

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



TESIS

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y PRÁCTICAS DE
AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES CON DIABETES
MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL II-E
SIMÓN BOLÍVAR - CAJAMARCA, 2025**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORA:

Bach. Enf. RAMIREZ HUARIPATA, ANACELI

ASESORA:

Dra. ESTRADA PÉREZ, MARINA VIOLETA

CAJAMARCA- PERÚ

2026

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Anaceli Ramírez Huaripata**

DNI: **76075099**

Escuela Profesional/Unidad UNC: **Escuela Profesional de Enfermería**

2. Asesora: **Dra. Marina Violeta Estrada Pérez**

Facultad/Unidad UNC: **Facultad de Ciencias de la Salud**

3. Grado académico o título profesional

☐ Bachiller

☒ Título profesional

☐ Segunda especialidad

☐ Maestro

☐ Doctor

4. Tipo de Investigación:

☒ Tesis

☐ Trabajo de investigación

☐ Trabajo de suficiencia profesional

☐ Trabajo académico

5. Título de Trabajo de Investigación:

**NIVELES DE DEPRESIÓN Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LOS
PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL
II-E SIMÓN BOLÍVAR – CAJAMARCA, 2025**

6. Fecha de evaluación: **11/03/2026**

7. Software antiplagio: ☒ TURNITIN ☐ URKUND (ORIGINAL) (*)

8. Porcentaje de Informe de Similitud: **12%**

9. Código Documento: **oid: 3117:566333162**

10. Resultado de la Evaluación de Similitud:

☒ APROBADO ☐ PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO

Fecha Emisión: 11/03/2026

*Firma y/o Sello
Emisor Constancia*



Dra. Marina Violeta Estrada Pérez
DNI. 26691371

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

Copyright © 2026 by
RAMIREZ HUARIPATA ANACELI

Todos los derechos reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

Ramirez A. 2026. **NIVELES DE DEPRESIÓN Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL II-E SIMÓN BOLÍVAR - CAJAMARCA, 2025/** Ramirez Huaripata Anaceli
106 páginas.

Asesora: Dra. Estrada Pérez, Marina Violeta

Docente Principal de la Escuela Profesional de Enfermería – UNC - Cajamarca

Disertación académica para optar el Título profesional de Licenciada en Enfermería - UNC
2026

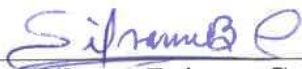
**NIVELES DE DEPRESIÓN Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES
CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL II-E SIMÓN
BOLÍVAR – CAJAMARCA, 2025**

AUTORA : Bach. Enf. Anaceli Ramirez Huaripata

ASESORA : Dra. Marina Violeta Estrada Pérez

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del Título profesional de Licenciada en Enfermería de la Universidad Nacional de Cajamarca, por los siguientes miembros del jurado evaluador:

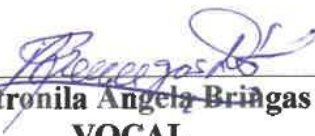
JURADO EVALUADOR



**Dra. Miriam Silvana Bringas Cabanillas
PRESIDENTE**



**M. Cs. Yeny Olga Iglesias Flores
SECRETARIA**



**M. Cs. Petronila Angela Bringas Durán
VOCAL**



MODALIDAD "A"

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA LA OBTENCIÓN DEL
TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA**

En Cajamarca, siendo las 5.00 pm del 24 de febrero del 2026, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico, reunidos en el ambiente 18-103 de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de tesis denominada:

Niveles de Depresión y Prácticas de Autocuidado de los Pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 Atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025

del (a) Bachiller en Enfermería:

Anaceli Ramirez Huaripote

Siendo las 7.00 pm del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: Excelente, con el calificativo de: 19, con lo cual el (la) Bachiller en Enfermería se encuentra apte para la obtención del Título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA**.

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente:	<u>Dra. Miriam Silveira Brings Cobanillas</u>	<u>Silveira</u>
Secretario(a):	<u>H.Cs. Yany Olga Iglesias Flores</u>	<u>Iglesias</u>
Vocal:	<u>H.Cs. Petronila Angeles Brings Durán</u>	<u>Brings</u>
Accesitaria:		
Asesor (a):	<u>Dra. Marlene Violeto Estrada Pique</u>	<u>Violeto</u>
Asesor (a):		

Términos de Calificación:

EXCELENTE (19-20)

MUY BUENO (17-18)

BUENO (14-16)

REGULAR (12-13)

REGULAR BAJO (11)

DESAPROBADO (10 a menos)

DEDICATORIA

A Dios, por siempre guiarme y hacer posible que haya alcanzado uno de mis objetivos.

A mis padres, María y Edilberto, por brindarme su amor, cariño, motivación y apoyo incondicional a lo largo de este proceso.

A mis hermanos, por su compañía, comprensión y aliento constante.

A mis amigos(as), por estar presentes desde el inicio de mi carrera, por brindarme su amistad y confianza, las cuales han sido una gran motivación para seguir.

Anaceli Ramirez Huaripata

AGRADECIMIENTOS

A mis padres, hermanos y demás familiares, por su apoyo incondicional, confianza y amor, los cuales fueron un pilar fundamental para alcanzar mis objetivos.

A mi asesora, la Dra. Marina Estrada Pérez, por su orientación académica, compromiso y guía constante durante el desarrollo de esta investigación.

A las personas con diagnóstico de diabetes mellitus, quienes día a día se esfuerzan por seguir adelante y que, de manera voluntaria y sin ningún tipo de condición, aceptaron participar en este estudio.

Al personal de salud del Hospital Simón Bolívar, por brindarme las facilidades y la información necesaria, lo cual hizo posible el desarrollo de esta investigación.

A la Universidad Nacional de Cajamarca, mi casa de estudios, por los valiosos conocimientos adquiridos, los cuales han sido fundamentales para mi desarrollo profesional y personal.

Anaceli Ramirez Huaripata

ÍNDICE DE CONTENIDOS

DEDICATORIA	vii
AGRADECIMIENTOS	viii
LISTA DE TABLAS	xi
LISTA DE ANEXOS	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xiv
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1 Planteamiento del problema	3
1.2 Formulación del problema	5
1.3 Justificación	6
1.4 Objetivos	7
CAPÍTULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1 Los antecedentes del estudio	8
2.2 Bases Teóricas	11
2.3 Bases conceptuales	13
2.4 Hipótesis de investigación	26
2.5 Variables	26
CAPÍTULO III	27
DISEÑO METODOLÓGICO	27
3.1 Ámbito de investigación	27
3.2 Enfoque, tipo y diseño de investigación	27
3.3 Población de estudio	28

3.4 Criterios de selección	28
3.5 Unidad de análisis	29
3.6 Marco muestral	29
3.7 Muestra	29
3.8 Selección de la muestra o procedimiento de muestreo	30
3.9 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	30
3.10 Proceso de recolección de datos	31
3.11 Validez y confiabilidad de los instrumentos	32
3.12 Prueba piloto	32
3.13 Técnicas de procesamiento, interpretación, análisis y discusión	33
3.14 Consideraciones éticas	33
CAPÍTULO IV	35
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	35
CONCLUSIONES	55
RECOMENDACIONES	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
ANEXOS	71

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025.	35
Tabla 2. Niveles de depresión de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025.	42
Tabla 3. Prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025.	46
Tabla 4. Prácticas de autocuidado (según dimensiones) de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025.	48
Tabla 5. Relación entre los niveles de depresión y las prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, atendidos en el Hospital II-E Simón - Cajamarca, 2025.	52

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Tabla de distribución de síntomas de depresión según el Inventario de Depresión de Beck-II en paciente con Diabetes mellitus de tipo, atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025.	70
Anexo 2. Prueba de correlación entre los niveles de depresión y las prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025.	72
Anexo 3. Estadística de fiabilidad de los instrumentos de recolección de datos	73
Anexo 4. Prueba de normalidad de las variables	74
Anexo 5. Instrumentos de recolección de datos	75
Anexo 6. Consentimiento informado	80
Anexo 7. Solicitud emitida a la Dirección Regional de Salud (DIRESA), para obtener el permiso para ejecutar el proyecto de investigación	81
Anexo 8. Permiso para ejecutar el proyecto en el Hospital II-E Simón Bolívar	82
Anexo 9. Evidencias de la recolección de datos.	85

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre los niveles de depresión y las prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar- Cajamarca, 2025. Se trata de un estudio cuantitativo, correlacional y diseño no experimental, con una muestra de 101 pacientes. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación de dos cuestionarios. Resultados: 60,4% de los pacientes fueron mujeres, predominando las edades de 30 a 59 años. En cuanto al estado civil, 37,6% eran convivientes, 70,3% procedían de la zona urbana y contaban con educación primaria y secundaria. Respecto a la depresión, 45,5% no presentó síntomas depresivos, mientras que 23,8% presentó depresión leve, 26,7% moderada y 4% severa. En el autocuidado, 58,4% presentó buenas prácticas, 40,6% regulares y 1% malas. En conclusión, existe una relación inversa estadísticamente significativa entre las variables estudiadas ($r = -0,302$; $p = 0,002$). Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna con un nivel de significancia menor a 0,05.

Palabras clave: Diabetes mellitus, depresión, prácticas de autocuidado

ABSTRACT

The research aimed to determine the relationship between depression levels and self-care practices in patients with type 2 diabetes mellitus treated at Hospital II-E Simón Bolívar in Cajamarca, 2025. A quantitative, correlational, and non-experimental study was conducted with a sample of 101 patients. Data collection was carried out using two questionnaires. Results: 60.4% of the patients were women, predominantly between 30 and 59 years of age. Regarding marital status, 37.6% were cohabiting, 70.3% came from urban areas, and most had primary and secondary education. Regarding depression, 45.5% did not present depressive symptoms, while 23.8% presented mild depression, 26.7% moderate depression, and 4% severe depression. In terms of self-care, 58.4% demonstrated good practices, 40.6% fair practices, and 1% poor practices. In conclusion, there is a statistically significant inverse relationship between the variables studied ($r = -0.302$; $p = 0.002$). Therefore, the alternative hypothesis is accepted with a significance level of less than 0.05.

