



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

**PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN GESTIÓN DE
LOS SERVICIOS DE LA SALUD**

Depresión y abandono de tratamiento en pacientes diabéticos del
servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo
Huanta, 2021

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud

AUTORA:

Ore Canchis, Eloisa Donaida (ORCID: 0000-0001-7743-0664)

ASESOR:

Mg. Ramírez Calderón, Luis Enrique (ORCID: 0000-0003-3991-9746)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Calidad de la Prestaciones Asistenciales y Gestión del Riesgo en Salud

LIMA – PERÚ

2021

Dedicatoria

La presente investigación está dedicado a mi querida madre Felicita Rebeca Canchis Utrilla, ya que ella forjó una mujer de bien en mí, por ser una mujer luchadora, que me enseñó a no rendirme nunca, tener amor propio y luchar por mis sueños, y a mi padre Ricardo Ore Villanueva, que desde el cielo me acompaña y aunque no gozó mucho de mis logros, estoy segura que siempre estuvo orgulloso de mi.

Agradecimiento

Sin la gracia de Dios nada hubiese sido posible, agradecerle infinitamente por su compañía en todos mis logros, por darme la fuerza, sabiduría y entusiasmo para continuar, a mi amiga Fabiolita, por su apoyo incondicional y empujarme cada día para avanzar, y por enseñarme el compañerismo y amistad verdadera.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	iv
ÍNDICE DE TABLAS	v
ÍNDICE DE GRAFICOS Y FIGURAS	vi
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	15
3.1. Tipo y diseño de investigación	15
3.2. Variables y Operacionalización	16
3.3. Población, Muestra y Muestreo	17
3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	18
3.5. Procedimientos	19
3.6. Métodos y análisis de datos	20
3.7. Aspectos Éticos	20
IV. RESULTADOS	21
V. DISCUSIÓN	23
VI. CONCLUSIONES	25
VII. RECOMENDACIONES	26
REFERENCIAS	27
ANEXOS	32

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA		Pág.
N°. 01	Relación entre la depresión y el abandono de tratamiento en pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021	20
N°. 02	Nivel de la Depresión en pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021	21
N°. 03	Nivel de abandono de tratamiento en pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021	22

ÍNDICE DE GRAFICOS Y FIGURAS

FIGURA		Pág.
N°. 01	Gráfico de relación entre la depresión y el abandono de tratamiento en pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021	48
N°. 02	Figura de nivel de la Depresión en pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021	49
N°. 03	Figura de nivel de abandono de tratamiento en pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021	50

RESUMEN

La investigación que se presenta a continuación, busca analizar y determinar la relación entre ambas variables presentadas, las cuales son de suma importancia para definir estrategias de mejora. Teniendo como objetivo, determinar la relación entre la depresión y el abandono de tratamiento en pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021, el tipo de investigación: es de enfoque Cuantitativo, “No Experimental”; la Muestra, en este caso se tomó como estudio 25 pacientes diabéticos del Hospital de Apoyo Huanta; a dichos pacientes se les aplicó la “Escala de Depresión de Zung” y la “Escala de abandono de tratamiento terapéutico para pacientes con enfermedades crónicas”; los datos fueron procesados mediante los programas de cálculo informativo de Microsoft office Excel 2019 y programa software de estadística SPSS versión 26 tomando en cuenta la estadística descriptiva: distribución de frecuencias, Gráficos o figuras de estadística; como resultados se obtuvo que la relación entre la depresión y el abandono ha determinado el coeficiente de correlación $r_{xy} = 0,761$, concluyendo que el grado de relación entre las variables mencionadas es positiva de intensidad muy fuerte.

Palabras clave: depresión, abandono, servicios.

ABSTRACT

The research presented below will seek to analyze and determine the relationship between both variables presented, which are of utmost importance to define improvement strategies. Aiming to determine the relationship between depression and treatment abandonment in diabetic patients of the non-communicable disease service of the Huanta Support Hospital, 2021, the type of research: it is Quantitative, "Non-Experimental" approach; The Sample, in this case, 25 diabetic patients from the Hospital de Apoyo Huanta were taken as a study; The "Zung Depression Scale" and the "Therapeutic treatment abandonment scale for patients with chronic diseases" were applied to these patients; The data were processed using the informative calculation programs of Microsoft office Excel 2019 and the statistical software program SPSS version 26, taking into account descriptive statistics: distribution of frequencies, graphs or statistics figures; As a result, it was obtained that the relationship between depression and abandonment has determined the correlation coefficient $r_{xy} = 0.761$, concluding that the degree of relationship between the mentioned variables is positive with a very strong intensity.

Keywords: depression, abandonment, services.

I. INTRODUCCIÓN

En el ámbito mundial, el factor primordial con mayor probabilidad en la población de presentar Diabetes, es la Depresión, a diferencia de pacientes que no presentan esta morbilidad. Por tanto, se estima que un 15% y 20% de población se encuentran batallando con la depresión que va escalando moderado a severo (Khan et al, 2019).

Dentro de los estudios estadísticos de la OMS se detalla que, hay una demanda de individuos que presentan depresión y que va en aumento en gran escala, alcanzando un número de 18.4% de período, se informa que al año atentan contra su vida un promedio de 800 mil personas por estado depresivo, así mismo refiere que para el año 2020, el estado depresivo será el segundo factor de limitación continuada de la enfermedad cardiovascular (Rosario, 2020).

Por consiguiente, conocemos bien que el estado de salud mental en lo que va del año se ha visto afectado, ocasionando cambios de estado emocional como biológico, trayendo como respuesta una limitación a sus capacidades desenvolviendo dentro de la colectividad.

Afirma la OMS que la tasa de adulto mayor va en crecimiento y que en el trayecto del 2015 y 2050 se considera que se doblará la cifra de 12 al 22% teniendo un pronóstico de 900 a 2,000 millones de individuos en edad de 60 años a más, por tanto, se refiere que el 20 % padecen de alguna alteración mental y que el 6.6% de limitación funcional donde presentan alteración mental y nerviosismo, estas alteraciones que es un 17.4% representa la vivencia de años con limitación funcional.

Es evidente que la alta tasa de alteraciones mentales es por los factores biopsicosocial que contraen a la depresión por ser un grupo etario vulnerable.

García, S. (2018) refiere que individuos con morbilidad de DMT2 (Diabetes Mellitus Tipo 2) son más vulnerables en presentar depresión, ya que no solo afecta en la persona sino a su entorno con quienes convive, El enfermo tiene que generar cambios en su hábito y conducta y no que acreciente su afección, se sugiere para el grupo de estas personas ser monitorizados por un equipo

multidisciplinarios y se recomienda detectar a tiempo el estado depresivo en personas con diabetes.

Según Perú 21, refiere que, para el desarrollo de las enfermedades, la edad es un factor principal influyente. A mayor edad el riesgo de sufrir un mal aumenta. Ante esto, cuanto más años tienen las personas, se evidencia que las patologías mentales y neurológicas se incrementan. De cada 5 personas mayores, una padece cualquiera de las enfermedades mentales.

La provincia de Huanta – Ayacucho, se encuentra ubicada a 2 642 msnm. Con una población de 33 773 habitantes. En la actualidad en el Hospital de Apoyo Huanta existe un servicio de Daños no Transmisibles, conformado por un equipo de trabajo: médico, 02 enfermeras y 01 técnica, además del trabajo articulado con laboratorio, farmacia entre otros servicios necesarios para la atención a los pacientes pertenecientes al servicio de daños no transmisibles. La población es de 70 pacientes diagnosticados con diabetes según el padrón nominal, que reciben tratamiento.

Por consiguiente, analizando las diferentes situaciones que viven los adultos, hallamos una relación directa con la salud física, social, económica y cultural, en consecuencia, esto puede estar afectando la salud mental, se considera ventajoso ejecutar la presente investigación, ya que nos permitirá tener mayor discernimiento sobre la incidencia de ansiedad y depresión, que constantemente padecen los adultos mayores, por otro lado, se conocerá los factores de riesgo actuales en esta muestra de estudio.

Ya que los pacientes recientemente no han aprobado el método del tratamiento, hubo numerosos rechazos hacia el personal, se entiende que frente a la coyuntura que se está atravesando rechazan el acercamiento y/o visitas a los domicilios para la entrega de sus medicamentos por el miedo a ser contagiados por la COVID-19. Tal es así que a la fecha el servicio se encuentra con un grupo de pacientes que no están recibiendo un tratamiento continuo e incluso han abandonado el tratamiento completamente, según la responsable del área de enfermedades no transmisibles menciona que algunos pacientes, constantemente muestran desinterés por la soledad en la que encuentran, la distancia de su comunidad hacia el hospital, la economía y otros factores que enfrentan solos.

Ante esto, el servicio de emergencias reporta las atenciones de pacientes con diagnósticos complicados, con la glucosa elevada y descompensados, que son atendidos, estabilizados y devueltos a casa, pese a la suma de esfuerzos de los profesionales, se refleja un incremento en el número de pacientes que dejaron de recibir tratamiento.

Según la justificación del estudio es considerable conocer que la depresión es el factor fundamental que afecta en el abandono de tratamiento en pacientes diabéticos de los centros hospitalarios, es por ello, que existe una gran preocupación por este grupo vulnerable, en el servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, con la finalidad que continúen recibiendo el tratamiento oportuno para la diabetes y sean derivados, diagnosticados y tratados a tiempo en referencia a sus problemas relacionados con su salud mental.

Así mismo, se plantea el siguiente problema: ¿Existe relación de la depresión con el abandono en el tratamiento de pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021?

Cuyo objetivo general es: Determinar la relación entre la depresión y el abandono de tratamiento en pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021; y como objetivo específico 1: Identificar el nivel de la Depresión en pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021; objetivo específico 2: Identificar el nivel de abandono de tratamiento en pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021.

Así, la Hipótesis general que se propone es: Existe relación entre depresión y el abandono de tratamiento de pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021; y como Hipótesis específico 1: Existe nivel bajo de la Depresión en pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021; Hipótesis específico 2: Existe nivel bajo de Abandono de tratamiento en pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021.

II. MARCO TEÓRICO

Dentro del estudio de los antecedentes internacionales, Según las estadísticas en alteraciones psiquiátricas de las personas que padecen diabetes, presentan depresión un 30%-65% y de ansiedad un 14%-80% lo que aumenta en la limitación física y reduce la condición de bienestar de la persona. (Rosario, 2020)

Según Chacín y Magaton, (2017), Venezuela se aplicó el cribario de daño cognitivo en adultos diabéticos de tipo 2, diseño transversal, correlacional, investigación descriptivo, se inspecciono en las variantes de análisis: años, sexo, procedimiento, enfermedades, su muestra fue de 57 pacientes, se utilizó el instrumento de Mini Mental y MoCA, obtuvo como efecto: el daño cognitivo es de 71,9% presentes en personas de tipo masculino entre 50 a 65 años. Mientras con daño cognitivo 19,5% no presento adhesión terapéutica y sin daño cognitivo un 12,5% no presento adhesión. Esta investigación concluye que no hubo desigualdades de cálculos significativas de las causas en enfermos que presentan y no presentan daño cognitivo.

Por otro lado, Meza (2016), México estudio los factores de índole depresivo en un paciente Diabético de la entidad de Fármacos Familia N° 61. Tuvo como análisis colateral, investigación representativo examinador, prospectivo desarrollado en Medicina Familiar, se realizó una muestra probabilística entre 50 a 70 años con pacientes Diabéticos Mellitus de modelo 2; aplicaron la herramienta Zung en pacientes depresivos y propiedades sociodemográficas, tomando dos agrupaciones que presentan y no depresivo, El estudio de medición de preferencia importante en variantes numeral y tamaño cualitativo. Teniendo como resultado el 58% controlado de personas que presentan Diabetes sumado con depresión y 43% $p < 0.918$ descontrolado, dentro de la escala de Zung de tipo leve obtuvo un 34% mientras que moderada fue de 6%.

