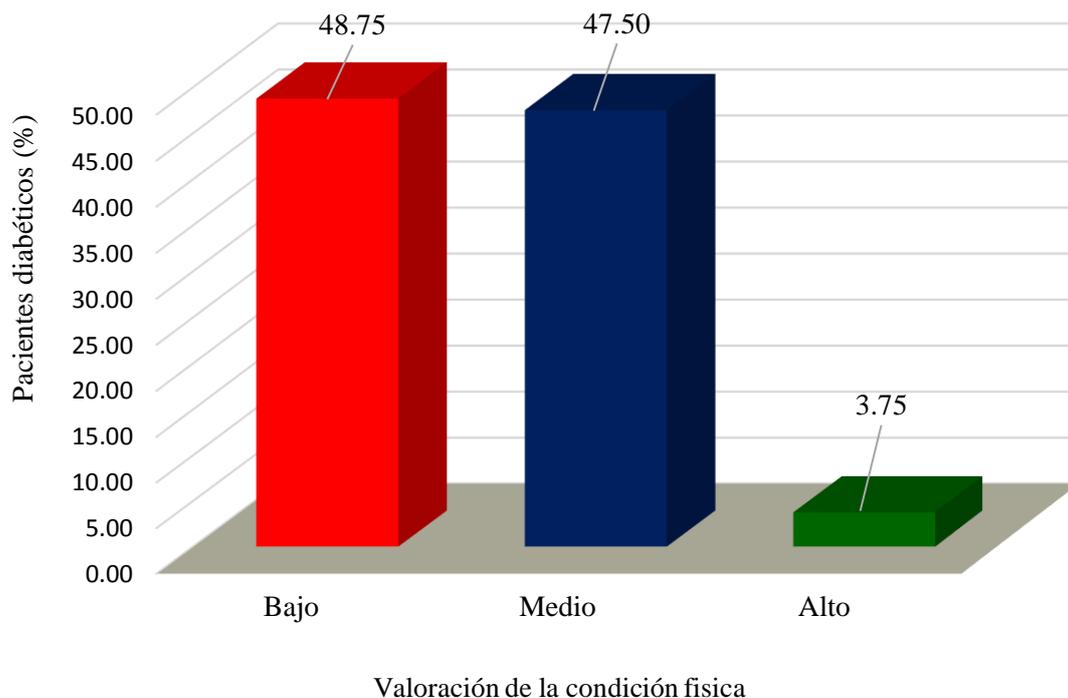
En la tabla y figura 44, se presenta los resultados obtenidos según el factor, condición física, a través de la escala de adherencia al tratamiento EATDM- III, aplicada a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, entre los ítems más críticos que no se presentan, se encuentran “Sufro de menos cansancio cuando realizo alguna actividad física” con un 17.50%, seguidamente tenemos el ítem “Me siento menos triste o decaído cuando realizo una actividad física” con un 16.88%.

**Tabla 45**

*Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según el nivel del factor valoración de la condición física en pacientes diabéticos*

VALORACION DE LA CONDICION FÍSICA	Pacientes diabéticos	
	n	%
Bajo	78	48.75
Medio	76	47.50
Alto	6	3.75
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 45: Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según el nivel del factor valoración de la condición física en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos*

## **INTERPRETACIÓN:**

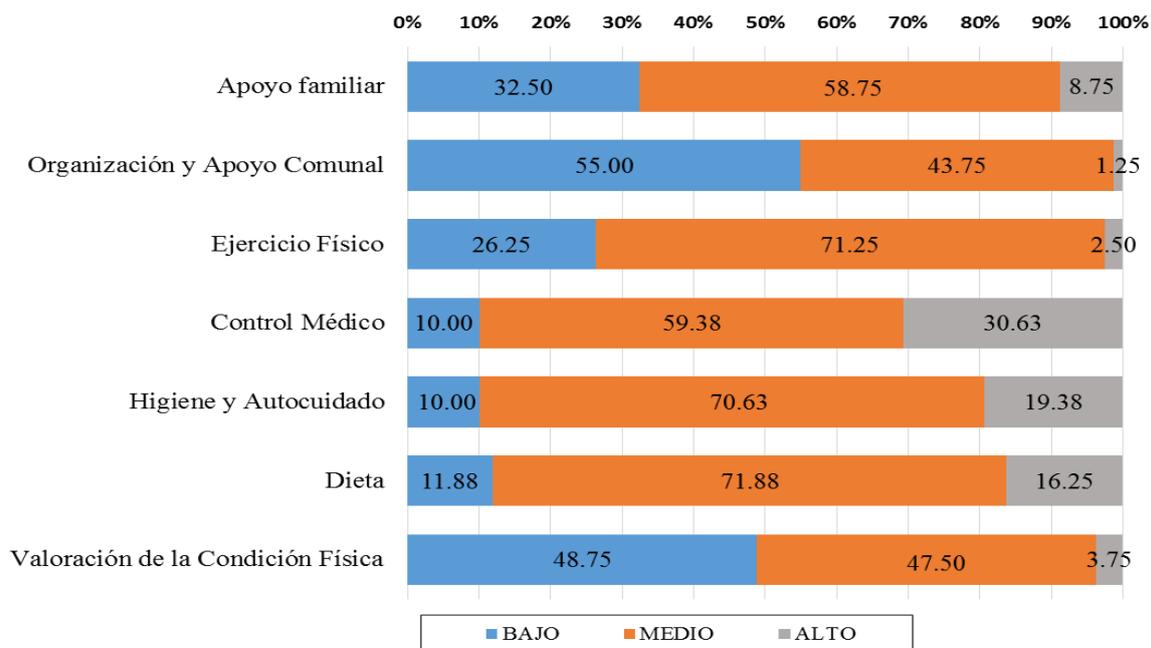
En la tabla y figura 45, se presentan los resultados obtenidos según el factor, condición física, a través de la escala de adherencia al tratamiento EATDM-III, aplicada a los pacientes diabéticos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2017; encontrándose que más de la mitad de los evaluados presentan un nivel “bajo” con un 48.75% los cuales nunca o casi nunca sienten que el ejercicio físico mejora su salud, seguidamente más de la tercera parte de los pacientes presentan un nivel “medio” con un 47.50% los cuales en ocasiones piensan y creen que el ejercicio físico mejorara su salud, y finalmente solo un 3.75% de los pacientes presenta un nivel “alto” encontrando que siempre o casi siempre tendrán presente que el ejercicio físico mejorara su salud.

**Tabla 46**

*Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según los factores de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos*

FACTORES - ADHERENCIA AL TRATAMIENTO	BAJO		MEDIO		ALTO		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Apoyo familiar	52	32.50	94	58.75	14	8.75	160	100.00
Organización y Apoyo Comunal	88	55.00	70	43.75	2	1.25	160	101.00
Ejercicio Físico	42	26.25	114	71.25	4	2.50	160	100.00
Control Médico	16	10.00	95	59.38	49	30.63	160	100.00
Higiene y Autocuidado	16	10.00	113	70.63	31	19.38	160	100.00
Dieta	19	11.88	115	71.88	26	16.25	160	100.00
Valoración de la Condición Física	78	48.75	76	47.50	6	3.75	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 46: Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según los factores de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos*

### **INTERPRETACIÓN:**

En la tabla y figura 46, se presenta los resultados obtenidos según las dimensiones encontradas en la escala de adherencia al tratamiento EATDM- III, aplicada a los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, obteniendo que la mayoría de los pacientes presenta nivel “medio”, sobre todo en los factores de Dieta con un 71.88%, Ejercicio físico 71.25%, Higiene autocuidado 70.63%, Control médico 59,38%, los porcentajes mencionados son las variables con puntuaciones más altas por cada categoría.