Keywords: Diabetes mellitus, depression, self-care practices

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad metabólica crónica que afecta a países de todos los niveles de ingresos y se ha posicionado como un importante problema de salud pública a nivel mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2024 aproximadamente 589 millones de personas vivían con esta enfermedad, y se estima que esta cifra podría incrementarse hasta alcanzar los 853 millones para el año 2050 (1).

El control de esta enfermedad no depende solo del tratamiento médico, sino también de la adopción de prácticas de autocuidado, las cuales permiten mantener niveles óptimos de glucosa en sangre para prevenir o retrasar la aparición de complicaciones derivadas de esta. Sin embargo, el autocuidado puede ser afectado por la presencia de diversos factores, entre ellos el psicológico, pues la presencia de trastornos como el estrés, la ansiedad y la depresión es frecuente en personas con esta enfermedad (2).

Diversos estudios evidencian que la prevalencia de la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 es de dos a tres veces mayor en comparación con la población general. La presencia de síntomas como la tristeza persistente, anhedonia y desmotivación afecta de manera negativa las prácticas de autocuidado fundamentales para el adecuado control de la enfermedad, ya que los pacientes presentan mayores dificultades para mantener estilos de vida saludables. En los casos graves, estos síntomas se intensifican, generando mayores limitaciones en la realización de actividades cotidianas. Además, es frecuente que los pacientes manifiesten comportamientos de baja autoestima, desinterés, ansiedad e incluso ideación suicida (2).

Estas reacciones y manifestaciones emocionales conducen a los pacientes a asumir una actitud de descuido frente a su condición de salud, lo que favorece a un mal control de la enfermedad. Como consecuencia, se incrementa el riesgo de complicaciones agudas y crónicas, disminuye la calidad de vida y se incrementa la morbilidad (2).

La investigación se realizó con la finalidad de determinar la relación entre los niveles de depresión y las prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 que son atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar, 2025. Conocer la relación entre estas variables permitirá orientar las intervenciones de los profesionales de la salud, integrando aspectos

biopsicosociales que permitan un mejor abordaje de los pacientes que padecen de esta enfermedad.

El estudio se organizó en cuatro capítulos. En el capítulo I se describe el problema de investigación, la formulación del problema, los objetivos y la justificación. En el capítulo II se presentan los antecedentes, las bases teóricas y conceptuales, las hipótesis, así como la operacionalización de las variables. En el capítulo III se describe el diseño metodológico. En el capítulo IV se presentan los resultados y discusión; además, se exponen las conclusiones, recomendaciones, referencias y los anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

En la actualidad, las enfermedades crónicas como las diabetes mellitus son problemas de salud pública que vienen afectando y poniendo en riesgo la salud de una gran cantidad de personas a nivel mundial. Los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus en muchas ocasiones se ven enfrentados a diversos desafíos no solo a nivel físico, sino también emocional, pues un gran porcentaje puede llegar a padecer de trastornos mentales como la depresión (3).

A pesar de ser una enfermedad sin una cura conocida, es posible controlarla mediante la adopción de prácticas de autocuidado. Dichas prácticas se tratan de un conjunto de acciones que estos pacientes realizan para mantener o mejorar su salud, lo que incluye llevar una alimentación adecuada, realizar actividad física, acudir a controles periódicos, cumplir con el tratamiento farmacológico, entre otros (1). Según lo referido por las autoras Jiménez M y Dávila M, el cuidado de la diabetes mellitus es en mayor parte responsabilidad de los propios pacientes, pues son ellos quienes en su día a día toman decisiones con respecto a su cuidado, para ello necesitan de un conocimiento, pero también de una motivación adecuada para poder realizarlas (4).

En los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, muchas veces se toma en cuenta la dimensión biológica; sin embargo, poco interés se le brinda al aspecto psicológico, que es igual de importante para un abordaje holístico de quienes padecen dicha enfermedad. Pues el diagnóstico de una patología crónica como esta, puede desencadenar en las personas diversas emociones como estrés, frustración, angustia, ansiedad, pena, temor y preocupación. Así mismo, pasan por un proceso de duelo compuesto por cinco etapas, una de las cuales es la depresión, causada por el sentimiento de haber perdido algo valioso como su salud (3).

La depresión es un trastorno mental que puede distinguirse de otros por la existencia de una persistente sensación de tristeza y desinterés en actividades diarias. Según la Organización Mundial de la Salud, esta impacta en la salud mental del 5% de personas en el mundo (5), y su prevalencia en personas con diabetes mellitus es aún mayor, oscilando entre el 11.4% al

31% (6); siendo así el trastorno mental más frecuente, que según Vázquez M y Mukamutara J, afecta a 1 de cada 3 pacientes con diabetes mellitus (7).

A nivel mundial, la cifra de personas con diabetes mellitus ha incrementado y, según la Federación Internacional de Diabetes (IDF), en el año 2021, un aproximado de 537 millones de personas de 20 a 79 años padecían de esta (8). En el año 2024, la India, China y Estados Unidos fueron los países en los que se reportaron la mayor cantidad de pacientes con esta patología crónica (9). Asimismo, la presencia de trastornos depresivos en estos pacientes es preocupante, pues de acuerdo con un estudio realizado en el año 2019, Asia y Australia presentaron cifras superiores a la prevalencia mundial de depresión comórbida en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2, con un 29% y 32% respectivamente (10).

En Latinoamérica, la situación es igual de inquietante, pues muchas personas desconocen que tiene esta enfermedad. Asimismo, entre los países más afectados están, Brasil que en el año 2025 registro 15,7 millones de personas con diabetes mellitus, seguido de México con 14,1 millones de pacientes (11). Con respecto a la prevalencia de depresión en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en América, esta es aproximadamente un 28%, representando un porcentaje inferior a lo estimado en otras regiones (10).

La presencia de este trastorno mental afecta de manera negativa el autocuidado de los pacientes, pues causa síntomas como la falta de motivación, pérdida de la esperanza, cansancio, aislamiento y desinterés, que pueden dificultar la adopción de prácticas de autocuidado y contribuir a la aparición de complicaciones de la diabetes a corto o largo plazo (2). Al respecto, la Organización Mundial de la Salud, manifiesta que la diabetes mellitus ha sido responsable de casi el 3% de ceguera y la muerte de 1.6 millones de personas a nivel global (1). Además, fue responsable de la muerte de 244, 084 personas en América, convirtiéndose la sexta causa de muerte y la segunda causa de Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) (12).

En el Perú, para el año 2023, la diabetes mellitus se posicionó como una de las principales causas de muerte, ocupando el séptimo lugar con una prevalencia de 5.5% (13). Por otro lado, la depresión en los últimos años se ha convertido en uno de los problemas psicológicos más frecuentes, reportándose alrededor de 280 917 casos de depresión, que perjudica principalmente a las mujeres (75.5%) (14). Con respecto a esto, Chang et al., en su estudio

realizado, obtuvieron como resultados que en el país los pacientes diabéticos tienen un riesgo de 2 a 3 veces más de padecer depresión (15). Así mismo, en el año 2020 se realizó un estudio en el Hospital de Chiclayo, en donde se determinó que el 58% de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentaban un nivel de depresión leve, seguido de 11 % con nivel moderado (16).

A nivel regional, en Cajamarca, en el 2024 se reportaron 381 nuevos casos de diabetes mellitus, según lo reportado por la Sala Situacional de Diabetes del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (17). Además, se evidencia que un gran porcentaje de pacientes diabéticos han presentado alguna complicación, como consecuencia de no tener prácticas de autocuidado adecuadas. Con respecto a lo anterior, una investigación realizada en Jaén en el 2018 reportó que el 22,3% tiene prácticas de autocuidado inadecuadas para evitar el pie diabético (18). En el 2021, García Y realizó un estudio en Chota y obtuvo como resultado que 45% de pacientes diabéticos tenían malas prácticas de autocuidado (19).

Si bien no se han realizado investigaciones a nivel local sobre la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, durante la práctica clínica se ha evidenciado que muchos pacientes con este diagnóstico ingresan al servicio de emergencia como consecuencia de un inadecuado control glucémico. Asimismo, manifiestan que en ocasiones descuidan su autocuidado, porque tienen sentimientos de desmotivación, falta de energía y desesperanza. Esta situación pone en evidencia la presencia de un estado emocional negativo, debido a la preocupación por las complicaciones que se asocian con la diabetes, la percepción de que son una carga para su familia y la necesidad de realizar cambios significativos en su estilo de vida.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre los niveles de depresión y las prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025?

1.3 Justificación

Diversas investigaciones resaltan la presencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y que, el padecimiento de ambas condiciones afecta de manera negativa su autocuidado. Esto conlleva a una menor adherencia al tratamiento, un inadecuado control glucémico e inasistencia a los controles médicos, lo cual incrementa el riesgo de desarrollar complicaciones y afecta la calidad de vida de los pacientes y sus familiares. Además, incrementa los costos y la carga del sistema de salud, debido a las constantes hospitalizaciones causadas por la presencia de niveles de glucosa no controlados (7).

Por ello, se debe tener en cuenta que el padecimiento de una condición crónica como esta, puede traer consigo consecuencias a nivel físico y emocional que impactan en la capacidad de los pacientes para tener una participación activa en su cuidado. Sin embargo, se observan escasas investigaciones que aborden esta problemática, a nivel nacional, regional y local en donde el número de personas con esta enfermedad crónica va en incremento.

El estudio resulta relevante, pues permitirá identificar la presencia de síntomas depresivos en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y comprender su relación con las prácticas de autocuidado. Asimismo, servirá como base para que el personal de salud desarrolle e implemente programas y estrategias orientadas a brindar una atención integral, con el apoyo de un equipo de salud multidisciplinario, enfocado no solo en el bienestar físico, sino también emocional, de los pacientes y sus familiares, quienes son un pilar fundamental para el manejo de esta enfermedad. Para los profesionales de enfermería proporcionará información valiosa, para brindar un cuidado holístico, promoviendo estrategias de educación y apoyo, que ayuden a estos pacientes a ser capaces de tomar decisiones y realizar actividades en beneficio de su salud.