Según Vásquez y Mukamutara, (2020), África la predominancia de la Diabetes Mellitus está creciendo en picos muy altos en cualquier lugar del universo. Dentro de la población los 1,6 millones de mortalidad por motivo de la DM en el año 2016, y se instala en el séptimo nivel.

Según análisis 14 millones de individuos que padecen de DM en el año 2011, y trascenderá a 28 millones para el año 2030. Las féminas que tienen Diabetes presentan un alto índice de alteración depresivo y/o de ansiedad que las féminas que no presentan Diabetes. Casi 3 de cada 10 féminas con Diabetes refieren alteraciones depresivas, ya que 1 de cada 2 féminas con Diabetes refieren alteración de ansiedad. (Hassan et al, 2015)

Según Urrutia y Segura, (2020), en hispanoamericano se tiene relación depresivo y DM modelo 2 unido a la adhesión de tratamiento y dieta alimenticio.

Para los antecedentes nacionales, en el Perú la enfermedad de la Diabetes va en aumento, se refiere que en el año 2013 el 4,2 % que va en aumento hasta el 6,4% año 2015. Aunque el 1,2 millón de peruanos afrontan dificultades en los riñones, vista, zona del corazón y mutilación de miembros inferiores. Podemos decir que están más propenso a presentar limitación física y descenso de la condición de vida y mortalidad. (Urrutia y Segura, 2020)

Según Fiestas, (2019), Piura en su estudio referente a lo Depresivo en enfermos en afección nefrítico crónico a término en diálisis en el Hospital Jorge Reátegui Delgado, se prioriza mencionar algunas propiedades de exposición del estudio, presenta investigación observacional, de análisis descriptiva, prospectiva y transversal. Su muestra fue de 86 pacientes teniendo las propiedades sociodemográficas en enfermos de ERCT con hemodiálisis: sexo masculino, de 40 a 65 años, cónyuge, zona ciudadana y no laboral. Esta investigación concluye que la Depresión de estado moderado influye a los enfermos de ERCT con hemodiálisis.

Por otro lado, Callao con el tema de Adhesión al procedimiento a enfermos con diagnóstico Diabético Mellitus de modelo II, servicio de endocrinología en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el año 2018, tiene como hincapié en establecer la altitud de nerviosismo del personal pre profesional de enfermería, investigación cuantitativo, de modelo representativo, corte colateral, con muestra de 30 internas en enfermería realizada en sus prácticas del hospital NDAC, aplicando la herramienta por Arturo Barraza (2007), teniendo como resultado a mayor nivel de estrés influencia negativa en la salud de los estudiantes de enfermería.

Así mismo, Díaz (2019), se realizó un estudio sobre el Grado depresivo en personas de 75 años en adelante, del Establecimiento de Salud 3 de febrero, el plan fue saber determinar la investigación, tipo no práctico, representativo, sección colateral, trabajo con la muestra de 77 adultos mayores aplicando la herramienta de "Test de Zung", teniendo como resultado que se tiene una posibilidad de adquirir esta enfermedad sino no hay compromiso de agentes como brindarle un tratamiento específico y soporte familiar así como presentar la magnitud del estado leve en el aspecto psicológico y por consiguiente puede incrementar esta magnitud afectiva a estado severo y aquí se presenta que los inscritos poseen un dilema en el soporte psicológico y emociones en el entorno familiar así como personal de sanidad, donde desencadenaría una idea suicida, sino hay un apoyo adecuado a estas afecciones.

El análisis del cálculo reciente elaborado en nuestro País del Instituto Especializado de Salud Mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi comprueban el descubrimiento en otras naciones: 37% donde los habitantes presentan una posibilidad de padecer una alteración mental una vez en su vida. En Lima, según la OPS en el año 2002 el predominio de vida con respecto a la ansiedad era de 20,3% en varones y 30,1% en damas, en cuanto alteración psiquiátrica es de 32,9% en varones y 41,5% en damas (Constantino et al, 2014).

Según Rosas et al, (2019), en Lima Metropolitana se presentan diversidad de análisis que indican continuidad muy inestable de estas alteraciones psiquiátricas en la población con DM2, donde depresión estadísticamente está representada por un 30% - 65% y de ansiedad de 14% - 80%, podemos decir que los habitantes Diabéticos Mellitus de modelo 2 una altitud que la ciudadanía en general. Análisis elaborado en Lima Metropolitana en el año 2015, predominio de enfermos con depresión padeciendo con DM2 es de 5,77%.

"En nuestra nacionalidad peruana, este desorden de problemas mentales presenta la preeminencia real de 1,9% por ende, no presenta especificación oportuna ni procedimiento general por tanto está olvidado." (Rosas et al, 2019)

En el 2020, Rosario ha presentado, nuestra nacionalidad peruana, y las ciudades de Lima, Ayacucho y Puerto Maldonado presentan trastornos en salubridad psíquica, obteniendo como resultado que el 26.5%, 26.0% y 25.4%

correspondientemente, manifiestan estado depresivo, estrés, alcohol y agresividad en el hogar. La ciudad de Lima, en estado depresivo sube el 16.4% de la ciudadanía, continuando el 10.6% de la alteración de estrés globalizado y el 5.3% de adicción alcohólica. Por tanto, el Ministerio de Salud en el Perú reporta el 20% de la ciudadanía peruana que presenta un estado depresivo, cualquier periodo de vida en mención de porcentajes su patología no es determinado de manera oportuna, así como la medicación varias veces es olvidado. (p. 63)

A continuación, se detalla algunas teorías relacionadas con el tema:

Analizando el estado depresivo, Rivarola, et al (2019) menciona que “El estado depresivo es una alteración general de afeción a masculino y femenino, con predominio a mujeres. La Organización Panamericana de la salud, confirma que el estado depresivo alcanza a establecer un peligro global, en Latinoamérica perjudica el 5 % de las personas adultas, asimismo seis de cada 10 no recibe medicación.” (p.10)

De acuerdo a Papalia (coronel, 2020) la depresión podría dar inicios de su presencia a cualquiera de las edades del individuo, pero es dentro de la etapa de la adultez donde inician los agentes estresores prosiguiendo en la etapa del adulto tardío a evidenciarse las características de esta, refiriendo que se da por influencias de factor físico relacionados a procesos de envejecimiento y sucesos psicosociales, los cuales apresurarían la presencia del trastorno.

Se han realizado múltiples investigaciones acerca de los factores a nivel biológico de la depresión, pero los que se acercan mucho más son quienes plantearon que las monoaminas que perduraron y demostraron eficacia tras el mecanismo de efecto de fármacos con acciones antidepresivas, además se plantea que en la depresión existe una baja presencia de noradrenalina y serotonina, asociando los diversos trastornos de animo a un déficit de estos en la sinapsis cerebral (Cabrera, 2019).

Según los componentes Zung, se plantea que la depresión es aquel desorden patológico del estado de ánimo identificado por la disminución del mismo, surge como una enfermedad y a la vez como un síntoma de otras (somáticas o psíquicas), mostrando los siguientes componentes:

C. Afectivo, comprendido como aquel afecto profundo con un tiempo de duración corta y se hace presente de forma inesperada tras haber experimentado una situación agradable como desagradable.

C. Fisiológicos, activa y prepara de forma fisiológica al organismo para permitir el cambio dentro del sistema nervioso y endocrino del individuo.

C. Psicológicos, proporciona al individuo a realizar un análisis sobre sí mismo, en el cual establece sus necesidades y el nivel en el que se encuentran cubierta. (Coronel, 2020)

Según la Clasificación de episodios depresivos; este tipo de trastorno tiende a caracterizarse de manera general manifestando tristeza, merma del afecto o satisfacción, culpabilidad y baja autoestima, vinculándose a otros trastornos como el sueño, la alimentación, mostrando sensaciones de estar cansado, e inclusive falta de concentración; de hecho, este trastorno podría llegar a ser muy recurrente y ser una dificultad para desempeñar nuestras actividades diarias, para precisar más, de acuerdo a lo estipulado en el CIE-10 y DSM V está planteado como aquel desorden afectivo que se guía por el tipo e intensidad de síntomas, el episodio depresivo en su forma leve (síntomas como: disminución de interés, tristeza y la capacidad de disfrutar, fatiga aumentada) puede ser tratada desde el punto psicológico sin recibir ninguna medicación, al ser moderada (se hace presenta la dificultad para desenvolvemos en nuestros círculos familiares, sociales y laborales), por último en el episodio de depresión de gravedad la persona manifiesta (deterioro, síntomas somáticos y psicóticos, surge la idea de un posible suicidio.) y llega a necesitar administrarle medicación y psicoterapias (Martina, 2018). La depresión llega afectar al que lo padece causando una degeneración física, cognitivo y social si no es tratada a tiempo, de hecho, en su forma más peligrosa puede llegar a conducirla hasta el suicidio (Caldas y Correa 2019).

De acuerdo al DSM IV se clasifica en base a los síntomas específicos:

Trastorno depresivo mayor (conocido generalmente como depresión): Como síntomas incluye, tristeza profunda (desaliento o desesperación) surge una disminución de interés y nulo placer en realizar alguna actividad que normalmente

nos emocionaba (anhedonia), en cuanto a los episodios, estos incluirían más de cinco de estos síntomas que durarían más de dos semanas, clasificándola como depresión mayor. Se incluye otros síntomas como sentimientos de falta de valor, auto culpabilizarse, ideas asociadas a la muerte y suicidio, falta de concentración, como también se incluye cambios en cuanto la alimentación (peso y apetito), fatiga constante, retraso psicomotor, trastornos del sueño (insomnio, hipersomnias), descuidan su entorno social y aspecto personal. (Mamani, 2020)

El trastorno depresivo mayor se divide en: Psicótica, grupo en el cual se apren ideas delirantes; catatónica, quienes reflejan retraso psicomotor intenso como también actividad excesiva y retraimiento; melancólica, perdida de placeres en las actividades que comúnmente nos emocionaba, no ser capaces de brindar respuesta a determinados estímulos; y por último el grupo atípico, caracterizado por el estado de ánimo radiante de respuestas a sucesos efectivos y rechazo a la sensibilidad que origina respuestas depresivas desmesuradas frente a los juicios o rechazo que recibe la persona (Mamani, 2020).

Distimia: Se caracteriza por síntomas de la depresión en un nivel bajo o por debajo del umbral, la cual persiste durante dos años o más, los síntomas que surgen inician en la etapa de la adolescencia y continúan evolucionando lentamente por los siguientes años, reflejando negatividad, pesimismo, ausencia del sentido del humor, pasividad, introversión, y se presentan como autocríticos sobre ellos mismo. La distimia podría llegar a complicarse pasando a convertirse en una depresión mayor (Mamani, 2020).

Trastorno depresivo sin otra especificación: Los síntomas que corresponden a este incluyen otros trastornos como: depresivo menor, disfórico premenstrual. depresivo breve recidivante, y depresivo post psicótico en la esquizofrenia (Mamani, 2020).

Importancia del diagnóstico depresivo: El diagnóstico de constantes enfermedades crónicas resultan estar acompañadas por un trastorno de depresión, pero esta no siempre suele ser detectado a tiempo ni se le toma la debida importancia para un respetivo tratamiento, haciéndola a un lado como algo pasajero, por ello esta suele afectar el pronóstico de tales enfermedades, haciéndoles dudar de su propia recuperación a los pacientes. Tratar a tiempo el

cuadro depresivo beneficiaria a la vez el control glucémico del paciente, optimizando la calidad de vida. (García, 2017)

Tratamiento para el trastorno depresión: El objetivo de disponer de un tratamiento para este tipo de trastorno permitirá elevar la calidad de vida, optimizarla y minimizar los síntomas, al mismo tiempo evitar las recaídas constantes y recurrentes es de gran importancia para continuar, puesto que una parte de los pacientes aun presentan síntomas residuales, de tal forma son aptos para que se manifieste alguna recaída y riesgo de suicidio (Del rosario, 2019).