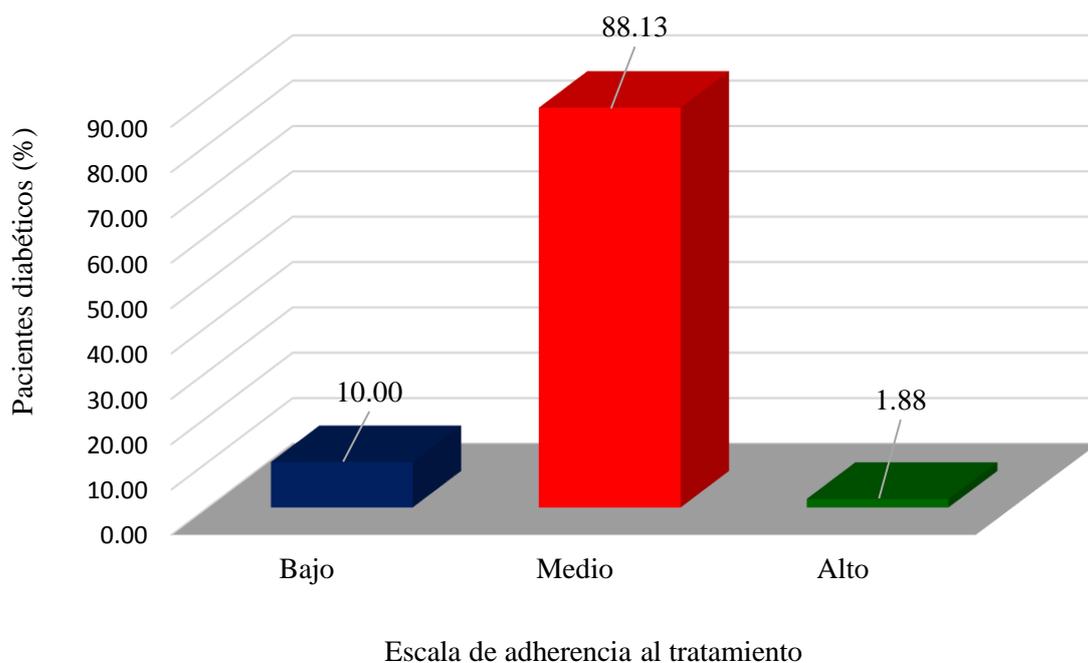
En el nivel “bajo”, se encuentran los factores que presentan dificultades para mantener una adherencia al tratamiento, seguir indicaciones e implementar nuevos hábitos de vida, se encuentra presente los factores Organización y apoyo comunal con un 55.00%, Valoración de la condición física con un 48.75% y Apoyo familiar con un 32.50%.

**Tabla 47**

*Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según en nivel de la escala de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos*

<b>NIVEL DE ESCALA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO</b>	<b>Pacientes diabéticos</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>
Bajo	16	10.00
Medio	141	88.13
Alto	3	1.88
Total	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 47: Adherencia al tratamiento (EATDM – III), según en nivel de la escala de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos*

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos*

## **INTERPRETACIÓN**

En la tabla y figura 47, se presentan los resultados obtenidos según los niveles de la escala de adherencia al tratamiento EATDM-III, aplicada a los pacientes diabéticos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2017, encontrando que más de la mitad presenta un nivel “medio” con un 88.13% los cuales suelen seguir las instrucciones médicas en relación con la toma de medicación o seguimiento de una dieta, posteriormente se encuentra el nivel “bajo” con un 10.00%, y finalmente en una minoría solo 1.88% del total de los pacientes presenta una escala alto.

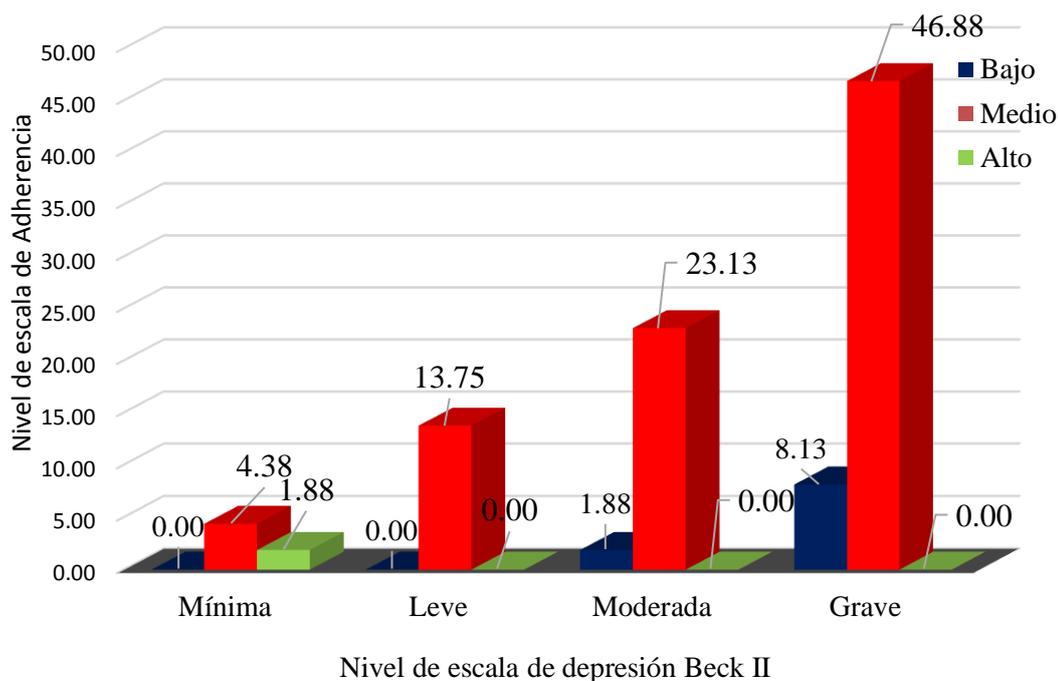
Se puede concluir que la mayoría de los pacientes cumple de manera moderada la adherencia al tratamiento causando en el paciente problemas de salud.

**Tabla 48**

*Nivel de depresión y el nivel de la escala de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos*

Nivel de escala de depresión Beck II	Nivel de escala de Adherencia						Total	
	Bajo		Medio		Alto		n	%
	n	%	n	%	n	%		
Mínima	0	0.00	7	4.38	3	1.88	10	6.25
Leve	0	0.00	22	13.75	0	0.00	22	13.75
Moderada	3	1.88	37	23.13	0	0.00	40	25.00
Grave	13	8.13	75	46.88	0	0.00	88	55.00
Total	16	10.00	141	88.13	3	1.88	160	100.00

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*



*Figura 48: Nivel de depresión y el nivel de la escala de adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos*  
*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos*

## INTERPRETACIÓN

En la tabla y figura 48, se presentan los resultados obtenidos según los niveles encontrados en el test de depresión de Beck y los niveles de la escala de adherencia al tratamiento EATDM-III, aplicados a los pacientes diabéticos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2017; se encuentra un nivel grave en la variable depresión la cual se relaciona con la variable adherencia al tratamiento en nivel “medio” y “bajo”. Posteriormente en la categoría mínima de la variable depresión se relaciona con la variable adherencia al tratamiento en un “medio” y “alto”. Lo cual se puede concluir que mientras los pacientes tengan un nivel de depresión “grave” responderán de manera “medio” y “bajo” a la realización de la adherencia terapéutica, caso contrario si el paciente presenta un nivel de depresión “mínima” responderá al tratamiento en un nivel “medio” y “alto”.