Por último, permitirá incrementar el conocimiento científico al proporcionar información actual sobre la relación entre los niveles de depresión y las prácticas de autocuidado, sirviendo como base para futuras investigaciones que se encuentre relacionadas con las variables de estudio.

1.4 Objetivos

1.4.1 Objetivo General

Determinar la relación entre los niveles de depresión y las prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025.

1.4.2 Objetivos Específicos

1. Determinar las características sociodemográficas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025.
2. Determinar el nivel de depresión que presentan los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025.
3. Identificar las prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Los antecedentes del estudio

2.1.1 A nivel internacional:

Barrutia I, Danielli J, Solano Y. (2022), en su estudio titulado “Estados depresivos en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles”, desarrollaron una investigación de tipo documental mediante la revisión bibliográfica de revistas médicas sobre los estados depresivos y el padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles de los últimos diez años. Como resultado de esta investigación se encontró que existe un mayor riesgo de sufrir de depresión o presentar algún síntoma depresivo en personas diabetes mellitus principalmente la de tipo 2, observándose una prevalencia de depresión entre el 30% y 67%. Asimismo, se determinó la existencia de una asociación significativa entre estos estados depresivos y la aparición de complicaciones (neuropatía, nefropatía, retinopatías, etc.). Se concluyó que la falta de diagnóstico de la depresión y de los síntomas relacionados con esta se relaciona con una mala adherencia al tratamiento e inadecuado control de las enfermedades crónicas (20).

Frazão et al. (2023), en el estudio titulado “Correlación entre síntomas de depresión, autocuidado y actitud en ancianos con diabetes tipo 2”, realizaron una investigación cuantitativa, descriptiva y correlacional, en una muestra de 144 pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, a quienes se les aplicó la Escala de Depresión Geriátrica para evaluar la presencia de síntomas de depresión y el Cuestionario de Autocuidado de la Diabetes. Se obtuvo como principales resultados que 66,7% fueron mujeres, con edades de 60 y 69 años, y 54, 9% convivía con su pareja. Asimismo, 75,7% presentó síntomas depresivos y 93,8% manifestó actitudes negativas con respecto al afrontamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Se determinó una correlación negativa significativa entre los síntomas depresivos y las dimensiones del autocuidado en la actividad física ($r = -0,214$; $p = 0,010$) y cuidado de los pies ($r = -0,228$; $p = 0,006$). Se concluyó que la presencia de síntomas depresivos influye en las prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus (21).

Di Lorenzi et al. (2023), en investigación “Asociación entre diabetes y depresión en una población hospitalaria con diabetes mellitus”, realizaron un estudio analítico, observacional y transversal, en el cual se incluyeron a 142 pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y 2 atendidos en el Hospital Pasteur, se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck-II para evaluar la presencia de síntomas de depresión y el test de Morisky Green para la adherencia al tratamiento. Como resultados se obtuvo que 36,75% de pacientes presentó depresión, siendo 12,5% depresión leve, 14,82% moderada y 9,2% severa. En las mujeres, 45,6% manifestaron algún grado de depresión, además 49% de quienes no tenían adherencia al tratamiento presentaban síntomas depresivos. Se concluyó que existe una relación entre síntomas de depresión y falta de adherencia al tratamiento farmacológico (22).

Kurdi et al. (2024), en su estudio “Asociación entre las actividades de autocuidado y la depresión en pacientes adultos con diabetes tipo 2 en Arabia Saudita: un estudio transversal basado en una encuesta web”, realizaron un estudio cuantitativo, transversal. En una muestra de 252 personas a quienes se les aplicó el cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-9) y el Resumen de Actividades de Autocuidado de la Diabetes (SDSCA). Los resultados evidenciaron que 59% pertenecían al sexo masculino, predominando las edades de 55 años a más, casados, con un nivel educativo secundaria y superior. Mediante un modelo de regresión ordinal se encontró una asociación entre la presencia de depresión y las actividades de autocuidado de la diabetes ($p = 0,013$) (23).

2.1.2 A nivel nacional:

Senmache A. (2023), en su tesis “Depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo II atendidos en la microrred Chiclayo, 2021”, realizado con el objetivo de determinar la frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. Realizaron un estudio cuantitativo, descriptivo, de corte transversal, con una muestra de 219 pacientes, a quienes se aplicó los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck. Los resultados evidenciaron que 32,9% presentó depresión, con una mayor prevalencia en el sexo masculino (38,3%). Asimismo, se encontró que en pacientes con diez años de diagnóstico la presencia de depresión era menor (27,6%), seguido 30,4% en pacientes con

uno a cinco años de diagnóstico. Se concluyó que uno de cada tres pacientes presentó algún nivel de depresión, siendo los varones los más afectados (24).

Chang et al. (2024), en su estudio “Diabetes Mellitus y su asociación con la depresión crónica en adultos en la población peruana”, con enfoque cuantitativo, de tipo observacional, de corte transversal y correlacional. En una muestra de 14 245 personas de entre 27 a 59 años con depresión y diabetes, se recogieron los datos mediante la Encuesta Demográfica y de Salud familiar del 2020. Como resultados: 15,7 % presentaron síntomas de depresión crónica. Asimismo, 16,63 % de personas en situación de pobreza presentó síntomas de depresión y 18,88% de quienes tenían un grado de instrucción preescolar y primaria evidenciaron síntomas depresivos. Se concluyó existe una asociación significativa entre la depresión crónica y la diabetes (15).

Bernal I, Hernández K. (2023), en su tesis “Nivel de prácticas de autocuidado en personas afectadas con diabetes tipo 2 que asisten a un centro de salud en Independencia, 2023”, buscaron determinar el nivel de prácticas de autocuidado. Realizaron un estudio descriptivo y de corte transversal, con una muestra de 91 pacientes, a quienes se les aplicó el Cuestionario de Prácticas de Autocuidado en Diabetes Tipo 2. Se obtuvieron como resultados que 65.9% de pacientes fue de sexo femenino y 73, 6% tuvieron un grado de instrucción secundario. En relación con las prácticas de autocuidado, 50.5% presentó un nivel excelente de autocuidado y 49,5% un nivel bueno. En conclusión, se determinó que la mayoría de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 realizaron buenas prácticas de autocuidado (25).

Martínez R. (2020), en su investigación “Prácticas de autocuidado del paciente con diabetes tipo II que asisten al consultorio de endocrinología del Hospital San Juan De Lurigancho– 2020”, mediante un estudio cuantitativo, de diseño no experimental, descriptivo y de corte transversal, en una muestra de 90 pacientes, aplicó un cuestionario para determinar las prácticas de autocuidado. Como resultados obtuvo que 41% de pacientes tenía edades entre 60 a 79 años, 57% pertenecía al sexo femenino, con estado civil casado. Con respecto a las prácticas de autocuidado global, 56% tenían buenas prácticas. En las dimensiones régimen alimentario 59% presentó buenas prácticas, 57% reportó buenas prácticas en actividad física, 50% en el tratamiento y 55% con buenas prácticas en el cuidado de los pies. Se

concluyó que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentaban buenas prácticas de autocuidado. (26).

2.1.3 A nivel local:

García Y. (2023), en su tesis “Estilos de vida y su relación con el autocuidado en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus. Distrito Chota 2022”, realizó un estudio de diseño no experimental, descriptivo y transversal, con una muestra de 69 pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2. Se usaron dos cuestionarios: el de los estilos de vida y otro para medir el nivel de autocuidado elaborados. Los resultados revelaron que las prácticas de autocuidado fueron buenas en un 55% de los pacientes. Con respecto a las características sociodemográficas, 55% de los pacientes fueron mujeres, 70% procedía de la zona urbana y 49 % tuvieron edades entre 61 y 80 años. Se concluyó que el nivel de autocuidado de los pacientes diabético depende de sus estilos de vida (19).

Cadenillas R. (2022), en su tesis “Relación de medidas de autocuidado y las prácticas de cuidados en el hogar que realizan los pacientes con diabetes mellitus Del Hospital Regional De Cajamarca- 2021”, mediante un estudio descriptivo y correlacional, en una muestra de 84 pacientes. La recolección de datos se realizó mediante la aplicación del cuestionario de autocuidado y prácticas de cuidado en el hogar en los pacientes con diabetes. Los resultados obtenidos con respecto al autocuidado evidenciaron que más del 96% no realizaban un lavado de pies correcto, 54.8% no tiene un adecuado cuidado de la vista, 65.5% no realizaba actividad física, 33, 3% no tienen un cuidado adecuado en el tratamiento. Asimismo, en la alimentación se evidenció un inadecuado cuidado (27).

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Teoría Cognitivo-Conductual o Triada Cognitiva de Beck

La Teoría Cognitivo Conductual, propuesta en 1976 por el psiquiatra Aaron Beck, trata de explicar los procesos que ocurren en las personas con depresión. En dicha teoría el autor plantea la presencia de tres elementos, cuya relación favorece al desarrollo de los síntomas depresivos. Dichos elementos son: los pensamientos negativos de la persona sobre sí misma, el mundo y su futuro (28). Beck, plantea que la manera en cómo las personas

perciben e interpretan las situaciones a las cuales se ven expuestas, influye de manera directa en sus emociones y comportamientos; de ahí que los pensamientos negativos dan origen a emociones negativas, cómo la tristeza y a comportamientos desadaptativos (29).

En pacientes con enfermedades crónicas como las diabetes mellitus tipo 2, es habitual que experimenten una visión negativa con respecto a los elementos antes descritos. Pues, muchos de ellos perciben la enfermedad como desfavorable y amenazante debido a las complicaciones futuras que pueden surgir, al sentimiento de incapacidad para manejar dicha enfermedad y a la dificultad para realizar cambios significativos en su estilo de vida. Estas percepciones llegan a generar distorsiones cognitivas que favorecen la aparición de pensamientos negativos, sentimientos de incapacidad y desmotivación para seguir las recomendaciones brindadas por los profesionales de salud en relación con el autocuidado, lo cual influye negativamente en su estado de salud y calidad de vida.