El tratamiento se realiza desde el abordaje farmacológico, el cual recomiendan iniciar con un ISRS (Inhibidor Selectivo de Recaptura de Serotonina), inhibidores de recaptación como la serotonina y noradrenalina, incluyendo otro tipo de fármacos; el segundo tratamiento se aborda desde la psicología, con tratamientos psicoterapéuticos, psicológicos, y t. cognitivos conductuales (Del rosario, 2019).

Diabetes: La Diabetes Mellitus se reconoce como una de las dolencias prioritarias mundialmente, siendo una de las tres principales causas de fallecimiento en los países del mundo. En algunos países se encuentra dentro de la lista de las enfermedades calamitosas. Teniendo gran repercusión según el nivel de discapacidad.

Por otro lado, Rivarola et al (2019) menciona que “la Diabetes Mellitus tipo 2 es una enfermedad metabólica dañando a millones de personas a nivel mundial. En Paraguay el 9.7% de personas, sufren de diabetes con un incremento significativo en los recientes 10 años” (p.10).

Las repercusiones físicas de la misma enfermedad, hacen que los pacientes generen distintas respuestas frente a las diferentes modificaciones en la calidad de vida, la asimilación de reconocer el diagnóstico, el conocimiento acerca de su enfermedad. Dichas respuestas implican que, frente al diagnóstico de la enfermedad crónico-degenerativa, manifiesten depresión. Por tal motivo, es frecuente observar expresiones depresivas en personas diabéticas. (Guerra, 2016)

Frente al manejo y cumplimiento del régimen terapéutico de la diabetes mellitus tipo 2, frecuentemente no se considera el factor psicológico. En un estudio de caso y control, así como de cohorte, se ha evidenciado el incremento de prevalencia e incidencia depresiva en la Diabetes Mellitus. La depresión acompañada a diabetes se relaciona con una baja vigilancia metabólica, aumento de complicaciones e incluso incremento de abandono de los tratamientos y llegando algunas veces a la mortalidad. (Sandoval, 2018)

Pese a los influyentes incrementos en investigaciones, la manifestación de depresión generalmente no diagnosticada y no es tratada a tiempo. Los pacientes diabéticos, familias y amigos, incluidos sus médicos muchas veces no reconocen la sintomatología. Sin embargo, profesionales de salud especializados son más minuciosos en la captación oportuna e identificación de síntomas, preguntándoles acerca de la duración y rigurosidad. Emitiendo un diagnóstico y régimen terapéutico apropiado. Según las investigaciones afirman que la psicoterapia y los antidepresivos sostienen efectos positivos controlando el estado anímico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y depresión. (Rodríguez, 2009).

Depresión Y Diabetes: La diabetes y la depresión son entidades separadas, siendo los problemas que encabezan las estadísticas mundialmente. La coexistencia de depresión en personas con diabetes podría estar asociada con una mala adherencia al tratamiento, un control metabólico deficiente, tasas más altas de complicaciones, menor calidad de vida, mayor uso y costo de la atención médica, mayor discapacidad y pérdida de productividad y mayor riesgo de muerte.” (Khan et al, 2019)

Entre los pacientes con tendencia depresiva completa y parcial, haciendo la aplicación del método fenomenológico - estructural, se desglosan en cuatro grupos dimensionales: humor anecdótico, carencia de impulso de acción, la incomunicación o falta de sintonización interpretacional y la ritmopatía. Estas expresiones de la depresión llevan a presentar una intensa sintomatología de un cuadro depresivo, corresponde a ser atendido con terapia de primera y segunda línea, como expresión inmediata de la asistencia al paciente, la cual también

comprende una medicación psicofarmacológica, es esta la estrategia terapéutica a seguir (Fernández, 2009).

Abandono De Tratamiento: Se determina como aquel incumplimiento de las indicaciones médicas, de manera intencional o imprudente, el discontinuo para los tratamientos es una decisión propia del paciente por diversas causas, como puede ser que encuentren un tipo de relación riesgo y beneficio al administrarse la medicación, de hecho también consiste en la gravedad de su enfermedad, la efectividad del medicamento y la prioridad de la medicación, es así que, el abandono al tratamiento recaería exclusivamente en el paciente, pero a la vez existen otros motivos integrados, como el conocimiento que posea, factores económicos, socioculturales, el ambiente, creencia, actitud e intención del paciente podrían intervenir para abandonar el tratamiento (Soto, 2018)

Así mismo según Villar (2016) dentro de los factores de abandono de tratamiento considera, Personal de salud y sistema de atención; que se relaciona con la calidad de atención al paciente, tanto del equipo de salud como el flujo de atención dentro de la institución, considerando que la salud de las personas es afectada no solo por enfermedades infecciosas, sino también por enfermedades crónicas, que van degenerando lentamente y acortando la vida de estas personas, por lo tanto estas personas tienen derechos ganados a ser atendidos con prioridad.

Proceso de enfermedad; Este proceso va indicar cambios en los estilos de vida de los pacientes y en otras áreas como las modificaciones de estados de ánimo, por el mismo proceso y avance de la enfermedad y el factor socioeconómico es sumamente importante en los pacientes que carecen de un trabajo o un ingreso económico constante, viviendas propias, acceso a un seguro de salud gratuito, entre otros problemas que son difíciles en las personas por su misma condición de pobreza y el tiempo largo y de por vida de recibir tratamiento, (Villar, 2016).

Dentro de la literatura a nivel internacional, existen múltiples investigaciones sobre esta relación, siendo los Médicos Psiquiatras quienes abordan tanto el conocimiento, como los síntomas de depresión, ya que es un campo exclusivo de ellos, en el manejo de los trastornos afectivos comúnmente se encuentra que régimen terapéutico de las personas con diabetes, diagnosticadas con

depresión, no son tratados apropiadamente, algunas de las dimensiones patológicas.

La población que presenta síntomas depresivos a causa de la Diabetes, es por el aumento de la alteración de la glucemia, se dice también que la presencia de los trastornos depresivos es por la falta de cumplir con el tratamiento requerido. (Vásquez y Mukamutara, 2020).

Por lo regular se observa frecuentemente, la existencia de un cuadro depresivo que va acompañado con las personas que sufren de diabetes mellitus tipo 2. Todo ello quizás es por la etapa de duelo que pasan los pacientes a raíz de conocer el diagnóstico, los cambios de estilos de vida, frente a las incapacidades físicas que estas las producen, sus actividades son más restringida, las visitas frecuentes a los médicos especialistas, que se realizan forzosamente, la medicación diaria, entre otras actividades, que les conlleva a padecer algunos cuadros depresivos. (Moraima, 2016)

Varias investigaciones en la actualidad señalan que el riesgo a desarrollar depresión va en aumento en los pacientes con Diabetes mellitus tipo 2; por lo tanto, aún se necesitan investigaciones que definan la índole de la posible relación entre la depresión y otros factores, de la misma manera con la vigilancia de la glucemia y la complejidad de la enfermedad, así mismo, establecer recomendaciones justas y útiles para el tratamiento, y también apoyar en el autocontrol de la diabetes mellitus 2. (Tapash, 2013)

Desde inicios de los años ochenta, se dirigieron varios estudios cautelosos para la evaluación de la prevalencia del trastorno depresivo mayor en personas con Diabetes Mellitus. (Kovacs et al). Llevándose a cabo una de las primeras investigaciones prospectivas que evaluaron la repercusión de desórdenes psiquiátricos en menores y adolescentes de 8-13 años (n = 92) con Diabetes Mellitus tipo 1, siendo evaluados desde el diagnóstico inicial. Encontrando que dentro de los 20 años de ser diagnosticados con Diabetes Mellitus tipo 2, el 47,6% desarrollo uno de las dolencias psiquiátricas; y, de una manera considerable, un 26,1% (n = 24) se le diagnosticó un trastorno depresivo mayor o alteración distímica. Por consiguiente, el estudio no tuvo un grupo control,

presumiendo que los porcentajes mostrados podrían ser mucho menor. (Cantón, 2008).

Los pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 con depresión, aparte de reducir su funcionalidad y calidad de vida, manifiestan dificultades en el autocuidado y la interacción del cuidado de su salud, ante ello estos pacientes manifiestan un bajo nivel de cumplimiento de su tratamiento, bajo control glicémico y un alto nivel de riesgo para complicaciones micro y macro vasculares; los signos y síntomas más frecuentes atribuibles a la diabetes mellitus tipo 2 son:., cansancio, hipersomnia, disminución de peso, percepción de lentitud, disminución de interés en el sexo. (Talbot, 2000).

El trastorno de la depresión por diabetes se encuentra asociada a estresores de la misma enfermedad, aumento de nivel en la glucosa, complicaciones, responsabilidad del paciente en seguir el tratamiento integral, ya que para la diabetes necesita autocuidado, cambiar nuestros estilos de vida, realizar dietas, control glucémico, entre otras, ocasionando en el paciente situaciones de estrés continuo y ansiedad (Cabrera, 2019).

Algunas indagaciones empíricas manifiestan que la depresión se incrementa y prevalece en personas adultas con diabetes mellitus. Actualmente, no se conocen con exactitud los motivos de la prevalencia de la elevada de depresión en las personas que padecen diabetes. Teniendo en cuenta las dos hipótesis predominantes donde comprenden la ocurrencia inicial o recurrencia de la depresión clínica significativa en diabéticos, son las siguientes: 1) resultados de cambios bioquímicas directos a causa de la dolencia o del régimen terapéutico y 2) resultado de las demandas psicosociales o factores psicológicos concernientes a la dolencia o régimen terapéutico. La hipótesis presente también fue referida como un desarreglo de carácter a causa de una índole médica formulándose criterios específicos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-IV). (Lustman, 1992).

En la investigación de Lin, Katon y Simón (2004) “se evidenció que la depresión mayor sucede generalmente en mujeres, jóvenes y solteras; se enlaza con mayor regularidad a comorbilidad médica, sucesos complejos de diabetes, hemoglobina glicosilada elevada, IMC mayor a 30 kg/m², porcentaje elevado de

fumadores, frecuencia incrementada en tratamiento con insulina, y mayor periodo de evolución de diabetes. Así mismo, la depresión mayor se relaciona con una baja actividad física, dieta no balanceada, antihipertensivos y estatinas, poca adherencia a hipoglicemiantes orales. La muestra con depresión menor presentaba una baja educación, no eran caucásicos; con el mismo patrón que el grupo de depresión mayor, excepto los niveles de hemoglobina glicosilada.”

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

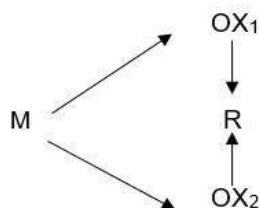
Tipo de investigación:

Esta investigación es de enfoque Cuantitativo, por otro lado, es “No Experimental” ya que se basa en la observación de los acontecimientos sin necesidad de intervenir, es decir no puede manipular las variables.

Diseño de investigación:

Según Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018) vendría ser diseño descriptivo – correlacional, así mismo, tiene como propósito medir la relación o grado de asociación entre dos o más conceptos o variables, para así poder luego identificar la posible relación existente entre ambas.

El diseño de la presente investigación se esquematiza de la siguiente manera:



Dónde:

M = Muestra (Pacientes diabéticos)

O = Observación.

X₁ = Depresión

R = Relación.

X₂ = Abandono de tratamiento.