**Tabla 49**

*Datos relevantes según los factores de depresión se relacionan la adherencia*

Correlaciones			Nivel Adherencia
Rho de Spearman	1. Tristeza	Coeficiente de correlación	-,177 <sup>*</sup>
		Sig. (bilateral)	.025
		N	160
	2. Pesimismo	Coeficiente de correlación	-,222 <sup>**</sup>
		Sig. (bilateral)	.005
		N	160
	3. Fracaso	Coeficiente de correlación	-.147
		Sig. (bilateral)	.063
		N	160
	4. Pérdida de placer	Coeficiente de correlación	-.103
Sig. (bilateral)		.193	
N		160	
5. Sentimiento de culpa	Coeficiente de correlación	-.119	
	Sig. (bilateral)	.133	
	N	160	
6. Sentimientos de castigo	Coeficiente de correlación	-,197 <sup>*</sup>	
	Sig. (bilateral)	.013	
	N	160	
7. Disconformidad con uno mismo	Coeficiente de correlación	-,195 <sup>*</sup>	
	Sig. (bilateral)	.014	
	N	160	
8. Autocrítica	Coeficiente de correlación	-,263 <sup>**</sup>	
	Sig. (bilateral)	.001	
	N	160	
9. Pensamientos o deseos suicidas	Coeficiente de correlación	-,175 <sup>*</sup>	
	Sig. (bilateral)	.027	
	N	160	
10. Llanto	Coeficiente de correlación	-,226 <sup>**</sup>	
	Sig. (bilateral)	.004	
	N	160	

*que con*

11.Agitación	Coeficiente de correlación	-,194 <sup>†</sup>
	Sig. (bilateral)	.014
	N	160
12.Pérdida de interés	Coeficiente de correlación	-.068
	Sig. (bilateral)	.391
	N	160
13.Indecisión	Coeficiente de correlación	-,212 <sup>**</sup>
	Sig. (bilateral)	.007
	N	160
14.Desvalorización	Coeficiente de correlación	-,172 <sup>†</sup>
	Sig. (bilateral)	.030
	N	160
15.Pérdida de energía	Coeficiente de correlación	-,161 <sup>†</sup>
	Sig. (bilateral)	.042
	N	160
16.Cambios en los hábitos de sueño	Coeficiente de correlación	-.098
	Sig. (bilateral)	.220
	N	160
17.Irritabilidad	Coeficiente de correlación	-,157 <sup>†</sup>
	Sig. (bilateral)	.048
	N	160
18.Cambios en el apetito	Coeficiente de correlación	-,251 <sup>**</sup>
	Sig. (bilateral)	.001
	N	160
19.Dificultad de concentración	Coeficiente de correlación	-,254 <sup>**</sup>
	Sig. (bilateral)	.001
	N	160
20.Cansancio o fatiga	Coeficiente de correlación	-,199 <sup>†</sup>
	Sig. (bilateral)	.012
	N	160
21.Pérdida de interés en el sexo	Coeficiente de correlación	-,297 <sup>**</sup>
	Sig. (bilateral)	.000
	N	160

*Fuente: Elaboración por autor, basado en los resultados de adherencia y depresión*

## **INTERPRETACIÓN**

En la tabla 49, se presentan los factores de la variable depresión que influyen en la adherencia al tratamiento, obtenidos través del test de depresión de Beck y la escala de adherencia al tratamiento EATDM-III, aplicados a los pacientes diabéticos en el hospital Hipólito Unanue de Tacna durante el año 2017, cabe resaltar que las variables de depresión que influyen directamente en el nivel de adherencia son, el pesimismo 0.05, la autocrítica 0.01, llanto 0.04, cambios en el apetito 0.01, dificultad de concentración 0.01 y pérdida de interés en el sexo 0.00 los cuales la mayoría se encuentra según los rangos encontrados en una relación media. Lo cual se puede concluir que si se desea mejorar la adherencia terapéutica de los pacientes diabéticos del hospital Hipólito Unanue sería recomendable trabajar en base a planes de intervención relacionados con los factores descritos.

#### **4.1.4. Contrastación de hipótesis específicas**

##### **4.1.4.1. Contrastación de hipótesis específica 01**

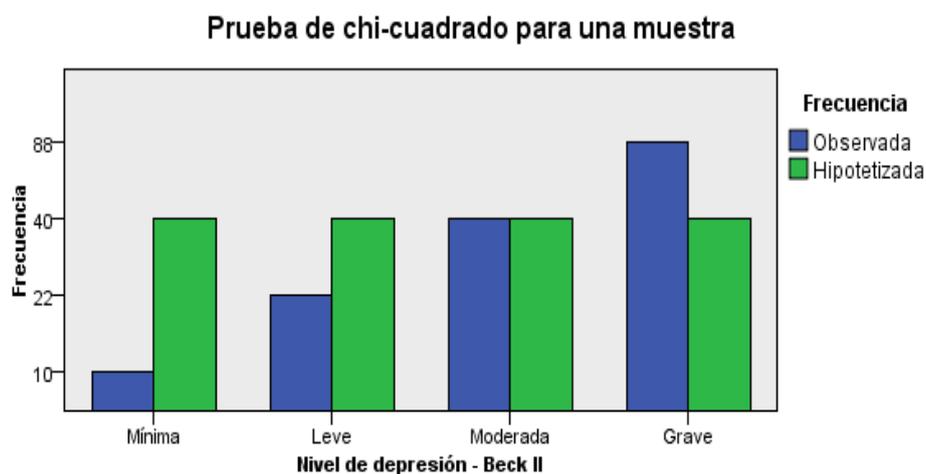
- Formulación de Hipótesis

**H<sub>0</sub>:** El nivel de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, no es una depresión grave.

**H<sub>1</sub>:** El nivel de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, es una depresión grave.

- Establecer un nivel de significancia: Nivel de Significancia (alfa)  $\alpha = 5\%$
- Estadístico de Prueba: Se determinó trabajar un estadístico de prueba no paramétrico “Chi cuadrada bondad de ajuste”.

**Prueba de hipótesis: Chi cuadrada bondad de ajuste**



*Figura 49: Nivel de depresión*

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos*

➤ Lectura del P valor

$H_0 : ( p \geq 0.05 ) \rightarrow$  No se rechaza la  $H_0$

$H_1 : ( p < 0.05 ) \rightarrow$  Rechazo la  $H_0$

$P = 5,335E-19; \alpha = 0.05 \rightarrow P < 0.05$  entonces se rechaza la  $H_0$

➤ Decisión

Los resultados de la figura 49, dan como resultado que el valor  $- p$  ( $5,335E-19$ ) que es menor que el nivel de significancia ( $0.05$ ), por lo cual se rechaza  $H_0$ , y se concluye con un nivel de confianza del 95% que el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, es una depresión grave.