2.2.2 Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem

Dorothea E. Orem, una destacada teórica de enfermería, planteó la Teoría del Déficit de Autocuidado, conformada por tres teorías que se relacionan entre sí. Una de estas es la Teoría del Autocuidado, en donde define al autocuidado como una conducta que realizan las personas de manera deliberada por y para sí mismas, con el fin de preservar su bienestar y salud. Asimismo, estas conductas ayudan a responder de manera constante a las necesidades para mantener la vida, curar las enfermedades y hacer frente a las complicaciones que pueden surgir como consecuencia de no llevar un adecuado tratamiento (30).

Dicha autora propone la presencia de tres tipos requisitos para el autocuidado: el requisito de autocuidado universal, requisito de autocuidado del desarrollo y requisito de autocuidado de desviación de la salud, el cual se relaciona con el autocuidado que tiene un paciente con una condición crónica, como la diabetes mellitus tipo 2. En todos estos casos es fundamental tener en cuenta la demanda terapéutica, entendida como el conjunto de acciones de autocuidado que los individuos necesitan para cubrir estos requisitos (30).

Asimismo, identifica la existencia de ciertos factores condicionantes básicos, propios de la persona y otros externos, que afectan la agencia de autocuidado. Entre ellos se encuentran la edad, sexo, estado de desarrollo, estado de salud, orientación sociocultural, estado psicosocial, factores del sistema de cuidados de salud, factores del sistema familiar, patrón de vida, factores ambientales, disponibilidad y adecuación de los servicios de salud (30).

En el contexto de la presente investigación, la depresión afecta de manera negativa a la agencia de autocuidado de los pacientes con diabetes, disminuyendo su motivación, energía y capacidad para realizar actividades de autocuidado. Es así que, la presencia de diabetes tipo 2 y depresión puede aumentar el déficit de autocuidado que surge como consecuencia de la falta o disminución de la capacidad para que la persona participe activamente en su cuidado.

2.3 Bases conceptuales

2.3.1 Depresión

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la depresión es entendida como un trastorno del estado anímico, que se distingue de otros por la presencia constante de una sensación de tristeza y la pérdida de interés en actividades que se practicaban diariamente o resultaban placenteras, cuyos síntomas deben estar presentes durante al menos dos semanas (31).

Por otro lado, Beck define a la depresión como un trastorno mental caracterizado por la presencia de un patrón continuo de pensamientos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Además, estas percepciones negativas se acompañan de sentimientos persistentes de tristeza, desesperanza y anhedonia (28).

Se trata de un padecimiento que, a nivel mundial, ha ido incrementándose de manera progresiva, y que interfiere en la vida diaria de las personas que la padecen, ya que no solo afecta el bienestar mental, sino también físico y social, llegando a afectar la capacidad para trabajar, relacionarse con otras personas, dormir, comer y disfrutar de la vida, en especial en pacientes con alguna enfermedad crónica como la diabetes mellitus (28).

a. Síntomas

Se pueden distinguir una serie de síntomas depresivos, los mismos que pueden ser de naturaleza somática y cognitivos-afectivos. (32) Los síntomas cognitivos son aquellos que generan un cambio en los procesos mentales de las personas; es decir, la manera en cómo piensan, recuerdan y procesan la información. Entre estos síntomas se encuentran la alteración en la memoria, falta de atención, distorsiones cognitivas, pesimismo, sentimientos de inutilidad, culpa y castigo (32).

Los síntomas afectivos son aquellos que se relacionan con el estado anímico y las emociones de las personas. Entre los cuales se encuentran: la abulia, ansiedad, desesperación, tristeza, anhedonia, pérdida de interés, llanto, agitación e indecisión (32). En los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, la presencia de estos síntomas puede afectar de manera directa su capacidad para realizar acciones de cuidado esenciales para el control y manejo de esta enfermedad.

Los síntomas somáticos están relacionados con cambios en el comportamiento del cuerpo; las personas que tienen un trastorno depresivo somatizan estos síntomas y experimentan cambios en su apetito y sueño, además tiene mayor dificultad para concentrarse, cansancio, pérdida de energía, pérdida de peso, entre otros (32).

b. Tipos

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Edición cinco (DSM-5) los trastornos depresivos pueden clasificarse en:

- El trastorno depresivo mayor, también conocido como depresión mayor, el tipo más común y a su vez el más grave; se caracteriza por un cambio en el estado de ánimo en el cual las personas tienen sentimientos persistentes de irritabilidad y tristeza, además del desinterés por actividades rutinarias. Esta puede presentarse una sola vez o ser recurrente, con más de dos apariciones (33).
- La distimia es un tipo de trastorno depresivo persistente, que si bien suele ser leve o moderado, es de menor intensidad que la depresión mayor. Sin embargo, puede afectar la calidad de vida de quienes la padecen. Se trata de un estado más duradero,

y para su diagnóstico se debe tener en cuenta la presencia de síntomas como tristeza y desmotivación durante un tiempo mínimo de dos años (33).

- El trastorno disfórico premenstrual, suele afectar a las mujeres en días o semanas previas a la menstruación y desaparece una vez que esta inicia (33).
- El trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo. Se caracteriza por una presencia constante irritabilidad y enojo en los niños.
- Por último, existe el trastorno depresivo causado por otras condiciones médicas como el hipotiroidismo y síndrome de Cushing (33).

c. Niveles de depresión según el Inventario De Beck (BDI-II)

Aaron Beck elaboró un inventario basándose en puntuaciones de corte que indican distintos niveles de depresión, en relación a la presencia, gravedad, frecuencia, intensidad y tipo de síntomas depresivos. A diferencia de otros modelos que categorizan la depresión en subtipos, Beck distingue los siguientes niveles de severidad en la depresión según su modelo.

Sin depresión o depresión mínima cuando el puntaje obtenido al sumar las respuestas del inventario es de 0-13 puntos, este puntaje indica la usencia de síntomas depresivos clínicamente significativos (34).

El nivel de depresión leve se caracteriza por síntomas presentes, pero que permiten que la persona afectada continúe con las actividades de su vida diaria. Puede existir sentimientos de tristeza leves y pérdida de energía, pero estos no interfieren de manera significativa en la vida de las personas (58). Cuando el puntaje de la escala del Inventario de depresión de Beck-II es de 14 a 19 puntos (34).

El nivel de depresión moderado implica síntomas más intensos que interfieren significativamente con el funcionamiento diario y la calidad de vida de la persona afectada, evidenciándose una notable pérdida de interés en actividades que antes eran placenteras, dificultad para concentrarse y fatiga (58). Cuando el puntaje de la escala del Inventario de depresión de Beck-II es de 20 a 28 puntos (34).

Nivel de depresión severa en este nivel los síntomas son más marcados y persistentes, incluyendo la tristeza, pérdida completa de interés en actividades, pérdida de energía, dificultad para concentrarse y sentimientos intensos de inutilidad y desesperanza (58). Cuando el puntaje de la escala del Inventario de depresión de Beck-II es de 29 a 63 puntos (34).

d. Diagnóstico

Para diagnosticar la depresión, un psicólogo o psiquiatra, realizará una evaluación completa en donde se incluya la historia clínica y una entrevista. Así mismo, se emplean algunos instrumentos como complemento para el diagnóstico, tales como el Inventario de Depresión de Beck, la Escala Hetero aplicada de Hamilton para la Depresión (HRSD), el Cuestionario Salud del Paciente (PHQ-9), entre otros. Asimismo, se deben tener en cuenta los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 5 (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (35).

e. Tratamiento

El tratamiento para la depresión puede incluir una combinación de tratamiento farmacológico y terapia conductual. Es muy común el uso de medicamentos antidepresivos y ansiolíticos, en personas que presentan síntomas depresivos graves o en caso de que intervenciones como la psicoterapia resulten insuficientes. Entre los medicamentos más usados se encuentran los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), inhibidores de la recaptación de serotonina y noradrenalina (IRSN), antidepresivos tricíclicos (ATC), inhibidores de la monoamino oxidasa (IMAO), entre otros, los cuales deben ser recetados por un especialista (35).

La psicoterapia es una técnica empleada frecuentemente, en la cual los psicólogos realizan sesiones que ayudan a los pacientes en expresar como se sienten y que piensan en un ambiente de comprensión y apoyo emocional. La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) y la terapia interpersonal las formas más efectivas y conocidas de tratamiento (35). La terapia interpersonal es un tratamiento usado comúnmente en los casos de

depresión mayor o severa y destaca la importancia de las relaciones con la familia, amigos y demás círculo social (35).

Estas acciones pueden ser complementadas con la adopción de estilos de vida saludables, tales como la práctica ejercicio físico, adopción de una dieta saludable y estrategias de relajación para el manejo de la depresión. En este sentido, según la guía del National Institute for Health Care Excellence (NICE13) las personas trastornos depresivos leves o moderados que practican ejercicio, presentan una evidente mejoría de los síntomas depresivos (36).

f. La depresión como consecuencia de la diabetes

Entre el 5 al 10% de población en general padece de depresión; sin embargo, estos porcentajes son mayores en pacientes con diabetes mellitus alcanzando entre el 11.4% al 31% (6). Además, estos pacientes tienen el doble de riesgo de padecer algún trastorno depresivo (37).

En los últimos años se han llevado a cabo diversos estudios que han tratado explicar las razones por las que existe una alta prevalencia de trastornos depresivos en personas diagnosticadas con diabetes mellitus. Entre algunas de las causas se encuentra el impacto psicosocial que implica el diagnóstico de una enfermedad crónica, el temor a las complicaciones a corto o largo plazo, y los sentimientos de incapacidad para realizar cambios significativos del estilo de vida, que desencadenan un estado ansioso-depresivo, más aún en quienes tienen ingresos económicos bajos y escaso apoyo social (7).