3.2. Variables y Operacionalización (dimensionar variables)

Variable N°. 01 “Depresión”

Definición conceptual:

La depresión es la dolencia más común y grave, que afecta física y mentalmente, sobre todo afecta la forma de pensar y sentir. Provocando deseos de aislamiento familiar, trabajo, amistades, entre otros. Las consecuencias pueden conllevar a causar ansiedad, disminución de peso, sueño, apetito y desinterés por la vida, insatisfacción de las actividades realizadas. (Orellana, 2019)

Definición Operacional:

La depresión se operacionalizó mediante un cuestionario ya validado en España, por William W. K. Zung en el año 1965 denominado: Escala de Depresión de Zung (ZDS) compuesta por 20 ítems, asociados con la depresión, mediante la formulación de diez ítems positivos y diez ítems negativos. Los síntomas somáticos y los cognitivos tienen mayor peso, siendo ocho ítems para cada grupo, completando la escala con dos ítems concernientes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

Variable N°. 02 “Abandono de tratamiento en pacientes diabéticos”.

Definición conceptual:

El abandono del régimen terapéutico es considerado como uno de los obstáculos fundamentales para controlar la diabetes, ya que reduce la eficacia de los programas nacionales incrementando el riesgo de mortalidad y aumento

de comorbilidad, la cual influye en una mayor frecuencia de recaídas y fracasos en el régimen terapéutico.

Definición Operacional:

El abandono del tratamiento en pacientes diabéticos se operacionalizó mediante la aplicación de un cuestionario ya validado por Soria; Vega; Nava (2016) denominado: Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas; basado en la Escala de Adherencia a la medicación de Morisky; compuesta por 21 items, tomando como escala de medición: Likert 0 (Nunca o casi nunca), 1 (A veces), 2 (Siempre) y 3 (siempre o casi siempre)

3.3. Población, Muestra y Muestreo

Población: Para la presente tesis de investigación la población estuvo conformada por 70 pacientes diabéticos en el Hospital de Apoyo Huanta, 2021.

Muestra: La muestra según Hernández (2017) es una parte fundamental de la población, de donde se obtendrá información, se tiene que conceptualizar y determinar de forma precisa, en este caso de la investigación se tomará como muestra de estudio 25 pacientes diabéticos del Hospital de Apoyo Huanta.

Por consiguiente, se tomó esta muestra para que sea una cantidad adecuada y representativa para llevar a cabo la investigación.

Criterios de inclusión:

- Pacientes del Hospital de Apoyo Huanta.
- Pacientes con la enfermedad diabéticos.
- Paciente que colaboren voluntariamente y que posibiliten la aplicación del instrumento.

criterios de exclusión:

- Pacientes de que no sean del Hospital de Apoyo Huanta.
- Pacientes con otras enfermedades excepto diabéticos.
- Paciente que no acepten con la colaboración voluntaria y que posibiliten la aplicación del instrumento.

Muestreo:

El tipo de muestreo que se presentó en la investigación es no probabilístico, la cual nos indica que ser por conveniencia o criterio del investigador mismo, ya que se tiene ubicado el sector adecuado de la muestra a estudiar y también la accesibilidad al grupo de pacientes diabéticos.

Unidad de Análisis: Pacientes diabéticos.

3.4. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Técnicas:

3.4.1. Técnica: Encuesta

Dentro de la medición de la Depresión de los pacientes diabéticos como técnica fue una encuesta, la cual nos servirá para cuantificar los datos diseñados teniendo como propósito medir los niveles de la depresión de las personas con diabetes.

Para la medición del abandono de tratamientos en pacientes diabéticos como técnica sería una encuesta, la cual nos servirá para cuantificar los datos teniendo como propósito encontrar el número de abandonos de tratamientos en pacientes diabéticos. (Pfizer, 2010).

3.4.2. Instrumento: Cuestionario

Para la Depresión de los pacientes diabéticos como instrumento es un cuestionario sobre la Escala de Depresión de Zung es un cuestionario auto aplicado formado por 20 ítems asociados con la depresión. (anexo 1)

Tomando como medición:

Cada ítem de la escala puede proporcionar una puntuación entre 1 a 4; el rango de valores es por tanto de 20-80 puntos. Como puntos de cohorte fue de la siguiente manera: ≤ 28 : Ausencia de depresión; Entre 42 y 53: Depresión moderada y ≥ 53 : Depresión grave.

Para el abandono de tratamiento en pacientes diabéticos como instrumento es un cuestionario sobre la “Escala de abandono de tratamiento terapéutico para pacientes con enfermedades crónicas”; basado en la Escala de Adherencia a la medicación de Morisky; compuesta por 21 ítems, tomando como escala de medición: Likert 0 (Nunca o casi nunca), 1 (A veces), 2 (Siempre) y 3 (siempre o casi siempre)

El abandono del tratamiento se determinó de acuerdo a su puntuación, clasificando como no abandono del tratamiento, a los pacientes con 15 puntos y abandono del tratamiento, a los pacientes con puntajes menores a 15. La consistencia interna de esta escala cuantificada con alfa de Cronbach fue de 0,646. (Anexo 2)

3.4.3. Validez y fiabilidad del instrumento

Los instrumentos fueron validados por William W. K. Zung (1965), y Soria; Vega; Nava (2016) de depresión y abandono respectivamente, donde encontraron que los ítems que responden a las variables mostraron buena similitud o consistencia interna. Pues el índice Alfa de Cronbach resulto 0,818 y 0,821. Por lo tanto, existe evidencia suficiente, de una buena aceptación del instrumento.

3.5. Procedimientos

El presente estudio de investigación se realizará solicitando el permiso correspondiente a la dirección del Hospital de Apoyo Huanta, para obtener una base de datos actualizado de los pacientes diabéticos.

La aplicación del instrumento se realizará a cada una de los pacientes diabéticos que estén o hayan estado en el Hospital de Apoyo Huanta; previa explicación del propósito de estudio y consentimiento de éstas, vía telefónica y/o presencial.

Se le explicará a cada paciente diabético y se pedirá colaborar libremente en el estudio. La prueba se tomará siguiendo los criterios de inclusión en un tiempo promedio de 15 minutos, vía telefónica y/ presencial.

3.6. Métodos y análisis de datos

Tomándose en consideración del trabajo de investigación para el respectivo análisis de los datos recolectados se utilizaron:

Los análisis estadísticos descriptivos e inferenciales, para así luego sean procesadas mediante los programas de cálculo informativo de Microsoft office Excel 2019 y programa software de estadística SPSS versión 26 tomando en cuenta la estadística descriptiva: distribución de frecuencias, Gráficos o figuras de estadística.

Y, por otro lado, la estadística inferencial: Pruebas de contrastación de hipótesis ya sea como chi – cuadrado, prueba de normalidad, coeficiente de correlación de Pearson (R) o Spearman (rho) y los comentarios e interpretaciones que nos permitieron analizar los datos obtenidos del instrumento.

3.7. Aspectos Éticos

Durante el desenvolvimiento del trabajo de investigación se mantuvo:

Se cumplió con todos los principios de la ética: respeto a las personas (consentimiento informado), beneficencia y justicia; no se violó ningún derecho de ninguno de los aspectos antes mencionados.

Anonimidad: Se guardó y protegió la identidad del paciente diabético que participó del estudio.

Confidencialidad: Los datos e información proporcionada por los participantes no fueron revelados, solo fueron utilizados con fines de la presente investigación.

Principio de beneficencia: Se consideró “No hacer daño” y no se expuso a los participantes en la investigación a experiencias que resulten en daño serio permanente.

Principio de respeto a la dignidad humana: su participación fue voluntaria.

Principio de justicia: Los participantes tuvieron un trato justo y equitativo antes durante y después de su participación en el presente estudio.

Credibilidad: Se tuvo el cuidado necesario para que la información que resulte de la investigación se ajuste a la verdad.

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados Descriptivos

4.1.1. Tabla de la relación entre variables dependiente e independiente.

Tabla N° 01: Relación entre la depresión y el abandono de tratamiento en pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021

		Abandono
Depresión	Correlación de Pearson	0,761**
	N	25

Fuente: Elaboración Propia

En lo concerniente a la relación presentado en la tabla 1 entre la depresión y el abandono ha determinado el coeficiente de correlación $r_{xy} = 0,761$, que significa que el grado de relación entre las variables mencionadas es positiva de intensidad muy fuerte.

Tabla 1.1: Analizar la relación entre la depresión y abandono de tratamiento en pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021

		Abandono
Depresión	Sig. p	0,000
	N	25

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Con un nivel de significancia 0,05 el valor de $p = 0,000 < 0,05$, con lo cual se demuestra que existe relación significativa entre la depresión y el abandono de tratamiento en pacientes diabéticos.

Tabla 2: Nivel de la Depresión en pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021.

Nivel de la depresión		Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	[20 - 34]	0	0,0
Leve	[35 - 49]	23	92,0
Moderada	[50 - 65]	2	8,0
Grave	[66 - 80]	0	0,0
Total		25	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

Con respecto al nivel de depresión exhibido en la Tabla 2 se describe que, de 25 pacientes diabéticos, ninguno tuvo ausencia de depresión, por lo contrario, el 92,0% tuvieron depresión leve y solo un 8,0% mostraron depresión moderada.

Tabla 3: Nivel de abandono de tratamiento en pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021.

Nivel de abandono		Frecuencia	Porcentaje
Ausencia	[00 - 15]	1	4,0
Leve	[16 - 31]	15	60,0
Moderada	[32 - 47]	9	36,0
Grave	[48 - 63]	0	0,0
Total		25	100,0

Fuente: Cuestionario aplicado por la investigadora

En lo concerniente al nivel de abandono presentado en la Tabla 3 se precisa que, de 25 pacientes diabéticos, el 4,0% mostro ausencia de abandono de tratamiento, sin embargo, el 60,0% y 36,0% de pacientes indican que recibieron leve y moderado abandono de tratamiento.

V. DISCUSIÓN

La depresión es un severo problema de salud pública, considerado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) más del 50 % de los usuarios que sufren de enfermedades crónicas, presentan abandono del tratamiento diario (Soria; Vega; Nava,2016). En consecuencia, en la investigación realizada observamos un gran porcentaje de abandono de tratamiento, ósea no existe adherencia al tratamiento, de acuerdo al contexto y realidad, la población con la que se trabajó, es una población con muchos factores y problemas psicosociales, entre ellas las secuelas de la guerra interna y el terrorismo en los años 80, la cual dejó una población con problemas psicológicos, físicos y enfermedades crónicas como la diabetes, y otras enfermedades, demostrados científicamente que la ansiedad y depresión pueden conllevar a sufrir enfermedades crónicas.

En la presente investigación de enfoque cuantitativo, tipo no experimental y diseño descriptivo correlacional, con una población de 70 pacientes y muestra de 25 pacientes diabéticos, se encuentra relación positiva de intensidad muy fuerte entre la variable de depresión en pacientes diabéticos y abandono de tratamiento, determinado con el coeficiente de correlación de $r_{xy} = 0,761$, hallándose coincidencia según el análisis de Hassan et al, (2015) 14 millones de individuos que padecen de DM en el año 2011, y trascenderá a 28 millones para el año 2030. Las féminas que tienen Diabetes presentan un alto índice de alteración depresivo y/o de ansiedad que las féminas que no presentan Diabetes. Casi 3 de cada 10 féminas con Diabetes refieren alteraciones depresivas, ya que 1 de cada 2 féminas con Diabetes refieren alteración de ansiedad.