#### 4.1.4.2. Contrastación de hipótesis específica 02

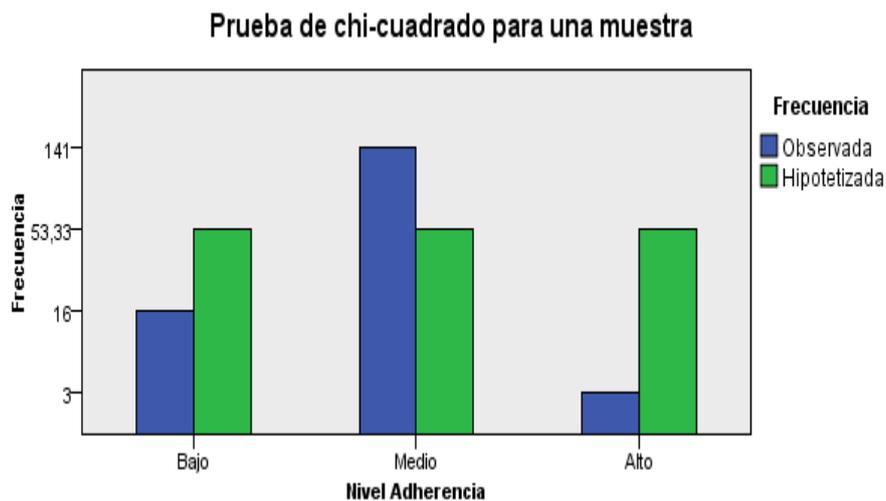
- Formulación de Hipótesis

**H<sub>0</sub>:** El nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, no es medio.

**H<sub>1</sub>:** El nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, es medio.

- Establecer un nivel de significancia: Nivel de Significancia (alfa)  $\alpha = 5\%$
- Estadístico de Prueba: Se determinó trabajar un estadístico de prueba no paramétrico “Chi cuadrada bondad de ajuste”.

#### Prueba de hipótesis: Chi cuadrada bondad de ajuste



*Figura 50: Nivel de adherencia*

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos*

➤ Lectura del P valor

$H_0 : ( p \geq 0.05 ) \rightarrow$  No se rechaza la  $H_0$

$H_1 : ( p < 0.05 ) \rightarrow$  Rechazo la  $H_0$

$P = 5,2348 \text{ E-}48; \alpha = 0.05 \rightarrow P < 0.05$  entonces se rechaza la  $H_0$

➤ Decisión

Los resultados de la Tabla 50, dan como resultado que el valor – p (5,2348 E-48) que es menor que el nivel de significancia (0.05), por lo cual se rechaza  $H_0$ , y se concluye con un nivel de confianza del 95% que el nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2017, es medio.

#### 4.1.4.3. Contrastación de hipótesis específica 03

- Formulación de Hipótesis

**H<sub>0</sub>:** El grado de relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, no es medio.

**H<sub>1</sub>:** El grado de relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, es medio.

- Establecer un nivel de significancia: Nivel de Significancia (alfa)  $\alpha = 5\%$
- Estadístico de Prueba: Se determinó trabajar un estadístico de prueba no paramétrico “Correlación Rho de Spearman”.

**Tabla 50**

<b>Prueba de hipótesis: Rho de Spearman</b>			Depresió	Adherenci
			n	a
Rho de Spearman	Depresión	Coeficiente de correlación	1,000	-,227**
n		Sig. (bilateral)	.	,004
	N		160	160

Adherencia	Coefficiente de correlación	-,227**	1,000
	Sig. (bilateral)	,004	.
	N	160	160

Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.

➤ Lectura del P valor

Ho : (  $p \geq 0.05$  ) → No se rechaza la Ho

H1 : (  $p < 0.05$  ) → Rechazo la Ho

$P = 0.004$ ;  $\alpha = 0.05$  →  $P < 0.05$  entonces se rechaza la Ho

➤ Decisión

Los resultados de la Tabla 52, dan como resultado que el valor – p (0.004) que es menor que el nivel de significancia (0.05), por lo cual se rechaza Ho, y se concluye con un nivel de confianza del 95% el grado de relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna, año, 2017, es negativa débil.

**Tabla 51**

**Grado de fuerza de relación según el coeficiente de correlación Rho de Spearman**

Rango	Relación
-0.91 a - 1.00	Correlación negativa perfecta
-0.76 a - 0.90	Correlación negativa muy fuerte.
-0.51 a - 0.75	Correlación negativa considerable
-0.26 a - 0.50	Correlación negativa medio
-0.11 a - 0.25	Correlación negativa débil.
-0.01 a - 0.10	Correlación negativa muy débil.
0.0	No existe correlación alguna entre las variables
+0.01 a + 0.10	Correlación positiva muy débil.
+0.24 a + 0.25	Correlación positiva débil.
+0.26 a + 0.50	Correlación positiva media.

+0.51 a + 0.75	Correlación positiva considerable
+0.76 a + 0.90	Correlación positiva muy fuerte.
+ 0.91 a + 1.00	Correlación positiva perfecta

Fuente: Modificado por Mónica A. Mondragón Barrera según Artículo, tomado del libro de Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2014, p. 305).

#### 4.1.4.4. Contrastación de hipótesis general

➤ Formulación de Hipótesis

**H<sub>0</sub>:** No existe relación entre la depresión y la adhesión al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017.

**H<sub>1</sub>:** Existe relación entre la depresión y la adhesión al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017.

- Establecer un nivel de significancia: Nivel de Significancia (alfa)  $\alpha = 5\%$
- Estadístico de Prueba: Se determinó trabajar un estadístico de prueba no paramétrico “Chi cuadrada bondad de independencia”.

**Tabla 52**

**Prueba de hipótesis: Chi cuadrada de independencia**

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	51,350 <sup>a</sup>	6	,000
Razón de verosimilitud	25,963	6	,000
Asociación lineal por lineal	15,091	1	,000

---

N de casos válidos	160
--------------------	-----

---

*Fuente: Elaboración por autor, basado en test dirigido a pacientes diabéticos.*

➤ Lectura del P valor

$H_0 : ( p \geq 0.05 ) \rightarrow$  No se rechaza la  $H_0$

$H_1 : ( p < 0.05 ) \rightarrow$  Rechazo la  $H_0$

$P = 2,5192 \text{ E-}9; \alpha = 0.05 \rightarrow P < 0.05$  entonces se rechaza la  $H_0$

➤ Decisión

Los resultados de la Tabla 51, dan como resultado que el valor – p (2,5192E-9) que es menor que el nivel de significancia (0.05), por lo cual se rechaza  $H_0$ , y se concluye con un nivel de confianza del 95% que si existe relación entre la depresión y la adhesión al en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna, año 2017.

## 4.2. Discusión

El presente trabajo estudió la relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes diabéticos en el hospital Hipólito Unanue, Tacna 2017; a continuación, se discuten los resultados en orden de las hipótesis específicas y finalmente la hipótesis general.

Respecto a la primera hipótesis se propuso que *el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017 es grave*, inicialmente las personas diagnosticadas con diabetes pasan por un proceso de ajuste que puede generar reacciones y sentimientos tales como enojo, depresión, ansiedad, frustración y pérdida de valor por la vida, estas reacciones y sentimientos pueden llevar a las personas a asumir una actitud de descuido, lo que genera una diabetes descontrolada y complicación en su salud (Heredia & Pinto, 2008). Tras la aplicación de los test psicológicos se obtiene como resultado, un *nivel de depresión grave*, según la prueba no paramétrica Chi cuadrado bondad de ajuste, con un p valor igual a  $5.335E-19$  ( $p < 0.05$ ) concluyendo con un nivel de confianza del 95% que se confirma la hipótesis, entre los síntomas de mayor gravedad se encuentran la disconformidad con uno mismo con un 51.88%, Cambios en los hábitos de sueño 50.01%, Cansancio o fatiga 43.75%, Tristeza 44.38%, Pérdida de placer 43.13%, Sentimiento de Fracaso 41.88%, Cambios de apetito 41.25%, Desvaloración 40.63% y Llanto 39.38%, los resultados encontrados se pueden relacionar con los cambios que implica un nuevo régimen alimenticio, limitaciones físicas, sexuales y sociales así como el apoyo familiar y social que predisponen al diabético a deprimirse, causando alteraciones importantes en los niveles de glucosa en la sangre y una disfunción multiorgánica (Rodríguez, Alba, Estrada & Gonzales, 2005).