Desde una perspectiva biológica, la prevalencia de depresión comórbida en pacientes con diabetes mellitus, se explica mediante la reducción de la serotonina (5-hidroxitriptamina), causado por la hiperglucemia característica de esta enfermedad, que conlleva a la presencia de un proceso inflamatorio continuo. Esta respuesta inflamatoria incrementa la producción de citocinas proinflamatorias, tales como la interleucina-6 (IL-6) y el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), los cuales se atraviesan la membrana hematoencefálica y se relacionan con la disminución de la serotonina,

llamada “hormona de la felicidad” y la dopamina, un neurotransmisor clave que se relaciona con el placer y la motivación (91). Este proceso causa una predisposición para que los pacientes con diabetes mellitus desarrollen un estado depresivo.

Es fundamental tomar en cuenta que la relación entre estas afecciones de distinta naturaleza afecta el control glucémico. Según un estudio realizado por Genis et al., los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1c) son mayores en personas con diabetes mellitus tipo 2 que presentan algún trastorno depresivo. Asimismo, se observa una mayor incidencia de complicaciones crónicas, en comparación con los pacientes sin depresión (38). Esto indica que la presencia de depresión en estos pacientes, causa una percepción negativa del autocuidado de la diabetes mellitus, lo cual empeora el control glucémico, incrementa el riesgo de complicaciones y el costo sanitario, disminuye la calidad de vida e incrementa la morbilidad.

g. Impacto en el autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus

La depresión en pacientes diabéticos afecta de manera negativa su capacidad de autocuidado, incluyendo la adherencia a la medicación, la monitorización de los niveles de glucosa y la adopción de hábitos saludables. Así pues, según la Federación Internacional de la diabetes, en Brasil aproximadamente el 80% de pacientes no lleva un adecuado tratamiento por causa del estrés. Además, tres de cuatro pacientes tienen una alteración de su bienestar psicológico y se estima que alrededor del 77% padece de trastornos de ansiedad o depresión, causados principalmente por factores como el miedo a las complicaciones que puedan surgir en un futuro, la estigmatización de la enfermedad y la persistencia que deben tener los pacientes con diabetes mellitus en su cuidado diario (39).

Los síntomas depresivos como la fatiga, tristeza y pérdida de interés, pueden disminuir la motivación del paciente para cumplir con las recomendaciones brindadas por el personal de salud, lo que dificulta un adecuado control glucémico. (40) Esto puede llevar a un aumento de las complicaciones a largo plazo, como enfermedades cardiovasculares, neuropatía y daño renal (40). Es evidente que la presencia de síntomas depresivos tiene un impacto negativo en el bienestar de estos pacientes. Por

ello, la detección temprana de depresión en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 es fundamental, pues permite mejorar la calidad de vida, disminuye el riesgo de suicidio y la estancia en el hospital, además mejora la adherencia al tratamiento.

2.3.2 Diabetes mellitus

La diabetes mellitus es un grupo de enfermedades metabólicas crónicas caracterizada por la presencia de niveles elevados de glucosa en la sangre (hiperglucemia). Esta condición resulta como consecuencia de una alteración en la secreción de insulina, en la acción de esta o ambos. Existen varios tipos de diabetes mellitus, incluyendo diabetes tipo 1, tipo 2 y gestacional (1).

- La diabetes mellitus tipo 1 es la menos frecuente a nivel mundial, representando entre el 5 a 10% de los casos. Esta tiene su origen en un proceso autoinmune, en el cual el sistema inmunológico ataca a las células beta del páncreas, necesarias para la secreción de insulina, una hormona que regula la glucosa en la sangre. En consecuencia el páncreas es incapaz de producir insulina, provocando la aparición de síntomas a temprana edad lo cual requiere como tratamiento principal inyecciones de esta hormona (41).
- La diabetes mellitus tipo 2 se caracteriza por una resistencia a la insulina y/o una producción insuficiente de esta. Es más común en adultos y se asocia a factores como la obesidad y un estilo de vida sedentario; sin embargo, en los últimos años se ha incrementado su prevalencia en niños y adolescentes. A diferencia de la diabetes tipo 1, su tratamiento se basa, principalmente en cambios en la alimentación, ejercicio físico regular, y, en algunos casos requiere del uso de medicación oral o insulina (42).
- La diabetes gestacional se desarrolla durante el embarazo y se manifiesta con una hiperglucemia que no estaba presente anteriormente. Se controla a través de la dieta y ejercicio. Por lo general, los niveles de glucosa vuelven a la normalidad después del parto, pero se convierte en un factor de riesgo para el desarrollo de diabetes tipo 2 en el futuro (1).

a. Cuadro clínico

En el caso de la diabetes mellitus tipo 2, los síntomas pueden no aparecer en un inicio, sino con el tiempo, en donde es frecuente encontrar: polidipsia, poliuria, polifagia, pérdida de peso inexplicable, fatiga, visión borrosa, entre otros (1).

b. Complicaciones Agudas y crónicas

- **Hipoglucemia:** Se trata de la disminución de valores de la glucosa en sangre, por debajo de 50 – 60 mg/dl, puede presentarse como resultado de un sobreesfuerzo o actividad física no controlada, una sobredosis de insulina, diarreas, vómitos o falta de consumo de carbohidratos (43).
- **Cetoacidosis diabética o coma diabético:** Es una complicación causada por la presencia de una cantidad insuficiente de insulina, por lo cual el organismo descompone la grasa, tratando de obtener energía. En su mayoría suele afectar a los individuos con diabetes mellitus tipo 1, aunque ocasionalmente también puede surgir en la de tipo 2 (43).
- **Coma hiperosmolar:** Se presenta en su mayoría en pacientes diabéticos tipo 2, consiste en incremento excesivo de la glucosa en sangre, aumento de la osmolaridad plasmática lo que conlleva a una deshidratación severa (43).
- **Complicaciones en los miembros inferiores:** La presencia de heridas, infecciones, gangrena, entre otros, que continuamente pasan desapercibidos y pueden llevar a complicaciones como el pie diabético (43).
- **Nefropatía:** La diabetes es una de las principales causas de insuficiencia renal y hemodiálisis a nivel mundial, pues causa un daño a los pequeños vasos sanguíneos de los riñones (43).
- **Retinopatía:** es la afección en la retina, una de las complicaciones más frecuentes. Además, es la segunda causa de ceguera en el mundo y en pacientes con edades entre 30 y 69 años (43).

c. Diagnóstico

Para el diagnóstico se toma en cuenta la presencia de los síntomas antes descritos, junto con otras pruebas de laboratorio.

- ❖ La prueba de glucosa en ayunas, ayuda a medir la concentración de glucosa en sangre luego de un periodo de 8 a 12 horas, durante el cual el paciente no ha consumido alimentos. Para el diagnóstico de diabetes mellitus, se debe tener en cuenta que el resultado sea ≥ 126 mg/dl en dos mediciones, realizadas en distintas ocasiones con un tiempo no mayor de 72 horas entre ambas (44).
- ❖ La glucosa en sangre aleatoria mide la concentración de azúcar en la sangre en cualquier momento del día. Para el diagnóstico de diabetes, se considera un valor de la glucosa ≥ 200 mg/dl, siempre que esté acompañado por los síntomas antes descritos. Esta prueba se debe confirmar mediante una segunda prueba diagnóstica, como la glucosa en ayunas o hemoglobina glicosilada (44).
- ❖ La prueba de tolerancia a la glucosa oral (PTOG), es un examen en el cual se evalúa la capacidad del organismo para metabolizar la glucosa. El paciente ingiere 75gr de glucosa anhidra, si el nivel de glucosa es ≥ 200 mg/dl luego de 2 horas, se diagnostica diabetes mellitus (44).
- ❖ La prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c) mide el promedio de los niveles de glucosa en sangre en los últimos 120 días. Se considera el diagnóstico de diabetes mellitus si el valor es ≥ 6.5 mg/dl (44).

2.3.3 Prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

El autocuidado es definido por la OMS, como la capacidad de la personas, familias y comunidades para realizar actividades y tomar decisiones deliberadas que ejercen por sí mismas para mantener o mejorar su salud y prevenir enfermedades (45). Por su parte las prácticas de autocuidado son acciones que los individuos realizan de manera regular para mantener y promover no solo su bienestar físico, sino también el emocional y psicológico (46).

En su investigación Condor DK y Jacobo ML enfatizan que en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 estas prácticas de autocuidado son esenciales para mantener niveles normales de glucosa en sangre y prevenir complicaciones agudas y crónicas. Así mismo, dividen a las prácticas de autocuidado en cuatro dimensiones: régimen alimentario, actividad física, tratamiento y cuidados personales, los cuales se describirán a continuación: (47)

a. Régimen alimentario

La alimentación en pacientes diabéticos es un aspecto fundamental en las prácticas de autocuidado, ya que una dieta y alimentación adecuada permitirá un mejor control de los niveles de glucosa y contribuirá en la reducción de picos glucémicos. Es importante que la ingesta diaria de calorías sea dada por un especialista en nutrición, que debe tomar en cuenta el peso de la persona y la actividad física que realiza (47).

El mantenimiento de una nutrición adecuada es crucial para lograr mantener un peso deseado y reducir el riesgo de hiperglucemia y otras complicaciones. Por ello, es debe seguir una dieta saludable en la cual se incluyan alimentos de todos los grupos, especialmente verduras y legumbres. Además, se debe reducir el consumo de los carbohidratos, azúcar (gaseosas, jugos, etc.), grasas saturadas (postres, helados, comida rápida, entre otros) (47).

b. Actividad física

Según la OMS, la actividad física hace referencia a cualquier movimiento del cuerpo que es producido por los músculos esqueléticos y que requiere del gasto de energía (caminar, bailar, subir escaleras, etc.) (49).

La práctica actividad física trae consigo diversos beneficios en la prevención y tratamiento de diversas enfermedades. En el caso de la diabetes mellitus tipo 2 puede prevenir o retardar la aparición de complicaciones a corto y largo plazo. Según la OPS, las personas de entre de 18 a 64 años deben designar como mínimo 150 minutos semanales a la práctica de actividad física aeróbica, de intensidad moderada (caminar, bailar, trotar, nadar, entre otros) (49).