Con un nivel de significancia 0,05 el valor de $p = 0,000 < 0,05$, con lo cual se demuestra que existe relación significativa entre la depresión y el abandono de tratamiento en pacientes diabéticos. Coincide con el estudio de Meza (2016), México estudio los factores de índole depresivo en un paciente Diabético de la entidad de Fármacos Familia N° 61. Tuvo como análisis colateral, investigación representativo examinador, prospectivo desarrollado en Medicina Familiar, se realizó una muestra probabilística entre 50 a 70 años con pacientes Diabéticos Mellitus de modelo 2; aplicaron la herramienta Zung en pacientes depresivos y propiedades sociodemográficas, tomando dos agrupaciones que presentan y no

depresivo, El estudio de medición de preferencia importante en variantes numeral y tamaño cualitativo. Teniendo como resultado el 58% controlado de personas que presentan Diabetes sumado con depresión y 43% $p < 0.918$ descontrolado, dentro de la escala de Zung de tipo leve obtuvo un 34% mientras que moderada fue de 6%.

Díaz (2019), realizó un estudio sobre el Grado depresivo en personas de 75 años en adelante, del Establecimiento de Salud 3 de febrero, el plan fue saber determinar la investigación, tipo no práctico, representativo, sección colateral, trabajo con la muestra de 77 adultos mayores aplicando la herramienta de "Test de Zung", teniendo como resultado que se tiene una posibilidad de adquirir esta enfermedad sino no hay compromiso de agentes como brindarle un tratamiento específico y soporte familiar así como presentar la magnitud del estado leve en el aspecto psicológico y por consiguiente puede incrementar esta magnitud afectiva a estado severo y aquí se presenta que los inscritos poseen un dilema en el soporte psicológico y emociones en el entorno familiar así como personal de sanidad, donde desencadenaría una idea suicida, sino hay un apoyo adecuado a estas afecciones. Evidenciado en esta investigación con respecto al nivel de depresión se describe que, de 25 pacientes diabéticos, ninguno tuvo ausencia de depresión, por lo contrario, el 92,0% tuvieron depresión leve y solo un 8,0% mostraron depresión moderada. Llegando a la conclusión que, si no se busca estrategias de trabajo articulado entre los profesionales de la salud, programas sociales, autoridades locales y los familiares de los pacientes, continuaremos con el aumento en los índices de pacientes con enfermedades crónicas y algún diagnóstico de depresión.

En lo concerniente al nivel de abandono presentado en la investigación se precisa que, de 25 pacientes diabéticos, el 4,0% mostro ausencia de abandono de tratamiento, sin embargo, el 60,0% y 36,0% de pacientes diabéticos, indican que recibieron leve y moderado abandono de tratamiento. Lo cual difiere a la investigación de Chacín y Magaton, (2017), que aplicó el cribario de daño cognitivo en adultos diabéticos de tipo 2, diseño transversal, correlacional, investigación descriptivo, se inspecciono en las variantes de análisis: años, sexo, procedimiento, enfermedades, su muestra fue de 57 pacientes, se utilizó el instrumento de Mini Mental y MoCA, obtuvo como efecto: el daño cognitivo es de

71,9% presentes en personas de tipo masculino entre 50 a 65 años. Mientras con daño cognitivo 19,5% no presento adhesión terapéutica y sin daño cognitivo un 12,5% no presento adhesión. Esta investigación concluye que no hubo desigualdades de cálculos significativas de las causas en enfermos que presentan y no presentan daño cognitivo.

VI. CONCLUSIONES

1. Se ha llegado a la conclusión que la relación entre la depresión y el abandono, de las 25 personas muestreadas, presenta un coeficiente de correlación $r_{xy} = 0,761$, que implica grado de relación positiva de intensidad muy fuerte, además dentro del análisis más extenso se ha inferido, con un nivel de significancia 0,05 que existe relación significativa entre las mencionadas, dado que el valor $p = 0,000 < 0,05$.
2. Se ha llegado a la conclusión que el 92.0% de las 25 personas diabéticas muestreadas presentan un cuadro clínico de depresión leve, en consecuencia, el flujo de interconsulta con el área de psicología y no transmisibles, no registran los casos clínicos, por el ausentismo de estos pacientes,
3. Se ha llegado a la conclusión que, de los 25 pacientes diabéticos muestreados, el 60% es de diagnóstico leve y el 36% es de diagnóstico moderado, en ambos casos presentan abandono de tratamiento y solo un porcentaje mínimo de 4% no presenta abandono de tratamiento.

VII. RECOMENDACIONES

1. Al Hospital de Apoyo Huanta, mejorar la organización de interconsultas entre servicios, tanto del servicio de enfermedades no transmisibles como el servicio de Psicología, para la identificación oportuna de casos de pacientes diabéticos con depresión y brindar una atención a tiempo.
2. A la Coordinación de Enfermedades no Transmisibles de la Unidad Ejecutora, para un mejor flujo y estrategias de seguimiento oportuno y cumplimiento de tratamiento en los pacientes diabéticos, implementando un flujograma de atención en el hospital, donde incluyan 01 vez por mes atenciones integrales, especificando atenciones psicológicas obligatorias para todos los pacientes diabéticos.
3. A la responsable del área de enfermedades no transmisibles, mejorar y actualizar el padrón nominal clasificando a pacientes por niveles de riesgo, para tomar más interés a los pacientes que no suelen asistir al hospital a recibir su tratamiento y trabajar articuladamente con el servicio de trabajo social.

REFERENCIAS

- American Diabetes Association THM. Depresión. <http://www.diabetes.org/es/vivir-con-diabetes/complicaciones/salud-mental/depresion.html>.
- Arias, Fonsalía y Asteggiante. (2016). Systemic Autoimmune Diseases and Depressive Disorders Reumatología Clínica. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2011.04.010>
- Cabrera, K. (2019). Niveles de depresión en relación con el tiempo de enfermedad en pacientes diabéticos tipo 2. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/4564/1/REP_MED.HUMA_KARINA.CABRERA_NIVELES.DEPRESI%c3%93N.RELACI%c3%93N.TIEMPO.ENFERMEDAD.PACIENTES.DIAB%c3%89TICOS.TIPO2.pdf
- Cantón E, Domingo A, Psicología D De, España B, Valencia U De. Diabetes insulinoDependiente y Depresión: *análisis De la investigación reciente*. *Rev Lib [Internet]*. 2008;14(1729 - 4827):41–8. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v14n14/a06v14n14.pdf>
- Caldas, S. y Correa, M. Depresión y Deterioro Cognitivo en Personas Adultas Mayores de una Residencia Geriátrica. Disponible de: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2084/trece%20de%20mayo%202019%20%20%202222.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Cabrera, K. (2019). Niveles de depresión en relación con el tiempo de enfermedad en pacientes diabéticos tipo 2. Disponible en: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/4564/1/REP_MED.HUMA_KARINA.CABRERA_NIVELES.DEPRESI%c3%93N.RELACI%c3%93N.TIEMPO.ENFERMEDAD.PACIENTES.DIAB%c3%89TICOS.TIPO2.pdf
- Chacín AM, Magaton DR. Deterioro cognitivo en adultos diabéticos tipo 2 Ciudad Hospitalaria “Dr. Enrique Tejera” septiembre 2016 – abril 2017. Tesis de posgrado, Universidad de Carabobo, Venezuela 2017. Disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/4793/damaga.pdf?sequence=1>
- Constantino, A., Bocanegra, M., León, F., y Díaz, C. (2014). Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital general de Chiclayo. *Revista Médica Herediana*, 25(4), 196-203. Recuperado el 30 de abril de 2021, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2014000400003&lng=es&tlng=es.
- Coronel, B. (2020). Niveles de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo II en un hospital de Chiclayo, *durante setiembre a diciembre del 2019*. Disponible de: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/3215>
- De La Cruz y Delgado. (2019). Manifestaciones De Depresión En Pacientes Que Reciben Tratamiento De Hemodiálisis En El Hospital Nacional Dos De Mayo, Disponible En:

http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/6550/Manifestaciones_DelaCruzGarcia_Consuelo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Del rosario, T. (2020). Factores asociados a depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en hospital PNP Luis N. Sáenz 2019. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2885/TDELROSARIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Díaz Pimentel, E. (2019). Nivel de depresión en el adulto mayor de 75 años del Centro de Salud 3 de febrero – 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/43539>
- Endocrinologa. (2017). DMV. Guías/ADA, Disponible en: www.amp.md.com.
- García, Benítez y Martínez. (2019). Influencia del apego, el género y la aptitud en la indicación quirúrgica en la sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con obesidad mórbida. Disponible en: <https://www.bmi-journal.com/index.php/bmi/article/view/691>
- Fernandez, F. (2009). Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo. *Salud mental*, 32(6), 443-445. Recuperado en 21 de julio de 2021, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000600001&lng=es&tlng=es.
- Fiestas Yarleque, Natali. (2019). Depresión en pacientes con enfermedad renal crónica terminal en hemodiálisis del Hospital Jorge Reátegui Delgado Piura, 2019. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/41482>
- García Chang, Sofía. (2018). Relación entre depresión y diabetes mellitus tipo 2 en pacientes del hospital general guasmo sur de guayaquil-ecuador del año 2017. Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/10488/1/T-UC SG-PRE-MED-667.pdf>
- Guerra M, Prina AM, Ferri CP, Acosta D, Gallardo S, Huang Y, et al. Un estudio comparativo intercultural de la prevalencia de la depresión en la edad avanzada en países de ingresos bajos y medios. *Trastornos afectivos*. 15 de enero de 2016 [citado 1 de marzo de 2019];190:362-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4679114/>
- Guillen, Ordoñez. (2017). Depresión y Ansiedad en Pacientes Adultos en Hemodiálisis de un Hospital Nacional de la Policía Nacional del Perú. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1199/TESIS-Guillen-Ordonez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hasan, S., Clavarino, A, Dingle, K., Mamun, A., Kairuz, T. (2015). Diabetes Mellitus and the Risk of Depressive and Anxiety Disorders in Australian Women: A Longitudinal Study. *J Womens Health (Larchmt)*. (11):889-98. doi: 10.1089/jwh.2015.5210. Epub 2015 Jun 29. PMID: 26121486.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. México: Mc Graw Hill.

- Khan, Z., Lutale, J y Moledina, S. (2019). "Prevalencia de la depresión y factores asociados entre pacientes diabéticos en una clínica ambulatoria de diabetes ", *Psychiatry Journa.* Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2019/2083196>
- Lin EHB, Katon W, Von Korff M, Rutter C, Simon GE, Oliver M, et al. Relationship of Depression and Diabetes Self-Care, Medication Adherence, and Preventive Care. *Diabetes Care.* 2004;27(9):2154–60.
- Lustman PJ, Griffith LS, Gavard J a., Clouse RE, Mellitus ID, Mellitus ND. *Depression in adults with diabetes. Diabetes Care.* 1992;15(11):1631–9.
- Martina, M. (2018). Depresión, alcoholismo y violencia conyugal en el adulto mayor según la encuesta demográfica y de salud familiar 2014-2015. Disponible de: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/9210/Martina_chm.pdf?sequence=1
- Measures O, Issues O, References S. Instructions for Patient Health Questionnaire (PHQ) and GAD-7 Measures. *Heal San Fr [Internet].* 1978;45:1–9. Available from: <http://www.phqscreeners.com/instructions/instructions.pdf>
- Mamani, E. (2020). Influencia del control glicémico en el deterioro cognitivo y depresión en pacientes con diabetes mellitus, hospital Goyeneche 2020. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10914>
- Meza MC. Factores asociados a la depresión en el paciente con diabetes mellitus de la Unidad de Medicina Familia No 61. *Tesis para optar el título de especialista en medicina familiar. Universidad Veracruzana, México 2015.* Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/42241/MezaMedinaMinerva.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Moraima Antunez AAB. Depression in patients with type 2 diabetes who attend an outpatient clinic of internal medicine. *Acta Medica Colomb.* mayo de 2016;41(2).
- OMS. La Salud Mental y Los Adultos Mayores. [Internet]. 2017. [citado 05 jun 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/lasalud-mental-y-los-adultos-mayores>
- (OPS/OMS). La Depresión es el Trastorno Mental más frecuente. [Internet]. 2012. [citado 06 jun 2018]. Disponible en: Http://Www.Paho.Org/Arg/Index.Php?Option=Com_Content&View=Article&Id=1047: Dia-Mundial-Salud-Mental-Depresion-Es-Trastorno-Mental-MaFrecuente-&Catid=669 ----Salud-Mental-Y-Prevencion-DeLaViolencia&Itemid=236
- Orellana M, Munguía A. Insuficiencia Renal y Depresión. *Revista del postgrado de psiquiatría. Honduras [Internet]; 2008 [Citado: 2019 -Feb-08].* Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/cp/v12n2/1688-4221-cp-12-02- 205.pdf>
- Patient Health Questionnaire (PHQ) Screeners [Internet]. Pfizer. 2010 [cited 2014 Jul30]. Disponible en: http://www.phqscreeners.com/overview.aspx?Screener=02_PHQ-9