Siguiendo con la segunda hipótesis se plantea que *el nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, es medio*, se tiene en cuenta que el paciente diabético tendrá que cambiar ciertos hábitos y adquirir otros nuevos, la falta de adherencia al tratamiento puede traer consecuencias en su salud, como problemas en los riñones, falla

cardíaca y heridas de difícil tratamiento así mismo afecciones emocionales como la falta de autoestima, asertividad lo cual puede derivar en una depresión (Pantoja, Segura & Villalobos, 2013). El resultado obtenido tras la aplicación de los instrumentos, *es un nivel de adherencia medio*, según la prueba no paramétrica Chi cuadrado Bondad de ajuste, con un p valor igual a  $5.234E-48$  ( $p < 0.05$ ) se concluye la respuesta con un nivel de confianza del 95%. Se destaca los factores relacionados a la variable como, dieta con un 71.88%, Ejercicio físico 71.25%, Higiene y Autocuidado 70.63%, Control médico 59.38% y Apoyo familiar 58.75%. Las actitudes hacia la ejecución de la conducta adherente dependen de las creencias del individuo hacia el resultado del tratamiento así mismo la relación con el personal sanitario el apoyo familiar y social que permitan en el paciente establecer la confianza, continuidad, accesibilidad, expresar temores, dudas y dificultades con respecto al tratamiento (Pantoja, Segura & Villalobos, 2013).

La tercera hipótesis busca responder *el grado de relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipolito Unanue, en el año 2017*, la no adherencia al tratamiento, ya sea por el olvido, el mal entendimiento del régimen terapéutico o por la falta de confianza de la persona en poder cumplir lo que se indica, acompañado de reacciones emocionales como la depresión que le impiden llevar el control del tratamiento, es un problema sumamente relevante en enfermedades crónicas como la diabetes, ya que desencadena una serie de reacciones emocionales en el paciente como enojo, tristeza, acompañado de la incapacidad de disfrutar la vida (Vila, 2011). La investigación revela que *el grado de relación entre la depresión y la adherencia es media*, según la prueba no paramétrica Rho de Spearman, con un p valor igual a 0.004 que es menor que el nivel de significancia  $p < 0.05$  se concluye con un nivel de confianza del 95%, la respuesta encontrada hace referencia al grado de fuerza según el coeficiente de correlación encontrado en el libro de Hernandez Sampieri metodología de la investigación modificado por Mónica Mondragon en el cual se obtiene que el coeficiente de correlación encontrado es de  $-0.227$  lo cual se ubica según el cuadro de grado de fuerza, en una nomenclatura negativa débil con tendencia a una relación media. Cabe resaltar que las variables de depresión que influyen directamente en el nivel de adherencia son, el pesimismo 0.05, la autocrítica 0.01, llanto 0.04, cambios en el apetito 0.01, dificultad

de concentración 0.01 y pérdida de interés en el sexo 0.00 los cuales la mayoría se encuentra según los rangos encontrados en una relación media.

En la hipótesis general se busca *responder si existe relación entre las variables depresión y adherencia al tratamiento en los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017*. Los sentimientos que se desencadenan de la depresión pueden llevar a las personas que padecen de diabetes mellitus a ignorar las dietas especiales o los planes de medicamentos necesarios para controlar su enfermedad, generando síntomas, físicos como dolores de cabeza, dolor muscular, influir en el riesgo cardiovascular, daño en los vasos sanguíneos y riñones que finalmente pueden llevar a la mortalidad (Castillo, Barrera, Pérez & Álvarez, 2010). El resultado obtenido tras la aplicación de los instrumentos es que *si existe relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento* según la prueba no paramétrica Chi cuadrado de independencia, con un p valor igual a 2,519E-9 menor al  $p < 0.05$  concluyendo con un nivel de confianza del 95%, es decir si el estado de depresión es grave ocasiona que el paciente no cumpla con su tratamiento. La falta de adherencia al tratamiento en pacientes con depresión, se ve relacionada con el tipo de tratamiento farmacológico prescrito, la satisfacción con el equipo de salud, las dificultades relacionadas al tratamiento, la educación sanitaria, el apoyo familiar y social ya que el paciente pasa por un estado emocional donde se siente desvalido e inseguro de sus capacidades y habilidades por presentar una enfermedad crónica la cual conllevara a muchos cambios que si no son apoyados por su entorno más cercano puede traer complicaciones en su salud física y emocional (Galvez & Rodriguez, 2015).

## CONCLUSIONES

- La investigación revela que el nivel de depresión en el paciente con diabetes mellitus del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017 es grave, según la prueba no paramétrica Chi cuadrado bondad de ajuste, con un p valor igual a  $5.335E-19$  ( $p < 0.05$ ), entre los ítems indicativos que se relacionan con la depresión se encuentran la disconformidad con uno mismo con un 51.88%, cambios en los hábitos de sueño 50.01%, cansancio o fatiga 43.75%, tristeza 44.38%, pérdida de placer 43.13%, fracaso 41.88%, cambios de apetito 41.25%, desvaloración 40.63% y llanto 39.38%.
- La investigación determina que el nivel de adherencia al tratamiento en los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, es medio según la prueba no paramétrica Chi cuadrado Bondad de ajuste, con un p valor igual a  $5.234E-48$  ( $p < 0.05$ ) se concluye la respuesta con un nivel de confianza del 95%. Se destaca los factores relacionados a la variable como, dieta con un 71.88%, Ejercicio físico 71.25%, Higiene y Autocuidado 70.63%, Control médico 59.38% y Apoyo familiar 58.75%.
- La investigación da a conocer el grado de relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, es medio ( $T_c = -.227$ ), según la prueba no paramétrica Rho de Spearman, con un p valor igual a 0.004 ( $p < 0.05$ ). Cabe resaltar que las variables de depresión que influyen directamente en el nivel de adherencia son, el pesimismo 0.05, la autocrítica 0.01, llanto 0.04, cambios en el apetito 0.01, dificultad de concentración 0.01 y pérdida de interés en el sexo 0.00 los cuales la mayoría se encuentra según los rangos encontrados en una relación media.

- La investigación revela que si existe relación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus del hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2017, según la prueba no paramétrica Chi cuadrado de independencia, con un p valor igual a  $2,519E-9$  ( $p < 0.05$ ), es decir si el estado de depresión es grave ocasiona que el paciente no cumpla con su tratamiento.

## **Recomendaciones**

Se sugiere que el departamento de psicología realice programas en el centro de hipertensión y diabetes los cuales estén enfocados en trabajar los pensamientos y creencias que presentan los pacientes, respecto a su auto concepto, motivación, siendo este punto importante ya que suele afectar su capacidad para cumplir los requerimientos médicos, así mismo procurar que pasen por el departamento de psicología mensualmente con el fin que puedan expresar sus sentimientos y aclarar ciertos pensamientos, que muchas veces se derivan o se relacionan con su enfermedad.