No obstante, es importante que se le explique al paciente sobre el riesgo de hipoglucemia durante la práctica del ejercicio y con mayor razón en personas que usan insulina, pues deben consumir una ración de carbohidratos extra si el nivel de glucosa previo al ejercicio es <100 mg/dl (50). Es por ello que se recomienda la realización de un plan de actividad física individualizado, tomando en cuenta la condición del paciente, presencia de complicaciones, entre otros, e ir incrementando su duración e intensidad de manera gradual.

La Asociación Americana de Diabetes brinda una serie de recomendaciones para el ejercicio en con diabetes mellitus. Así pues, es recomendable que los pacientes con diabetes mellitus realicen 150 minutos de actividad física aeróbica de intensidad moderada durante la semana (51). Asimismo, si no hay ninguna contraindicación pueden realizar ejercicio de resistencia 3 veces a la semana

En pacientes con hiperglucemia, insulínodpendientes que no han recibido insulina las últimas 24 a 48 horas y están con cetoacidosis, se recomienda no realizar actividad física de mucha intensidad (51). Y en pacientes de retinopatía está contraindicado el ejercicio aeróbico debido al riesgo de hemorragia y desprendimiento de retina. Por su parte pacientes con neuropatía periférica severa deben evitar realizar ejercicio de levantamiento de pesas (51).

c. **Cuidados personales**

Los cuidados personales son las habilidades de los pacientes en relación a su higiene personal y vestimenta adecuada (46). El autocuidado de los pacientes diabéticos con relación a la higiene y cuidado personal de piel y pies es fundamental, pues una de las consecuencias de la diabetes es la disminución de la sensibilidad en los pies debido a la polineuropatía diabética (52).

La polineuropatía diabética es una complicación común en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y afecta los nervios, sobre todo de extremidades inferiores. Dicho daño puede reducir la capacidad del paciente para sentir dolor, calor o frío en los pies, por lo cual las heridas o lesiones pequeñas pueden pasar desapercibidas y, por consiguiente,

no ser tratadas adecuadamente (53). Sin el cuidado adecuado, estas heridas pueden infectarse y causar úlceras y casos graves generar una necrosis, que conlleva a la amputación de los miembros inferiores.

Para un adecuado autocuidado en esta dimensión, se recomienda una higiene y secado adecuado de los pies y la búsqueda diaria de heridas o alteraciones en esta (ampollas, heridas, callosidades, úlceras, uñeros, etc.). Además, es recomendable el uso de sandalias o zapatos que no ajusten, y que las uñas sean cortadas una vez a la semana (53).

d. Tratamiento

Es fundamental la adherencia de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en relación a su tratamiento farmacológico y asistencia a controles, pues permite tener un mejor control glucémico y evitar o retardar la aparición las complicaciones agudas y crónicas que se encuentran asociadas a la enfermedad (30). El tratamiento farmacológico que deberán de seguir los pacientes con diabetes mellitus puede ser el uso de la insulina o los hipoglucemiantes orales, los cuales deben ser aplicados a diario según las indicaciones dadas por los especialistas (56).

Otro aspecto relevante en esta dimensión es la asistencia constante al médico o endocrinólogo, en donde se realizan diversas pruebas con el fin de conocer si se está teniendo un adecuado control de la enfermedad. Con relación a esto, en cada asistencia al médico se realiza a los pacientes exámenes de orina, prueba de glucosa en ayunas y hemoglobina glicosilada. La finalidad de estos es mantener los niveles de glucosa “adecuados”, los cuales permiten reducir el riesgo de complicaciones (54).

Según lo recomendado por el Ministerio de Salud, el autocontrol de la glucosa haciendo uso de un glucómetro es fundamental para conocer los niveles de glucosa en el día a día. Sin embargo, se debe considerar que no todas las personas tienen la accesibilidad para conseguirlo y usarlo, por lo que se debe tener en cuenta el costo y educación para su aplicación (54) En el caso de las personas que no pueden realizar el autocontrol diario de la glucosa, se debe realizar una prueba de sangre como mínimo una vez al

mes, durante la asistencia a sus controles periódicos; sin embargo, la frecuencia dependerá además de si se está o no logrando un control adecuado.

Por otro lado, la frecuencia para medir la Hemoglobina Glicosilada (Hba1c) dependerá del control de glucosa en sangre de los pacientes, quienes ya tienen un nivel de Hba1c controlado, se recomienda que su medición sea 2 veces al año y de lo contrario cada cuatro o tres meses. Una de las metas para el control metabólico es la presencia de Hba1c $\leq$ 7% (55). Según la Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico, Tratamiento y Control de la Diabetes Mellitus tipo 2, esta meta se adecuará al tiempo de diagnóstico de la enfermedad. En pacientes adultos jóvenes se espera que la HbA1c sea $<6,5\%$, mientras que en personas adultas mayores con más tiempo de diagnóstico y con complicaciones la meta se establece en $<8\%$ (44).

Por otro lado, la prueba de orina permite medir la presencia de glucosa y cetonas en la orina. Además, es una manera adecuada de monitorear la función renal, pues mide la creatinina y la albúmina. Esto es fundamental, pues la diabetes mellitus, es una de las principales causas de enfermedad renal crónica, la cual se caracteriza por la presencia de albumina en la orina, una disminución de la tasa de filtración glomerular (<60 ml/min/1.73m²) y una depuración de la creatinina superior a los valores normales (54).

Por último, la asistencia a controles oftalmológicos es otro aspecto a resaltar, pues la presencia de niveles altos de azúcar en sangre afecta a los pequeños vasos sanguíneos de la retina. Es por ello que se recomienda que los pacientes con esta enfermedad acudan al especialista una vez al año, y en caso de quienes ya presentan retinopatía cada 6 meses, con el fin de evitar la pérdida total de la visión (56).

2.4 Hipótesis de investigación

Hipótesis alterna (H1):

Existe relación significativa entre los niveles de depresión y las prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025.

Hipótesis nula (H0):

No existe relación significativa entre los niveles de depresión y las prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025.

2.5 Variables

Variable 1: Niveles de depresión

Variable 2: Prácticas de autocuidado

2.6 Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ITEMS	VALORES FINALES	ESCALA DE MEDICIÓN
NIVELES DE DEPRESIÓN	La depresión es un trastorno caracterizado por la presencia de pensamientos negativos sobre uno mismo, el mundo y el futuro. Además, de sentimientos persistentes de tristeza, desesperanza y anhedonia. (28)	Se medirá a través del Inventario de Depresión de Beck II.	- Tristeza	1	Sin depresión:	Ordinal
			- Pesimismo	2	0-13 puntos	
			- Fracaso	3	Depresión leve:	
			- Pérdida de placer	4		
			- Sentimientos de culpa	5		
			- Sentimientos de castigo	6	Depresión moderada:	
			- Disconformidad con uno mismo.	7		
			- Autocrítica	8	Depresión severa:	
			- Pensamientos o suicidas	9		
			- Llanto	10		
			- Agitación	11	Depresión severa: 29 - 63 puntos	
			- Pérdida de interés	12		
			- Indecisión	13		
			- desvalorización	14		
			- Pérdida de energía	15		
			- Cambios en los hábitos de sueño	16		
			- Irritabilidad	17		
			- Cambios en el apetito	18		
			- Dificultad de concentración	19		
			- Cansancio o fatiga	20		
			- Pérdida de interés en el sexo	21		

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	ITEMS	VALORES FINALES	ESCALA DE MEDICIÓN
PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO	Son todas las actividades y decisiones deliberadas que ejercen cada una de las personas, para mantener o mejorar su salud y prevenir enfermedades. (45)	Se medirá a través del cuestionario “Prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2”.	Régimen alimentario	1,2,3,4,5	Malas prácticas de autocuidado: 0-13 puntos	Ordinal
			Actividad física	6,7,8,9,10	Regulares prácticas de autocuidado: 14-26 puntos	
			Tratamiento	11,12,13,14,15		
			Cuidado de los pies	16,17,18,19,20	Buenas prácticas de autocuidado: 27-40 puntos	

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Ámbito de investigación

El presente estudio fue realizado en el Hospital II-E Simón Bolívar, dicho establecimiento de salud se encuentra ubicado en la Av. Mario Urteaga N°451 y funciona como puerta de entrada de 5 centros de salud (Pachacútec, Magna Vallejo, Huambocancha, San Juan y Baños del Inca).

Cuenta con diversos servicios que brinda a la población cajamarquina como: emergencia, consulta externa, hospitalización, centro obstétrico, centro quirúrgico, diagnóstico por imágenes, psicología, medicina física y rehabilitación, entre otros. En los cuales se encuentra un equipo de salud multidisciplinario para la atención, tales como: médicos generales, médicos especialistas, enfermeras, obstetras, técnicos en enfermería, químicos farmacéuticos, personal de laboratorio, psicólogos, etc.

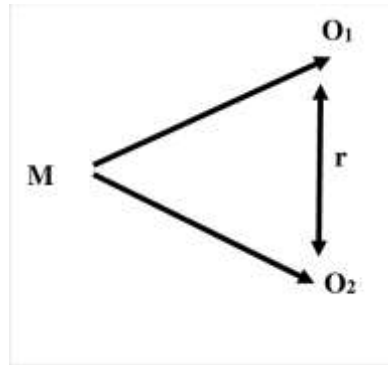
Asimismo, en el servicio de consulta externa de Medicina se cuenta con la estrategia de Prevención de Daños No Transmisibles, en la cual brinda atención a pacientes con diabetes mellitus, hipertensión y dislipidemias, los días miércoles y viernes, de 7 am a 1 pm.

3.2 Enfoque, tipo y diseño de investigación

La presente investigación fue de enfoque cuantitativo, pues se recopilaban datos numéricos que fueron medidos y sometidos a pruebas estadísticas para comprobar la hipótesis propuesta (57).

Tipo correlacional, pues se buscó determinar cuál es la relación entre los niveles de depresión y las prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (57).

Diseño no experimental, pues no se manipularon las variables en estudio y solo se presentaron tal y como se dan en la realidad de manera objetiva. De corte transversal, porque la obtención de datos se realizó en un tiempo y espacio determinado (57).