- PHQ-9: Lista de verificación de nueve síntomas PHQ-9: Hoja de registro de puntuación [Internet]. Pfizer. p. 1-3. Disponible en: http://www.gericareonline.net/tools/spn/depression/attachments/Dep_05_PHQ_9_sp.pdf
- PERÚ21. Salud mental en los adultos mayores. 2013 [citado 18 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://peru21.pe/vida/salud-mental-adultos-mayores-128450>
- Pulido OF, Peña SR, Rubio RG, González GJ, Pérez-Herrero CJR, Vázquez RJJ, Pérez-Medel AP. Factores predictivos del abandono del tratamiento antituberculoso en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. *Rev. Clin Esp.* 1997;197(3): 163,6.
- Rodríguez J. Jaime, Kohn R. Antoni, Aguilar G. Soledad. Organización Panamericana de la Salud. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2009. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v28n2/v28n2a11.pdf>
- Rivarola, A., Brizuela, M. y Rolón, A. (2019). Nivel de depresión según la cronicidad de la Diabetes Mellitus tipo 2 y sus comorbilidades en pacientes de las Unidades de Salud, Encarnación, Paraguay 2018. *Rev. Salud pública Parag. | Vol. 9 N° 2.* <http://scielo.iics.una.py/pdf/rspp/v9n2/2307-3349-rspp-9-02-9.pdf>
- Rosario, T. (2020). Factores asociados a depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en hospital pnp luis n. saenz 2019. <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2885/TDELROSARIO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Rosas, J., Villanueva, A., Pantani, F., Lozano, A., y Ticse, R. (2019). Frecuencia de depresión y ansiedad no diagnosticadas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la consulta externa de un hospital general de Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 82(3), 166-174. <https://dx.doi.org/10.20453/rnp.v82i3.3569>
- Sandoval C, Carlos. Depresión y suicidio en el adulto mayor. Lima. [Internet]. RPP. 2014. [citado 23 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://rpp.pe/lima/actualidad/depresion-y-suicidio-en-eladulto-mayor-noticia-718392>
- Sampieri, R. H. y Mendoza Torres C. P. (2018). Metodología de la investigación: las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw Hill México.
- Sistema Integral de Adherencia Terapéutica. http://e-siat.net/Siat_Sistema_Integral_de_Adherencia_Terapeutica.pdf
- Soto Reyes, N. (2018). Adherencia al tratamiento en pacientes con diagnóstico de Diabetes Mellitus Tipo II en el consultorio de endocrinología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión, Callao 2018. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/28164/Soto_RNC.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Talbot F, Nouwen A. A review of the relationship between depression and diabetes in adults: Is there a link? *Diabetes Care* [Internet]. 2000;23(10):1556–62. Available from: <http://care.diabetesjournals.org/content/23/10/1556.full.pdf>
- Tapash R. Epidemiology of depression and diabetes: A systematic review. 2013.
- Urritia, D., y Segura, E. (2016). Sintomatología depresiva y diabetes mellitus tipo 2 en una muestra ambulatoria de un hospital de las Fuerzas Armadas en Lima, Perú, 2012: estudio transversal. *Revista Biomédica Medwave Abr*;16(3): e6435. <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/Investigacion/6435.act>
- Vázquez, A., y Mukamutara, J. (2020). Depresión en pacientes con diabetes mellitus y su relación con el control glucémico. *MEDISAN*, 24(5), 847-860. *Epub 05 de octubre de 2020*. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000500847&lng=es&tlng=es.
- Vega, y B.E. (2017). Trastorno Depresivo En Personas Con Enfermedades Crónicas Que Reciben Atención En Los Centros De Salud De Comas E Independencia 2017. Disponible En: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/12056/Vega_BE.pdf?sequence=1
- Viteri, E.E. (2018). Trastornos Psicosociales En Pacientes Diabéticos Con Lesiones Vasculares Periféricas Que Se Presentaron En El Hospital Básico Duran En El Año 2017. Guayaquil. Repositorio universidad de Guayaquil. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/31511/1/CD-2708-VITERI%20PARRAGA.pdf>
- Soria; Vega; Nava (2016) Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. UNAM. México. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X200900010008.
- Duch; Ruiz; Porras; Allué; Vall. Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en Atención Primaria. *Semergen* 1999; 25(3):209–225. Disponible en: <http://espectroautista.info/ZDS-es.html#B1>
- Fernández; (2009) Las cuatro dimensiones del enfermo depresivo. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n6/v32n6a1.pdf>

ANEXO

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: DEPRESIÓN Y ABANDONO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL SERVICIO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DEL HOSPITAL DE APOYO HUANTA, 2021.

AUTOR: ELOISA DONAIDA ORE CANCHIS

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES / CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS			
<p>Problema principal:</p> <p>¿Existe relación de la depresión con el abandono en el tratamiento de pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la relación entre la depresión y el abandono de tratamiento en pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021</p> <p>Objetivos específicos:</p> <p>Identificar el nivel de la depresión en pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021.</p> <p>Identificar el nivel de abandono de tratamiento en pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Existe relación entre Depresión y el Abandono de tratamiento de pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021</p> <p>Hipótesis específicas:</p> <p>Existe nivel bajo de la Depresión en pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021.</p> <p>Existe nivel bajo de Abandono de tratamiento en pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021.</p>	<p>Variable Independiente: Depresión</p> <p>La depresión es la dolencia más común y grave, que afecta física y mentalmente, sobre todo afecta la forma de pensar y sentir. Provocando deseos de aislamiento familiar, trabajo, amistades, entre otros. Las consecuencias pueden conllevar a causar ansiedad, disminución de peso, sueño, apetito y desinterés por la vida, insatisfacción de las actividades realizadas. (Orellana, 2019)</p>			
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
			Humor Anhedónico	Estado de ánimo	1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,1	Cuestionario Escala de Likert
			Anergia	Sueño y apetito	8,19,20	
			Discomunicación	Temor ante situaciones		
			Ritmopatía	Ansiedad		

ENFOQUE:
Cuantitativo

TIPO: No es experimental

DISEÑO: descriptivo - correlacional

POBLACIÓN:

Para la presente tesis de investigación la población estuvo conformada por 70 pacientes diabéticos en el Hospital de Apoyo Huanta, 2021

TIPO DE MUESTREO:

El tipo de muestreo que se presentó en la investigación es no probabilístico, la cual nos indica que puede ser por conveniencia o criterio del investigador mismo, ya que se tiene ubicado el sector adecuado de la muestra a estudiar y también la accesibilidad al grupo de pacientes diabéticos.

TAMAÑO DE MUESTRA:

Se tomó como muestra de estudio 25 pacientes diabéticos del Hospital de Apoyo Huanta. Por consiguiente, se tomó esta muestra para que sea una cantidad adecuada y representativa para llevar a cabo la investigación.

Variable 2: Abandono de tratamiento en pacientes diabéticos

El abandono del régimen terapéutico es considerado como uno de los obstáculos fundamentales para controlar la diabetes, ya que reduce la eficacia de los programas nacionales incrementando el riesgo de mortalidad y aumento de comorbilidad, la cual influye en una mayor frecuencia de recaídas y fracasos en el régimen terapéutico.

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Niveles o rangos
Personal de salud y sistema de atención	Confianza en medico	1,2,3,4,5,6,7, 8,9,10,11,12, 13,14,15,16, 17,18,19,20, 21.	Cuestionario. Escala de Likert
Proceso de enfermedad	Tratamiento del paciente Atención a mi enfermedad		
Factor socioeconómico	Alimentación		

Fuente: Elaboración propia

TABLA DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

TÍTULO: DEPRESIÓN Y ABANDONO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL SERVICIO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DEL HOSPITAL DE APOYO HUANTA, 2021.

Alumna: Eloisa Donaida Ore Canchis

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición/Instrumento
Depresión	La depresión es la dolencia más común y grave, que afecta física y mentalmente, sobre todo afecta la forma de pensar y sentir. Provocando deseos de aislamiento familiar, trabajo, amistades, entre otros. Las consecuencias pueden conllevar a causar ansiedad, disminución de peso, sueño, apetito y desinterés por la vida, insatisfacción de las actividades realizadas. (Orellana, 2019)	La depresión se operacionalizó mediante un cuestionario ya validado en España, por William W. K. Zung en el año 1965 denominado: Escala de Depresión de Zung (ZDS) compuesta por 20 ítems, asociados con la depresión, mediante la formulación de diez ítems positivos y diez ítems negativos. Los síntomas somáticos y los cognitivos tienen mayor peso, siendo ocho ítems para cada grupo, completando la escala con dos ítems concernientes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.	Humor Anhedónico Anergia Discomunicación Ritmopatía	Estado de ánimo Sueño y apetito Temor ante situaciones Ansiedad	Ordinal / cuestionario
Abandono de tratamiento en pacientes diabéticos	El abandono del régimen terapéutico es considerado como uno de los obstáculos fundamentales para controlar la diabetes, ya que reduce la eficacia	El abandono del tratamiento en pacientes diabéticos se operacionalizó mediante la aplicación de un cuestionario ya validado por Soria; Vega; Nava (2016) denominado: Escala de adherencia terapéutica para pacientes con	Personal de salud y sistema de atención	Confianza en medico	Ordinal/ cuestionario

ANEXO 01
ESCALA DE AUTOVALORACIÓN D. D.

POR W. W. K. ZUNG

NOMBRES: _____ Edad: _____ Sexo: _____ DNI: _____

EE.SS. Pertenece: _____ Fecha: ____/____/____

Dirección: _____ Teléfono: _____

		NUNCA O CASI NUNCA	A VECES	CON BASTANTE FRECUENCIA	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	PUNTOS
1	Me siento decaído y triste.					
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.					
3	Siento ganas de llorar o irrumo en llanto					
4	Tengo problemas para dormir por las noches					
5	Tengo tanto apetito como antes.					
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.					
7	Noto que estoy perdiendo peso.					
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.					
9	Mi corazón late más rápido de lo normal					
10	Me canso sin motivo.					
11	Tengo la mente tan clara como antes.					
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.					
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.					
14	Tengo esperanza en el futuro.					
15	Estoy más irritable que antes.					
16	Me es fácil tomar decisiones.					
17	Me siento útil y necesario.					
18	Me satisface mi vida actual.					
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.					
20	Todavía disfruto de las mismas cosas que antes.					
TOTAL DE PUNTOS						

Validado en España, por William W. K. Zung en el año 1965

FICHA TÉCNICA	
Nombre	ESCALA DE AUTO MEDICIÓN
Autor	Dr. William Zung
Aplicación	Individual o colectiva
Ámbito de aplicación	
Duración	05 minutos de trabajo efectivo
Finalidad	Medir las llamadas “depresiones ocultas”, economizando tiempo valioso en la clínica y varias sesiones de entrevista de estudio
Material	<p>Cuestionario de auto medición de la Depresión (EAMD), manual y parrillas de calificación Zung - Índice EAMD.</p> <p>La Escala de Zung, cuenta con 20 ítems, todos con relación a Depresión. Cada ítem de la escala proporciona una puntuación entre 1 a 4; según el siguiente detalle: nunca o casi nunca (1); a veces (2); con bastante frecuencia (3) y siempre o casi siempre (4)</p>

INTERPRETACION:

La Escala de Zung, cuenta con 20 ítems, todos con relación a Depresión.; los ítems se encuentran divididas en 2 partes, la mitad en negativas y la otra en positivas. Cada ítem de la escala proporciona una puntuación entre 1 a 4; según el siguiente detalle: nunca o casi nunca (1); a veces (2); con bastante frecuencia (3) y siempre o casi siempre (4)

Todos estos ítems, indican 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras.