Se aconseja que el personal de enfermería del departamento de diabetes e hipertensión realice programas dirigidos a los pacientes, enfocados en reconocer e identificar factores predisponentes a la adherencia al tratamiento, así mismo fomentar grupos de apoyo, seguimiento y conferencias educativas.

Se sugiere que el personal médico del programa de hipertensión y diabetes realice programas enfocados en brindar información sobre la depresión y la adherencia al tratamiento, mencionando como se relacionan las variables, conceptos básicos, síntomas y consecuencias que se derivan de una mala adherencia al tratamiento. Así mismo la realización de talleres por parte del área de psicología los cuales brindaran capacitación a los profesionales de la salud que trabajan con los pacientes diabéticos, dando a conocer el papel que cumplen cada uno como agente de apoyo y reforzamiento en el cumplimiento de la adherencia y la prevención de la depresión.

Se propone al personal sanitario del hospital Hipólito Unanue realizar nuevos estudios acerca de la depresión y su relación con la adherencia al tratamiento con el fin de prevenir complicaciones médicas en la diabetes, así mismo dentro del área de hipertensión y diabetes, involucrar de manera activa a los familiares y/o personas más cercanas para que con su colaboración contribuyan al mejoramiento continuo del estado de ánimo, salud y adherencia al tratamiento farmacológico puesto que ellos ocupan un lugar muy importante de manera directa y positiva en la salud mental del paciente. Así mismo, fomentar la salud

mental a través de la prevención de la depresión mediante los programas especializados enfocados a los pacientes con diabetes mellitus, en el cual la psicóloga encargada del área de hipertensión y diabetes trabajara de manera interdisciplinaria con los profesionales de la salud médicos, enfermeras, etc, con el fin de abordar la enfermedad y mejorar la calidad de vida física, mental y social de los pacientes. A través de la aplicación de técnicas de modificación conductual ya que la conducta, pensamiento y emoción desempeña un papel primordial en la adherencia al tratamiento obteniendo como resultado un mejor control de la enfermedad.

## REFERENCIAS

- Alvis, E & Mondragon, C (2014) Adherencia a la terapia farmacológica y sus factores determinantes en pacientes con tuberculosis de un centro de salud de Santiago de Cali. *Revista colombiana científica quimica y farmacéutica*, 43(1)104-119
- Arias, (2001) Adherencia terapéutica. *Revista cubana de medicina general integral*, 17(5) 502-505.
- Beck, A., John, R. & Brian, S. (2011) *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Editorial Desclée de Brouwer.
- Beck, A., Steer, R., & Brown, G (2011) Inventario de depresión de Beck. España
- Castillo, J., Barrera, B., Pérez, O., & Álvarez, C., (2010) Depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurobiología. *Revista de Neurología*, 51, 347-59.
- Castro, G., Rodríguez, I., & Ramos, R. (2005) Intervención psicológica en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus. *Revista de facultad de ciencias de la comunicación*, 2, 147-150.
- Castro, G., Rodriguez, I., & Ramos, R (2005) Intervención Psicológica en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus. *Revista Duazary 2 (2) 148-149*.
- Constantino, A., Bocanegra, M., & Leon, Diaz, F (2014) Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital general de Chiclayo. *Revista médica herediana*, 1(25) 196-203.

- Clasificación Internacional de Enfermedades. (1992). *Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Técnicas Graficas.
- Davila,R., Garcia, N., & Saavedra, k (2013) *Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus tipo dos y variables asociadas en Iquitos*. Tesis de Licenciatura. Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Iquitos, Perú.
- Dila, Valladares, Lizan & Sacristan, (2008). Adherencia y persistencia terapéutica causas, consecuencias y estrategias de mejora, *Revista de atención primaria*, 41(6), 343-346.
- Dirección regional de Salud Tacna, s. f. Recuperado de <http://diresatacna.gob.pe/noticias/32>.
- Duque, T., Henao, M., & Cardona, M (2011) Factores de no adherencia al tratamiento en personas con diabetes mellitus tipo 2 en el domicilio. La visión del cuidador familiar, *Revista de investigación y educación en enfermería*, 29(2) 194-203.
- Escandón, N., Azocar., Pérez, C., Matus, V (2015) Adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2: su relación con calidad de vida y depresión. *Revista de psicoterapia*, 26(101) 125-138.
- Estremiana, J., Luque, A., & Gallo,I (2008) Causas sociales de la depresión. *Revista Internacional de Sociología* 68(2) 333-348.
- Ezquiaga, E., Garcia, A., Diaz, M., & Garcia, M (2011). Depresión impresión diagnóstica y terapéutica importantes consecuencias en la práctica clínica. *Revista de Asociación española de neuropsiquiatría*, 31(3), 459-463.

- Figueroa, C (2010) *Factores asociados con la no adherencia a la tratamiento en pacientes diabéticos en un programa de control de riesgo cardiovascular empresa promotora de salud*. Tesis de magister. Universidad industrial de Santander facultad de salud departamento de salud pública, Colombia, Bucaramanga.
- Garcia, H (2012) Depresión etiología y tratamiento. *Revista redalyc*, 2, 183-197.
- Garcia, E (2017) Actualización en diabetes tipo 1. *Revista Actualización Pediátrica*, 20 (2)1-3
- Gasteiz, V (2008) *Guía de práctica clínica sobre diabetes tipo 2*. Estudios Gráficos ZURE, S.A. España.
- Galvez, & Rodriguez, (2015). Factores que influyen en la falta de adherencia al tratamiento en pacientes con depresión. *Revista universidad de la laguna*, 1-14.
- Gonzales, C., & Oropeza, R (2016) Intervenciones conductuales para diabéticos. *Revista Redalyc* 39 (2) 99-105.
- Hernández, M (2010) *Tratamiento cognitivo conductual de la depresión, un análisis de caso*. Tesis de licenciatura. Universidad autónoma del estado de México.
- Hernandez, N., & Sanchez, J (2007) *Manual de psicoterapia cognitivo conductual para trastornos de la salud*. México. Libros en Red.
- Heredia, J., & Pinto, B. (2008) Depresión en diabéticos y enfoque sistémico. *Revista ayaju*, 1(1) 1-38.
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado, (2012). *Estudios de Investigación*. Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/estudios.html>.

Jimenes, M & Davila, M (2007) Psicodiabetes. *Revista avances en psicología latinoamericana*, 25 (1) 126-143.

Mosqueda, P (2015) Enfoque gestáltico de la depresión infantil. Recuperado de <https://gestaltnet.net/sites/default/files/Un%20enfoque%20gestaltico%20de%20la%20depression%20infantil.pdf>.

Organización Mundial de la salud (2003) El incumplimiento del tratamiento prescrito para las enfermedades crónicas es un problema mundial de gran envergadura. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/es/>.

Organización Mundial de la Salud. (2004) *Adherencia al tratamiento a largo plazo pruebas para la acción*. Recuperado de [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=18722&Itemid](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid).

Organización Mundial de la salud. (2017) *Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/es/>

Pantoja, C., Segura, D & Villalobos, C (2013) Adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes tipo 2. *Revista Costarr Salud Publica*, 1(22) 9-13.

Paredes, A (2003) *Depresión como causa de no adherencia al tratamiento farmacológico del paciente con diabetes tipo dos. Tesis de maestría. Universidad Autónoma de Queretaro, facultad de medicina, Santiago, Chile.*

Paredes, A (2013) *Frecuencia y factores de riesgo relacionados a la no adherencia terapéutica en pacientes con diabetes tipo 2 en el Hospital APLAO-MINSA en meses de octubre, noviembre y diciembre del año 2013*. Tesis de Licenciatura, Universidad Privada de Tacna, Perú.