Donde:

M: Muestra de estudio

O1: Niveles de depresión de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

O2: Prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

r: Relación de las variables

3.3 Población de estudio

La población de estudio estuvo conformada por 137 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, que son atendidos en Consultorio Externo de Medicina del Hospital II-E Simón Bolívar.

3.4 Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Pacientes que acudan regularmente a sus controles en el Consultorio Externo de Medicina del Hospital Simón Bolívar
- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que firmen el consentimiento informado para participar en el estudio.
- Pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que tengan capacidad cognitiva y física para decidir participar y completar los cuestionarios.

Criterios de exclusión

- Pacientes con diagnósticos de prediabetes.
- Pacientes que no se encuentran en condiciones de contestar y completar el cuestionario de manera coherente.

3.5 Unidad de análisis

La unidad de análisis fue cada uno de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que son atendidos en Consultorio Externo de Medicina del Hospital II-E Simón Bolívar.

3.6 Marco muestral

El marco muestral estuvo conformado por la lista de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acuden a Consultorio Externo De Medicina y que forman parte de la estrategia de Prevención de Daños No Transmisibles del Hospital II-E Simón Bolívar.

3.7 Muestra

La muestra estuvo compuesta por 101 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, la cual se obtuvo aplicando la fórmula para poblaciones finitas, con un margen de error del 5% y confianza del 95%, que presentada a continuación:

Fórmula:

$$n = \frac{z^2 \cdot pq \cdot N}{E^2 (N-1) + Z^2 \cdot pq}$$

Donde:

N = población

n = muestra

Z = nivel de confianza (1.96)

p = probabilidad de éxito (0.5)

q = probabilidad de fracaso (0,5)

E = nivel de error (0,05)

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)(1.96)(0.5)(0.5)(137)}{(0.05)(0.05)(137-1) + 1.96^2(0.6)(0.4)}$$
$$n = \frac{131.5748}{0.34 + 0.9604}$$
$$n = \frac{131.5748}{1.3004}$$
$$n = 101.18$$
$$n = 101$$

La muestra estuvo compuesta por 101 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus de tipo 2.

3.8 Selección de la muestra o procedimiento de muestreo

La selección de la muestra se realizó mediante un muestreo no probabilístico, pues se aplicó la encuesta a los pacientes que acudieron al consultorio externo de medicina de manera consecutiva durante los meses de junio, julio y agosto, y que cumplieron con los criterios de selección, hasta completar el tamaño de la muestra.

3.9 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de los datos se utilizó como técnica a la encuesta y como instrumentos a dos cuestionarios los cuáles permitieron recopilar información acerca de los niveles de depresión y prácticas de autocuidado que tienen los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2. Una primera parte del instrumento sirvió para caracterizar socio demográficamente e identificar a quienes participaron en el estudio, para lo cual se realizó preguntas relacionadas con el género, edad, estado civil, procedencia y grado de instrucción.

Para evaluar el nivel de depresión, se usó el “Inventario de Depresión de Beck-II”, el mismo que consta de 21 ítems, cada uno referente a síntomas de depresión, presentes durante las últimas dos semanas, tales como: tristeza, pesimismo, sentimiento de fracaso, pérdida de satisfacción, sentimientos de culpa, sensación de castigo, malestar consigo mismo, dificultad para concentrarse, deseos suicidas, llanto, irritabilidad, aislamiento social, problemas de sueño, cansancio, pérdida de apetito, pérdida, etc. Cada ítem presentó cuatro alternativas de respuesta, las cuales se encuentran ordenadas en una escala ordinal politómica, con puntuaciones de acuerdo a la intensidad de los síntomas, siendo 0,1,2 y 3

(58). Los pacientes eligieron la afirmación que describía su estado en las últimas dos semanas, incluyendo el día de la aplicación del cuestionario. Para la obtención del puntaje total se consideró la suma de los 21 ítems, siendo el puntaje de 0 a 63 puntos.

Asimismo, para la interpretación de los resultados, se tuvo en consideración las categorías establecidas por el autor del instrumento (Beck), quien determinó los puntos de corte para cada nivel de depresión mediante el uso de las curvas de Características Operativas del Receptor (ROC), un método estadístico en el cual se comparó los puntajes que los participantes obtuvieron en la aplicación del instrumento, con su sensibilidad y especificidad frente a un diagnóstico clínico real (88, 34). Lo cual permitió categorizar los niveles en:

- Sin depresión: 0-13 puntos
- Depresión leve: 14-19 puntos
- Depresión moderada: 20-28 puntos
- Depresión severa: 29-63 puntos

Por otro lado, para evaluar las prácticas de autocuidado se aplicó el cuestionario “Prácticas de Autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”, elaborado por Condor D, Jacobo M en el año 2024. Dicho cuestionario estuvo conformado por 20 ítems, distribuidos en 4 dimensiones (régimen alimentario, actividad física, tratamiento y cuidados personales), con cinco preguntas cada una. Cada ítem presentó tres opciones de respuesta en escala de tipo Likert, que varían de: nunca (0 pts.), a veces (1 pts.) y siempre (2 pts.). Asimismo, para la obtención del puntaje total se consideró la suma de los 20 ítems, teniendo un puntaje mínimo de 0 y máximo de 40 (47).

Para la interpretación de los puntajes se realizó un baremo, considerando el puntaje máximo y mínimo. Se midió las prácticas de autocuidado en las siguientes categorías:

- Malas prácticas de autocuidado: 0-13 puntos
- Regulares prácticas de autocuidado: 14 -26 puntos
- Buenas prácticas de autocuidado: 27-40 puntos

3.10 Proceso de recolección de datos

Luego de que el proyecto fue aprobado, se solicitó el permiso al director de la Dirección Regional de Salud Cajamarca para la ejecución del proyecto de investigación, quien emitió la solicitud a la directora del hospital. Posteriormente se coordinó las fechas de recolección

de datos con la doctora encargada de la estrategia de Prevención de Daños no Transmisibles del Hospital Simón Bolívar. Los participantes fueron captados en el área de espera de consultorios externos, a donde acudían para recibir su tratamiento, realizar su control de glucosa, exámenes de laboratorio o gestionar sus citas. A cada uno se les explicó los objetivos y la importancia del estudio; quienes aceptaron participar firmaron consentimiento informado y seguidamente respondieron la encuesta en un aproximado de 10 a 15 minutos.

3.11 Validez y confiabilidad de los instrumentos

Los instrumentos “Inventario de depresión de Beck-II” y “Cuestionario sobre prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2”, fueron validados por sus autores correspondientes. La validez del Inventario de Depresión de Beck-II, se realizó mediante un análisis factorial, en el cual se evidencia la validez de constructo de dicho instrumento. Por otro lado, la confiabilidad ha sido evaluada en distintas investigaciones, como la desarrollada por Jube F, en su estudio titulado “Calidad de vida y depresión en pacientes diabéticos adultos del consultorio de endocrinología del Hospital San José de Chíncha 2024”, en el cual mediante una prueba piloto, obtuvo un Coeficiente de Alfa de Cronbach con valores 0,760 y 0,950. Dichos valores, son considerados como aceptables, pues indican una consistencia interna adecuada (59).

En relación al cuestionario “Prácticas de Autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2”, Condor D y Jacobo M validaron el instrumento mediante un juicio de 3 expertos, quienes indicaron que el instrumento era adecuado para medir las prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Además, determinaron la confiabilidad mediante una prueba piloto, obteniendo un Coeficiente Alfa de Cronbach de 0,903 (47).

3.12 Prueba piloto

En el presente estudio realizó una prueba piloto, con el objetivo de verificar la consistencia interna de ambos instrumentos, la claridad y comprensión de los ítems en la realidad sociocultural de la población en la que se realizó esta investigación. Para ello, se aplicó la encuesta a un 10% de la muestra; es decir, a 10 pacientes con diagnóstico de diabetes que fueron atendidos en los servicios de emergencia y hospitalización de medicina interna del Hospital II-E Simón Bolívar (Anexo 03).

Al realizar la prueba de confiabilidad mediante el Coeficiente de Alfa de Cronbach, en el presente estudio se obtuvo un valor de 0,767 para el “Inventario de Depresión de Beck-II” y de 0,794 para el “Cuestionario de Prácticas de Autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2” y tomando en cuenta los criterios propuestos por George y Mallery, ambos instrumentos tienen una consistencia interna aceptable y son confiables de aplicar (60).

3.13 Técnicas de procesamiento, interpretación, análisis y discusión de resultados

Primero se aplicaron los instrumentos a los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, previa obtención de su consentimiento informado. Luego, se realizó el procesamiento de la información en una base de datos utilizando Microsoft Excel versión 2019 y el software estadístico SPSS versión 27, que permitió presentar los datos en tablas y porcentajes usando la estadística descriptiva. Asimismo, para determinar la relación entre las variables estudiadas, se utilizó prueba estadística de Correlación de Spearman, por tratarse de variables ordinales y fue la más acertada de aplicar luego de que se realizó la prueba de normalidad (Anexo 4).

Se realizó la interpretación de tablas, datos y porcentaje obtenidos, para luego realizar el análisis y discusión de los hallazgos con los antecedentes a nivel mundial, nacional y local, así como con teorías existentes y estudios previos descritos en el marco teórico.

3.14 Consideraciones éticas

- **Autonomía:** Se explicó a los pacientes sobre la investigación, sus objetivos e importancia, posteriormente fueron ellos quienes con esta información decidieron de manera voluntaria si deseaban participar y firmar el consentimiento informado (61).
- **No maleficencia:** En la ejecución de la presente investigación, no se ocasionó ningún tipo de daño a los participantes y los datos obtenidos fueron manejados de manera confidencial.
- **Beneficencia:** Dicho principio implica “hacer el bien” (62). Este principio se aplicó al no afectar a ninguno de los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus, por el contrario, los hallazgos del estudio servirán como base para el desarrollo de intervenciones que mejoren su bienestar y calidad de vida.