Por tanto, el rango de valores puede oscilar entre 20-80 puntos.

Puntos de corte	
≤ 28	Ausencia de depresión
Entre 28 y 41	Depresión leve
Entre 42 y 53	Depresión moderada
≥ 53	Depresión grave

ANEXO 2

ESCALA DE ABANDONO DE TRATAMIENTO TERAPÉUTICO PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS

NOMBRES: _____ Edad: _____ Sexo: _____ DNI: _____

EE.SS. Pertenece: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Dirección: _____ Teléfono: _____

INSTRUCCIONES: Lea con atención los ítems y marqué con un aspa (X) la respuesta que corresponda de acuerdo a la situación en la que se encuentra.

		NUNCA O CASI NUNCA	A VECES	CON BASTANTE FRECUENCIA	SIEMPRE O CASI SIEMPRE	PUNTOS
1	Ingiero mis medicamentos de manera puntual					
2	No importa que el tratamiento sea largo, siempre ingiero mis medicamentos a la hora indicada					
3	Me hago análisis en los periodos que el médico me indica					
4	Si tengo que seguir una dieta rigurosa, la respeto					
5	Asisto a mis consultas de manera puntual					
6	Atiendo a las recomendaciones del médico en cuanto a estar al pendiente de cualquier síntoma que pueda afectar mi estado de salud					
7	Estoy dispuesto a dejar de fumar o ingerir bebidas alcohólicas, si el médico me lo ordena					
8	Como solo aquellos alimentos que el médico me permite					
9	Si el médico me inspira confianza, sigo el tratamiento					
10	Después de haber terminado el tratamiento, regreso a consulta si el médico me indica que es necesario para verificar mi estado de salud					
11	Cuando me dan resultados de mis análisis clínicos, estoy más seguro de lo que tengo y me apegó más al tratamiento					
12	Si mi enfermedad no es peligrosa, pongo poca atención en el tratamiento					
13	Cuando tengo mucho trabajo o muchas cosas que hacer se olvida tomar mis medicamentos					
14	Cuando los síntomas desaparecen deje el tratamiento, aunque no esté concluido					
15	Si en poco tiempo no veo mejoría en mi salud dejo el tratamiento					
16	Si el tratamiento exige hacer ejercicio continuo, lo hago					
17	Para que yo siga el tratamiento es necesario que otros me recuerden que debo tomar mis medicamentos					

18	Como me lo recomienda el médico, me hago mis análisis clínicos periódicamente, aunque no esté enfermo					
19	Me inspira confianza que el medico demuestre conocer mi enfermedad					
20	Si se sospecha que mi enfermedad es grave, hago lo que esté en mis manos para aliviarme					
21	Aunque el tratamiento sea complicado, lo sigo					
Total, de punto						

Validado por Soria; Vega; Nava (2016)

INTERPRETACION:

El abandono de tratamiento se determinó de acuerdo a su puntuación, clasificando como ausencia de abandono a los pacientes con menos de 20 puntos y con abandono entre leve, moderado y severo con puntaje mayores a 34 puntos.

FICHA TÉCNICA	
Nombre	ESCALA DE ADHERENCIA TERAPÉUTICA PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS
Autor	Soria; Vega; Nava (2016)
Aplicación	Individual o colectiva
Ámbito de aplicación	
Duración	05 minutos de trabajo efectivo
Finalidad	Medir la adherencia al tratamiento y cuantificar el abandono de tratamiento.
Material	“Escala de adherencia terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas” basado en la Escala de Adherencia a la medicación de Morisky. medición: Likert 0 (Nunca o casi nunca), 1 (A veces), 2 (con bastante frecuencia) y 3 (siempre o casi siempre)

ANEXO 3

PRUEBA DE NORMALIDAD DE LOS PUNTAJES EN LA DEPRESIÓN Y ABANDONO DE TRATAMIENTO.

Pruebas de normalidad			
Shapiro-Wilk			
	Estadístico	gl	p
Depresión	0,983	25	0,941
Abandono	0,962	25	0,453

ANEXO 4

FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DEPRESIÓN

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos o ítem
0,818	20

FIABILIDAD DEL INSTRUMENTO ABANDONO

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos o ítem
0,821	21

Fuente: Tomado de investigación de Soria; Vega; Nava (2016)

ANEXO 5

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA REALIZAR LAS INVESTIGACIONES EN LA INSTITUCION ELEGIDA Y PUBLICACIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CARTA N°24- 2021-GRA/GG-GRDS-DRSA-REDNHTA-HHTA-URR.HH-ETM.

Huanta, 28 de Mayo del 2021.

Srta.

Lic. Enf. Eloisa D. Oré Canchis.

CIUDAD.-

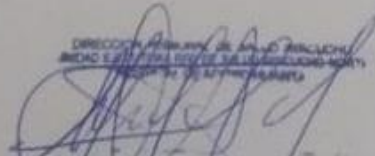
Asunto: AUTORIZA TRABAJO DE INVESTIGACION
"DEPRESION Y ABANDONO DE TRATAMIENTO EN
PACIENTES DIABETICOS EN EL SERVICIO DE
ENFERMEDADES NO TRASMISIBLES".

De mi consideración.

Previo un cordial saludo a nombre de la Institución y el mío propio, la presente es ponerle en conocimiento la autorización a la petición de trabajo de Investigación "DEPRESION Y ABANDONO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABETICOS EN EL SERVICIO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DEL HOSPITAL DE APOYO HUANTA". Debiendo, efectuarla con fines evidentemente académicos, de manera confidencial en el manejo de datos de información y su posterior repositorio institucional.

Sin otro particular me suscribo de Usted.

Atentamente;

DIRECCION REGIONAL DE SALUD AREQUIBA
INICIO ESPECIALIZADO DE SALUD INVESTIGACION HUANTA
RECTORIA DE HUANTA

Bachir Ordoñez Estroza
JEFE DE RECURSOS HUMANOS

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO Y/O ASENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento informado

El propósito de esta ficha de consentimiento es dar a los participantes de esta investigación una clara explicación de la misma, así como de su rol de participante.

La presente investigación es conducida porestudiante de Posgrado de la Universidad Cesar Vallejo. El objetivo de esta investigación es

Si ~~ud.~~ ~~Accede~~ a participar de este estudio se le pedirá responde un/ unos cuestionarios de Esto tomará aproximadamente minutos de su tiempo. La participación de este estudio estrictamente voluntarias. La información que se recoja será estrictamente confidencial siendo codificados mediante un número de identificación por lo que serán de forma anónima, por último, solo será utilizada para los propósitos de esta investigación. Una vez transcritas las respuestas los cuestionarios se destruirá. Si tiene alguna duda de la investigación puede hacer las preguntas que requiera en cualquier momento durante su participación. Igualmente puede dejar de responder el cuestionario sin que esto le perjudique.

De tener preguntas sobre su participación en este estudio puede contactar a al teléfono o correo.....

Agradecida desde ya para su valioso aporte.

Atentamente

Nombre del autor.....

Firma del autor.....

Yo acepto _____ preciso haber sido informado/a respecto al propósito del estudio y sobre los aspectos relacionados con la investigación

Acepto mi participación en la investigación científica referida

Firma y nombre del participante

ANEXO 7

BASE DE DATOS DE ESCALA DE DEPRESIÓN

Pacientes	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	Depresión	Nivel
1	2	3	1	1	4	4	1	2	1	2	2	2	2	2	2	3	4	4	1	4	47	Depresión Leve
2	3	3	2	4	3	2	1	4	1	1	2	2	4	2	2	1	1	2	3	4	47	Depresión Leve
3	2	2	2	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	3	4	2	3	3	1	3	49	Depresión Leve
4	2	3	3	4	2	3	3	2	1	1	2	3	1	3	3	2	3	3	1	2	47	Depresión Leve
5	2	2	2	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	3	1	2	2	1	3	42	Depresión Leve
6	4	1	4	3	1	2	4	3	2	4	2	3	4	2	4	2	3	1	2	2	53	Depresión moderada
7	3	3	4	4	2	3	3	3	3	2	2	2	3	3	2	1	1	2	2	2	50	Depresión moderada
8	1	2	1	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	4	1	4	4	4	1	4	39	Depresión Leve
9	2	2	1	1	2	2	2	3	3	2	3	3	2	3	2	1	4	3	1	2	44	Depresión Leve
10	3	2	3	3	2	2	1	2	2	3	2	1	2	3	2	2	3	2	2	3	45	Depresión Leve
11	2	1	1	2	3	2	3	2	1	2	3	2	2	3	1	2	3	3	1	2	41	Depresión Leve
12	2	2	1	3	3	2	3	2	1	2	3	2	1	3	2	2	3	3	1	3	44	Depresión Leve
13	1	1	1	1	2	2	3	1	1	1	4	2	1	4	1	1	4	4	1	4	40	Depresión Leve
14	2	2	2	3	3	2	3	3	1	1	2	3	2	3	2	2	2	3	1	2	44	Depresión Leve
15	1	3	1	2	3	2	1	3	1	1	2	3	1	3	2	2	3	3	1	3	41	Depresión Leve
16	2	2	3	3	3	2	3	2	1	1	2	2	2	3	3	2	3	3	1	3	46	Depresión Leve
17	2	2	1	1	2	2	2	1	1	1	3	2	2	3	4	4	4	4	3	3	47	Depresión Leve
18	2	2	1	1	1	1	2	1	1	1	3	3	1	3	2	3	3	3	2	2	38	Depresión Leve
19	1	1	2	3	3	2	3	3	2	2	2	2	1	2	2	2	3	3	2	2	43	Depresión Leve
20	3	3	3	3	2	1	2	2	3	3	2	2	3	2	2	1	2	2	2	2	45	Depresión Leve
21	2	2	3	2	2	2	3	2	1	1	2	2	1	3	2	3	3	3	1	2	42	Depresión Leve
22	3	3	2	2	2	2	3	4	2	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	47	Depresión Leve
23	3	3	3	3	2	1	1	1	1	1	2	2	2	2	3	2	2	2	1	2	39	Depresión Leve
24	1	3	1	3	3	2	3	3	3	3	2	2	2	2	3	1	2	3	2	2	46	Depresión Leve
25	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	2	1	1	3	2	2	3	3	3	2	36	Depresión Leve