- Rincon, M., Torres, C., & Corredor, K (2017) Adherencia terapéutica en personas con diabetes mellitus tipo 2. *Revista ciencia y cuidado*, 14 (1) 1-20.
- Rodriguez, C., Alba, J., Estrada, J., & Gonzales, M (2005) Diabetes Tipo 2 y Depresión en Guadalajara, México. *Revista de salud pública*, 10 (1) 137-149.
- Ruiz, A., Díaz, M., & Villalobos, A (2012) *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*. Madrid: Editorial Desclee
- Sernaque, E (2004), *Frecuencia de la depresión en usuarios del programa mellitus en el hospital Daniel Alcides Carrión*. Tesis de Licenciatura. Universidad Privada de Tacna, Perú
- Serra, J., Irizarry, C (2015) Factores protectores de la depresión en una muestra de adultos mayores en puerto rico: autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Revista Redalyc*, 18 (1) 125-134.
- Sequeira, A., & Fornaguera, J (2009) Neurobiología de la depresión. *Revista Mexicana de Neurociencia* 10(6) 462-478.
- Serrano, C., Zamora, K., Navarro, M., & Villareal, E (2012) Comorbilidad entre depresión y diabetes mellitus. *Revista Medicina Interna*, 28(4) 325-328.
- Silva, G., Galeno, E., & Correa, J (2005). Adherencia al tratamiento, implicaciones de la no adherencia. *Asociación Colombiana de Medicina interna*, 30(4), 269-271.
- Terechenko, N., Baute, A., & Zamonsky, J, (2015). Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo dos, *Revista de Biomedicina*, 10(1), 21-26.

- Terrazas, E., Lopez, A., Neira, M., & Barquero, M. (2014). Depresión imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. *Revista de la asociación española de neuropsiquiatría*, 31(3), 457-475.
- Toledano, C., Avila, L., Garcia, S., Gomez, H, (2008) Determinantes de adherencia terapéutica y control metabólico en pacientes ambulatorios con Diabetes mellitus tipo 2. *Revista mexicana de ciencias terapéuticas*, 39(4) 9-17.
- Vila, C (2011) *Ansiedad, depresión y situaciones generadoras de estrés en pacientes diabéticos tipo 2 con adherencia y sin adherencia al tratamiento*. Tesis de título profesional. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.
- Villalobos & Araya (2006) *Escala de adherencia al tratamiento en Diabetes Mellitus II versión III*. Costa Rica.

## **ANEXOS**

Anexo A: Escala de adherencia al tratamiento en pacientes mellitus versión III (EATDM-III)

Anexo B: Protocolo del inventario de depresión de Beck II (BDI-II)

Anexo C: Fut de información programa de diabetes trámite Hospital Hipólito Unanue

**Anexo A: Escala de adherencia al tratamiento en pacientes mellitus versión III (EATDM-III)**

**ESCALA DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN PACIENTES MELLITUS VERSION III (EATDM-III)**

El instrumento EATDM-III está orientado a medir una serie de factores que indicaran el nivel de adherencia del paciente con Diabetes Mellitus con el objetivo terapéutico de establecer estrategias preventivas en el seguimiento de los cuidados médicos correspondientes y entrenar en una serie de habilidades sociales y emocionales importantes para que se mantenga la adherencia en una serie de tiempo.

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_

Nivel de escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_ Año que recibió el diagnóstico: \_\_\_\_\_

Tipo de tratamiento recibido: \_\_\_\_\_

Se le presentara una serie de situaciones, las cuales están relacionadas con la diabetes mellitus. Por favor señale para cada situación la cantidad de ocasiones en que se presenta la misma. Las columnas enumeradas se deben leer de la siguiente forma.

- 0: Nunca lo hago
- 1: Casi nunca lo hago
- 2: Lo hago regularmente
- 3: Casi siempre lo hago
- 4: Siempre lo hago

Opciones				
0	1	<del>2</del>	3	4

**Solo debe marca una opción**

Situación		Opciones				
		0	1	2	3	4
1.	Evito consumir pan dulce					
2.	Evito consumir postres dulces					
3.	Evito consumir golosinas o dulces					
4.	Evito consumir leche entera o cualquier derivada de los lácteos					
5.	Evito consumir carne con grasa					
6.	Evito cocinar con manteca vegetal o animal					
7.	Evito consumir bebidas alcohólicas					
8.	Evito utilizar condimentos y salsas al cocinar					
9.	Utilizo algún sustituto de la azúcar					
10.	Evito consumir comidas muy saladas					
11.	Equilibrio mi dieta cuando consumo más de un grupo alimenticio					
12.	Consumo frutas al menos una vez al día					
13.	Consumo ocho vasos de agua diarios					
14.	Camino para sentirme mejor					
15.	Realizo algún juego con mis hijos o nietos					
16.	Consumo alimentos antes de realizar ejercicio					
17.	Tengo un horario fijo para realizar ejercicio					
18.	Sufro de menos cansancio cuando realizo alguna actividad física					
19.	Me siento menos triste o decaído cuando realizo una actividad física					
20.	Mejoro mi condición física cuando realizo alguna actividad					
21.	Siento mejores resultados en el tratamiento después del ejercicio					
22.	Realizo paseos cortos durante el día					
23.	Mantengo un control de mi peso dentro de lo ideal para mi edad y estatura					
24.	Visito al médico en caso de alguna complicación					
25.	Asisto puntualmente a las citas de control de diabetes					
26.	Asisto al laboratorio para realizar las pruebas respectivas					
27.	El equipo de salud me brinda información sobre mi enfermedad					
28.	Me realizo la glucemia cuando el medico lo solicita					
29.	Recibo los medicamentos el mismo día de la cita					
30.	Tengo accesibilidad para ir a traer medicamentos al centro de salud					
31.	Existe personal capacitado en la comunidad para tomar los niveles de glucemia					

32.	Existe personal capacitado que brinda atención inmediata en caso de algunas complicación relacionada con la diabetes mellitus					
33.	Mi familia conoce lo que es la diabetes mellitus					
34.	Mi familia permite que prepare mis alimentos aparte del de los demás					
35.	Mis familiares me facilitan los alimentos que necesito para la dieta especial					
36.	Mis familiares están pendientes de mis medicamentos durante el día					
37.	Mis familiares colaboran con los implementos de uso personal especial (zapatos, lima de uñas)					
38.	Recibo estímulos verbales de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento					
39.	Recibo premios o recompensas de parte de mis familiares para que no abandone el tratamiento					
40.	Mis familiares me instan en la práctica de alguna actividad recreativa					
41.	Mis familiares me instan a la práctica de algún deporte					
42.	Mis familiares me ayudan en el secado de mis pies					
43.	Mis familiares están pendientes de que no pierda las citas de control de la diabetes en el hospital					
44.	Mis familiares están pendientes de que el baño u otros lugares de la casa se encuentren limpios y desinfectados					
45.	Se realiza en la comunidad charlas educativas acerca de la diabetes con el fin de informar a las personas					
46.	Se organizan en grupos para la práctica de algún deporte en su comunidad donde vive					
47.	Se realizan actividades recreativas en la comunidad donde vive					
48.	La comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de medicamentos especiales para la diabetes					
49.	La comunidad se organiza para la realización de actividades como la compra de instrumentos de control de glucemia					
50.	Asisto a charlas brindadas por miembros del área de salud de mi comunidad					
51.	Participo en actividades deportivas organizadoras en mi comunidad					
52.	Me preocupo de estar al tanto de mi cuidado personal como diabético					
53.	Después del baño seco mis pies					
54.	Asisto a algún lugar (hospital, clínica) para que me limen las uñas de manera adecuada					
55.	Me he preocupado por saber cómo debo tomar los medicamentos para la diabetes					

## Anexo B: Protocolo del inventario de depresión de Beck II (BDI-II)

### PROTOCOLO DEL INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK II (BDI-II)

El inventario de depresión de Beck II (BDI-II) está orientado para medir, detectar y evaluar la gravedad de la depresión con el objetivo clínico de tomar medidas preventivas ante este trastorno del estado de ánimo.