ANEXO 8

BASE DE DATOS DE ESCALA DE ABANDONO DE TRATAMIENTO

Pacientes	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20	P21	Abandono	Nivel
1	3	3	3	1	3	3	2	1	2	2	2	2	0	0	0	2	0	3	3	2	2	39	Abandono moderado
2	3	2	2	1	2	2	3	0	2	3	1	1	2	0	0	1	1	2	2	1	1	32	Abandono moderado
3	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	40	Abandono moderado
4	3	2	3	0	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	29	Abandono Leve
5	2	2	3	0	1	2	2	0	1	1	1	1	2	2	1	0	2	1	1	2	1	28	Abandono Leve
6	2	3	2	1	3	2	3	3	3	2	3	1	1	1	0	1	1	1	2	2	2	39	Abandono moderado
7	3	2	2	2	2	2	3	1	3	2	2	2	1	1	0	1	1	2	2	2	2	38	Abandono moderado
8	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	Abandono Leve
9	3	3	3	3	3	3	2	1	2	2	2	0	1	0	0	1	1	2	2	2	2	38	Abandono moderado
10	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	23	Abandono Leve
11	2	2	1	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	27	Abandono Leve
12	3	2	2	0	2	1	2	0	2	1	2	1	2	1	1	0	1	2	2	2	2	31	Abandono Leve
13	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	20	Abandono Leve
14	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	1	2	1	1	2	2	2	37	Abandono moderado
15	1	1	1	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	Abandono Leve
16	2	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	Abandono Leve
17	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	2	2	2	1	1	2	1	2	1	1	29	Abandono Leve
18	1	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	1	2	0	2	2	1	1	1	26	Abandono Leve
19	2	2	1	1	2	2	2	1	2	1	2	1	1	1	1	0	1	1	2	2	2	30	Abandono Leve
20	1	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	35	Abandono moderado
21	2	2	2	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	27	Abandono Leve
22	2	2	1	1	1	1	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	2	27	Abandono Leve
23	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	22	Abandono Leve
24	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	34	Abandono moderado
25	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	2	2	2	0	1	1	1	14	Ausencia de abandono

ANEXO 9

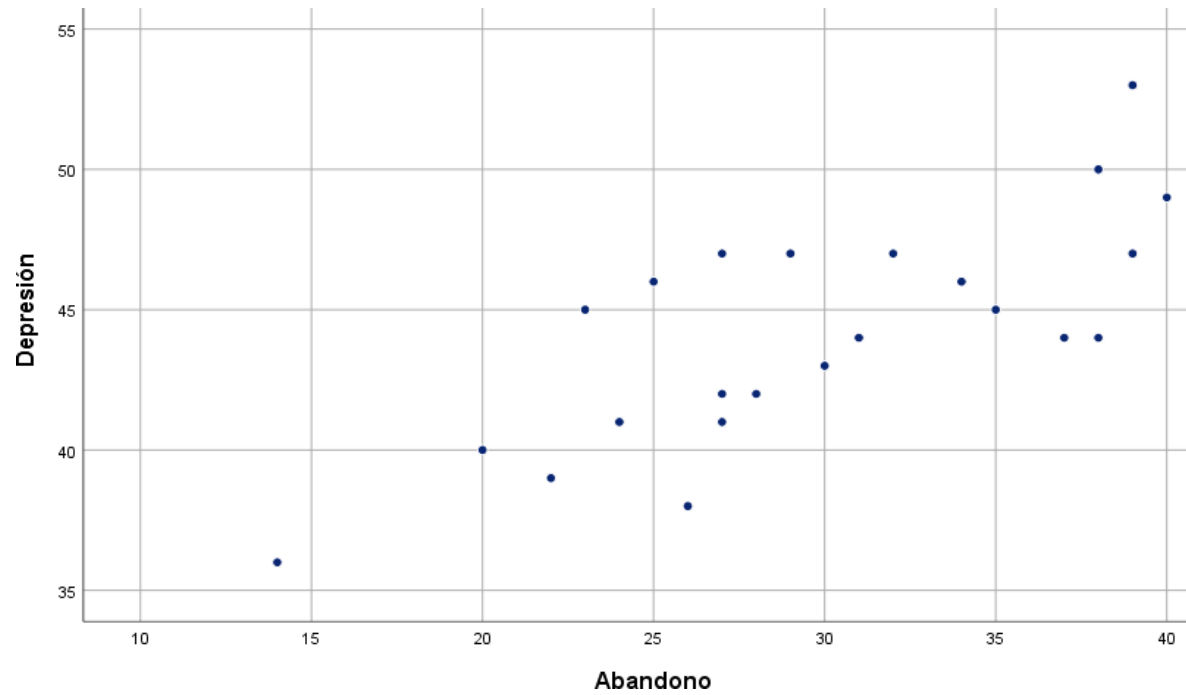


Gráfico 1: Relación entre la depresión y el abandono de tratamiento en pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021

ANEXO 10

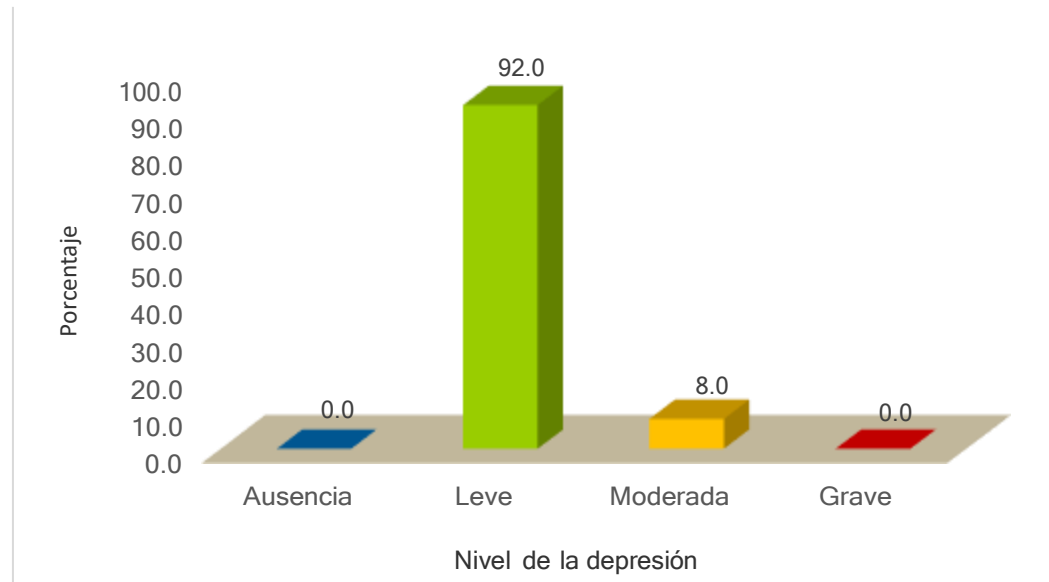


Figura 2: *Nivel de la Depresión en pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021.*

ANEXO 11

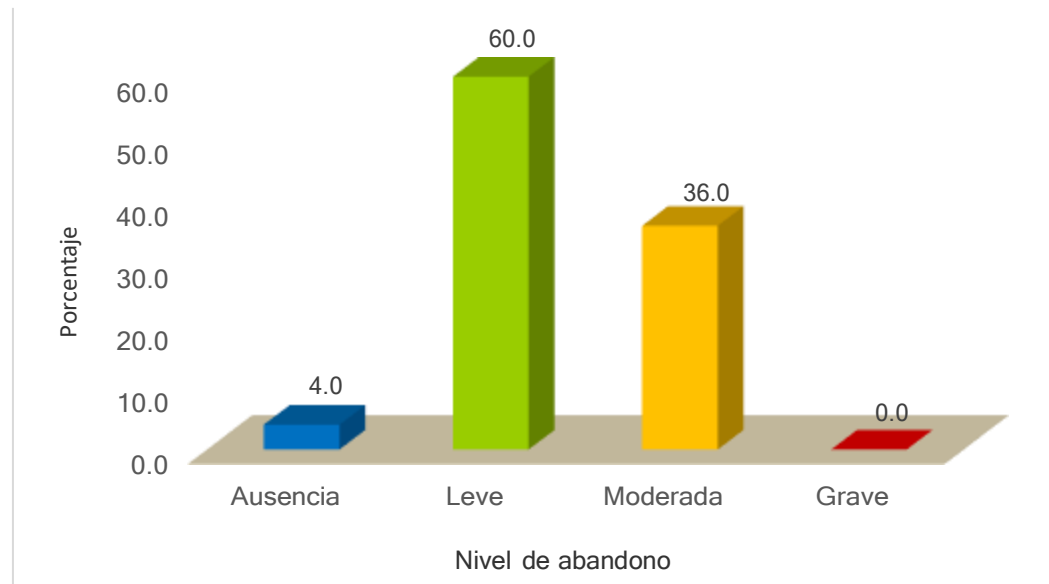


Figura 3: Nivel de abandono de tratamiento en pacientes diabéticos del servicio de enfermedades no transmisibles del Hospital de Apoyo Huanta, 2021.



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

Siendo las 14:40 horas del 27/07/2021, el jurado evaluador se reunió para presenciar el acto de sustentación de Tesis titulada: "DEPRESIÓN Y ABANDONO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL SERVICIO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DEL HOSPITAL DE APOYO HUANTA, 2021.", presentado por el autor ORE CANCHIS ELOISA DONAIDA estudiante MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD.

Concluido el acto de exposición y defensa de Tesis, el jurado luego de la deliberación sobre la sustentación, dictaminó:

Autor	Dictamen
ELOISA DONAIDA ORE CANCHIS	Unanimidad

Firmado digitalmente por:
JCAMPOSLL18 el 27 Jul 2021
15:29:33

JOSE PAUL CAMPOS LLERENA
PRESIDENTE

Firmado digitalmente por: CHFABIANF el
27 Jul 2021 15:30:01

CARLOS HUMBERTO FABIAN FALCON
SECRETARIO

Firmado digitalmente por: LRAMIREZCA71 el
27 Jul 2021 15:29:38

LUIS ENRIQUE RAMIREZ CALDERON
VOCAL



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Autorización de Publicación en Repositorio Institucional

Yo, ORE CANCHIS ELOISA DONAIDA identificado con DNI N° 44958157, (respectivamente) estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO y MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, autorizo (X), no autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi Tesis: "DEPRESIÓN Y ABANDONO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL SERVICIO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DEL HOSPITAL DE APOYO HUANTA, 2021."

En el Repositorio Institucional de la Universidad César Vallejo, según esta estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33.

Fundamentación en caso de NO autorización:

--

LIMA, 27 de Julio del 2021

Apellidos y Nombres del Autor	Firma
ORE CANCHIS ELOISA DONAIDA DNI: 44958157 ORCID 0000000-17743-0664	Firmado digitalmente por: EOREC el 27-07-2021 07:47:28

Código documento Trilce: TRI - 0153630



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, RAMIREZ CALDERON LUIS ENRIQUE, docente de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "DEPRESIÓN Y ABANDONO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL SERVICIO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DEL HOSPITAL DE APOYO HUANTA, 2021.", cuyo autor es ORE CANCHIS ELOISA DONAIDA, constato que la investigación cumple con el índice de similitud establecido, y verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

LIMA, 27 de Julio del 2021

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
RAMIREZ CALDERON LUIS ENRIQUE DNI: 06776978 ORCID 0000-0003-3991-9746	Firmado digitalmente por: LRAMIREZCA71 el 19-08- 2021 23:11:12

Código documento Trilce: TRI - 0153631



ESCUELA DE POSGRADO

MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD

Declaratoria de Originalidad del Autor

Yo, ORE CANCHIS ELOISA DONAIDA estudiante de la ESCUELA DE POSGRADO MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE LA SALUD de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan la Tesis titulada: "DEPRESIÓN Y ABANDONO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS DEL SERVICIO DE ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES DEL HOSPITAL DE APOYO HUANTA, 2021.", es de mi autoría, por lo tanto, declaro que la Tesis:

1. No ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
2. He mencionado todas las fuentes empleadas, identificando correctamente toda cita textual o de paráfrasis proveniente de otras fuentes.
3. No ha sido publicada, ni presentada anteriormente para la obtención de otro grado académico o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados no han sido falseados, ni duplicados, ni copiados.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Nombres y Apellidos	Firma
ELOISA DONAIDA ORE CANCHIS DNI: 44958157 ORCID 0000000-17743-0664	Firmado digitalmente por: EOREC el 27-07-2021 07:47:29

Código documento Trilce: TRI - 0153633