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Estado civil: \_\_\_\_\_  
Nivel de escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

En el presente cuestionario se le presentara una serie de enunciados los cuales lea cuidadosamente, luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto.

<b>1. Tristeza</b>	
0	No me siento triste
1	Me siento triste todo el tiempo
2	Estoy triste todo el tiempo
3	Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo
<b>2. Pesimismo</b>	
0	No estoy desalentado(a) respecto de mi futuro
1	Me siento más desalentado(a) respecto de mi futuro que lo que solía estarlo
2	No espero que las cosas funcionen para mi
3	Siento que no hay esperanza para mi futuro y que solo puede empeorar
<b>3. Fracaso</b>	
0	No me siento como un(a) fracasado(a)
1	He fracasado más de lo que hubiera debido
2	Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos
3	Siento que como persona soy una(a) fracasado(a) total

<b>4. Perdida de Placer</b>	
0	Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto
1	No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo
2	Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar
3	No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar
<b>5. Sentimiento de Culpa</b>	
0	No me siento particularmente culpable
1	Me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
2	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
3	Me siento culpable todo el tiempo
<b>6. Sentimiento de Castigo</b>	
0	No siento que estoy siendo castigado(a)
1	Siento que tal vez pueda ser castigado(a)
2	Espero ser castigado(a)
3	Siento que estoy siendo castigado(a)
<b>7. Disconformidad con Uno mismo</b>	
0	Siento acerca de mí lo mismo que siempre
1	He perdido la confianza en mí mismo(a)
2	Estoy decepcionado conmigo mismo(a)
3	No me gusto a mí mismo(a)
<b>8. Autocrítica</b>	
0	No me critico ni me culpo más de la habitual
1	Estoy más crítico(a) conmigo mismo(a) de lo que solía estarlo
2	Me critico a mí mismo(a) por todos mis errores
3	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede
<b>9. Pensamiento o Deseos suicidas</b>	
0	No tengo pensamientos de matarme
1	He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría
2	Quería matarme
3	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo

<b>10. Llanto</b>	
0	No lloro más de lo que solía hacerlo
1	Lloro más de lo que solía hacerlo
2	Lloro por cualquier pequeñez
3	Siento ganas de llorar pero no puedo
<b>11. Agitación</b>	
0	No estoy más inquieto(a) o tenso(a) que lo habitual
1	Me siento más inquieto(a) o tenso(a) que lo habitual
2	Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que me es difícil quedarme quieto
3	Estoy tan inquieto(a) o agitado(a) que tengo que estar siempre en movimiento haciendo algo
<b>12. Perdida de Interés</b>	
0	No he perdido el interés en otras actividades o personas
1	Estoy menos interesado(a) que antes en otras personas o cosas
2	He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas
3	Me difícil interesarme por algo
<b>13. Indecisión</b>	
0	Tomo mis decisiones tan bien como siempre
1	Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
2	Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones
3	Tengo problemas para tomar cualquier decisión
<b>14. Desvalorización</b>	
0	No siento que yo sea valioso(a)
1	No me considero a mí mismo tan valioso(a) y útil como solía considerarme
2	Me siento menos valioso(a) cuando me comparo con otro(a)
3	Siento que no valgo nada
<b>15. Perdida de Energía</b>	
0	Tengo tanta energía como siempre
1	Tengo menos energía que la que solía tener
2	No tengo suficiente energía para hacer demasiado
3	No tengo energía suficiente para hacer nada

<b>16. Cambios en los hábitos de sueño</b>	
0	No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño
1 <sup>a</sup>	Duermo un poco más que lo habitual
1b	Duermo un poco menos que lo habitual
2 <sup>a</sup>	Duermo mucho más que lo habitual
2b	Duermo mucho menos que lo habitual
3 <sup>a</sup>	Duermo la mayor parte del día
3b	Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
<b>17.Irritabilidad</b>	
0	No estoy más irritable que lo habitual
1	Estoy más irritable que lo habitual
2	Estoy mucho más irritable que lo habitual
3	Estoy irritable todo el tiempo
<b>18.Cambios en al Apetito</b>	
0	No he experimentado ningún cambio en mi apetito
1 <sup>a</sup>	Mi apetito es un poco menor que lo habitual
1b	Mi apetito es un poco mayor que lo habitual
2 <sup>a</sup>	Mi apetito es mucho menos que antes
2b	Mi apetito es mucho mayor que lo habitual
3 <sup>a</sup>	No tengo apetito en lo absoluto
3b	Quiero comer todo el tiempo
<b>19. Dificultad de concentración</b>	
0	Puedo concentrarme tan bien como siempre
1	No puedo concentrarme tan bien como habitualmente
2	Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo
3	Encuentro que no puedo concentrarme en nada
<b>20. Cansancio o Fatiga</b>	
0	No estoy más cansado(a) o fatigado(a) que lo habitual
1	Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual
2	Estoy demasiado fatigado(a) o cansado(a) para hacer muchas de las cosas que solía hacer
3	Estoy demasiado fatigado(a) o cansado(a) para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer

<b>21. Perdida de interés en el sexo</b>	
0	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
1	Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estarlo
2	Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo
3	He perdido completamente el interés en el sexo

**Anexo C**

**TRAMITES DOCUMENTARIOS DEL HOSPITAL HIPOLITO HUNANUE**



HOSPITAL  
REGIONAL  
HIPÓLITO  
UNANUE

TRAMITE DOCUMENTARIO

FORMULARIO UNICO DE TRÁMITE  
F.U.T.

1. NOMBRES Y APELLIDOS:

Katherine Xiomara Martínez Palomino

2. D.N.I :

73219666

3. DOMICILIO :

Duxtva con Modesto Molina

4. DISTRITO :

Terna, cercado

5. ASUNTO :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE SALUD            | <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE SALUD MENTAL        |
| <input type="checkbox"/> INFORME MÉDICO                  | <input type="checkbox"/> CONSTANCIA DE ATENCIÓN             |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD     | <input type="checkbox"/> COPIA HISTORIA CLÍNICA - EPICRISIS |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICADO DE INCAPACIDAD      | <input type="checkbox"/> INFORME PSICOLÓGICO                |
| <input type="checkbox"/> DUPLICADO CONSTANCIA NACIMIENTO | <input checked="" type="checkbox"/> OTROS                   |

6. TEXTO :

Solicito información estadística del Módulo de Hipertensión y diabetes, queremos obtener información de la cantidad de pacientes diagnosticados, año de ingreso, sexo y edad

7. ADJUNTA :

- COPIA DEL D.N. I.
- CERTIFICADO DE NACIMIENTO ORIGINAL
- CONSTANCIA PNP PERDIDA CERTIFICADO NACIMIENTO
- RECIBO DE PAGO
- OTROS:.....

8. FIRMA DEL INTERESADO