- **Justicia:** Durante la aplicación del instrumento de recolección de datos se trató a todos los pacientes con respeto e igualdad, sin realizar distinción ni discriminación alguna (61).
- **Confidencialidad:** Este principio ético, se aplicó garantizando que los datos proporcionados tanto por el hospital, como los datos personales de los participantes fueron protegidos y usados solo con fines investigativos (61).
- **Respeto:** Se trató a todos y cada uno de los participantes de la investigación con respeto. Además, se respetó la decisión de los pacientes de participar o no en el estudio.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Análisis y discusión de los resultados

Tabla 1. Características sociodemográficas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025.

Características Sociodemográficas	Categorías	Nº	%
Sexo	Masculino	40	39,6
	Femenino	61	60,4
Edad	18 a 29 años	2	2,0
	30 a 59 años	58	57,4
	60 años a más	41	40,6
Procedencia	Urbano	71	70,3
	Rural	30	29,7
Estado civil	Soltero	26	25,7
	Casado	15	14,9
	Conviviente	38	37,6
	Divorciado	5	5,0
	Viudo	17	16,8
Grado de instrucción	Analfabeto	12	11,9
	Primaria	36	35,6
	Secundaria	42	41,6
	Superior	11	10,9
Tiempo de diagnóstico	Menos de 5 años	38	37,6
	5 a 9 años	28	27,7
	10 a 14 años	18	17,8
	De 15 años a más	17	16,8
	TOTAL	101	100

Fuente: Cuestionario niveles de depresión y prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2.

En la tabla 1, se presentan las características sociodemográficas de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, que acuden al hospital para sus atenciones. Se puede evidenciar que el mayor porcentaje de personas con este diagnóstico son del sexo femenino (60,4%), con edades comprendidas entre 30 y 59 años (57,4%), de la zona urbana de Cajamarca (70,3%). Con respecto al estado civil, el mayor porcentaje refiere convivir con su pareja (37,6%), seguido de 25,7% de solteros. En relación con el grado de instrucción, 41,6% ha

cursado con secundaria, ya sea completa o incompleta y solo 10,9% tienen estudios superiores. Asimismo, en cuanto al tiempo de diagnóstico de esta enfermedad, 37,6% tiene menos de 5 años de haber recibido el diagnóstico.

En lo que refiere al sexo, es evidente que el mayor porcentaje de pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus corresponde al sexo femenino. Esta cifra concuerda con los hallazgos de Madero K y Orguloso A, quienes en su estudio encontraron que más del 50% de pacientes eran del sexo femenino (63). Se contrastan de igual manera con los obtenidos por Senmache A, quién reportó que un 68,5% pertenecían a este sexo (24). En Cajamarca, concuerdan con los datos de García J (19), en cuyo estudio 55% eran mujeres, mientras que en el estudio de Chuquiruna P (64), 72,3% de féminas padecían de esta enfermedad y según Martínez R (26) 57% pertenecía a este sexo. Además, según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática, afecta al 6,1% de mujeres en el Perú, en comparación con 4,9% de varones (65).

Estos resultados difieren con lo encontrado por Di Lorenzi et al., quienes en su investigación encontraron que 51,1% de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 fueron de sexo masculino (22). La prevalencia de un mayor porcentaje de mujeres con diabetes mellitus tipo 2, puede ser atribuido a diversos factores biopsicosociales y hormonales a los cuales se ven expuestas. Así pues, la presencia de algunos síndromes como el Ovario Poliquístico, una condición común en muchas mujeres (7-13%), produce cambios hormonales que causan una resistencia a la insulina y por consecuencia mayor riesgo de padecer diabetes mellitus tipo 2. Asimismo, los cambios sufridos durante el embarazo pueden llevar al padecimiento de diabetes gestacional, que incrementa la probabilidad de padecer esta enfermedad crónica. Por otro lado, es evidente la presencia de una mayor esperanza de vida en las mujeres lo cual hace que se vean afectadas por enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en los adultos mayores (66).

Además, el rol que por lo general cumple la mujer de ser ama de casa, hace que ellas se encuentren más preocupadas por el cuidado del hogar y su familia, dejando poco tiempo para tener estilos de vida saludable que reduzcan el riesgo de padecer diabetes. Por otro lado, con respecto a la búsqueda temprana de atención médica según un estudio realizado por el INEI (2022), las mujeres son quienes en su mayoría acuden a los establecimientos de salud (37,4%), mientras que los varones suelen acudir a farmacias, lo cual puede contribuir a que se reporte una mayor prevalencia de dicha patología en mujeres, pues son quienes

tienen un mayor acercamiento con la atención médica, lo cual permite tener un registro de los pacientes con diabetes mellitus que acuden a buscar atención médica (67).

Respecto a la edad, los resultados obtenidos se contrastan con los hallazgos de Senmache A, en cuyo estudio 45,7% de pacientes tenían una edad de entre 36 a 45 años (24). Por su parte, Madero A y Orgulloso K encontraron 43% de pacientes diabéticos con edades entre 57 a 72 años (63). De manera similar, Chuquiruna P, reportó que 47,7% tenía edades de 51 a 60 años, seguido de 35,4% de pacientes entre los 41 a 50 años (64). Estas cifras nos indica que la diabetes mellitus tipo 2 se presenta con mayor frecuencia en la etapa de vida de adulto y adulto mayor, debido a la presencia de cambios fisiológicos causados por el envejecimiento.

Si bien, se encontró un porcentaje mínimo de adultos jóvenes con este diagnóstico (2%), esto refleja como dicha enfermedad viene afectando a personas en etapas tempranas, debido a los de estilos de vida que se llevan en la actualidad, pues factores tales como: el sedentarismo, la obesidad, consumo de alimentos procesados y altos en grasas, entre otros pueden estar dando como resultado estas cifras, las cuales de no tomarse las medidas necesarias que permitan la adopción de hábitos de vida saludable, pueden ir en incremento (1).

El conocer las edades que tienen los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, es un aspecto clave para entender la prevalencia de depresión y como esto puede relacionarse con las prácticas de autocuidado que tengan. Es así que según el trabajo de investigación de Rymkiewicz et al., es más frecuente encontrar presencia de síntomas depresivos severos en pacientes con mayor edad, a diferencia de los jóvenes. Además, refiere que el desconocimiento de la enfermedad debido a la poca educación que se brinda y la aparición de las complicaciones incrementan el riesgo de padecer síntomas depresivos más graves (68). Por el contrario, Abuhegazi et al., refieren que los pacientes más jóvenes, son quienes tienen un mayor riesgo de padecer depresión, pues llegan a tener un mayor impacto en su bienestar emocional (69).

Es evidente que todos los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 independientemente de su edad, se ven enfrentados a diversas situaciones que pueden hacer que surjan en ellos estados depresivos. En los adultos jóvenes, la depresión puede relacionarse con la carga emocional que causa el diagnóstico de una enfermedad crónica como está, en una edad temprana a la cual la mayoría de personas le atribuyen vitalidad,

dando lugar a la presencia de síntomas depresivos como pérdida de interés en actividades, sentimientos de desesperanza y aislamiento, que reducen la motivación para cuidarse (69). Por otro lado, en los adultos mayores, la presencia de trastornos depresivos se asocia con factores como la pérdida de la autonomía, pérdida de amigo y familiares, la presencia de comorbilidades o la sensación de ser una carga para la familia (70).

De acuerdo a la procedencia, se evidenció que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, son en su mayoría procedentes de la zona urbana. Datos similares fueron los encontrados por García Y, en su investigación donde 70% de los pacientes eran procedentes de la zona urbana (19). Asimismo, según datos del INEI en el Perú el mayor porcentaje de pacientes diabéticos tiene un área de residencia urbana (6,2%) (65).

No obstante, difiere con lo encontrado por Chuquiruna P, pues en su estudio reportó que 67,7% eran procedentes de la zona rural (64), esta diferencia se podría atribuir a que dicha investigación fue realizada en el Centro de Salud Baños del Inca, el cual, por lo general, actúa como un establecimiento que recibe referencias en su mayoría de zonas rurales ubicadas en los alrededores de Cajamarca (Namora, Matara, Llacanora, Otuzco, Encañada, Jesús, etc.).

Estos resultados evidencian que, a diferencia de la diabetes mellitus de tipo 1, que es de causa autoinmune, la diabetes mellitus tipo 2 se relaciona con los malos estilos de vida, a los cuales se ven expuestos en mayor proporción personas que radican en la parte urbana de las regiones, debido a que existe un mayor acceso y consumo de alimentos procesados, ultra procesados y comidas rápidas (42). Asimismo, en algunos casos las personas consumen alimentos en casa, sin tener una dieta equilibrada, pues es común ver en las familias el consumo excesivo de carbohidratos, azúcar y sal. Todo esto, junto con el sedentarismo, consumo de alcohol y cigarro, actúan como factores que incrementan el riesgo de padecer alguna enfermedad no transmisible (42).

En cuanto al grado de instrucción, la mayor parte de pacientes ha cursado con educación secundaria (41,6%) y solo un 10% cuenta con estudios superiores. Estos datos son semejantes a los reportados por Cadenillas R, en su estudio realizado en el Hospital Regional Docente de Cajamarca, en donde identificó que 38% tuvieron como grado de instrucción secundaria, 14% era analfabeta y en menor proporción cursaron superior (27). No obstante, difiere con lo encontrado por Martínez R (26) en cuyo estudio predominó la instrucción técnica (29%) y superior (26%). Ballena L y Meléndez K, determinaron que uno de los

factores de riesgo asociados con la depresión en pacientes diabéticos fue la presencia de grado de instrucción primaria y el analfabetismo (71).

Diversos estudios concuerdan en que las personas que han tenido algún nivel educativo, sobre todo el universitario, están expuestas a un menor riesgo de sufrir síntomas depresivos y tienen mejores prácticas en las dimensiones del autocuidado de la diabetes, debido a una mayor información del tratamiento, complicaciones y la importancia de tener buenas prácticas de autocuidado. Asimismo, suelen tener una ventaja económica que les permite adquirir alimentos para tener una dieta baja en carbohidratos y alta en proteínas (72).

Al ser una enfermedad prevalente en los adultos mayores, muchos de ellos no tuvieron acceso a la educación, pues en años anteriores los padres preferían enviar a la escuela a los varones, dando como resultado un grado de instrucción limitado. Según lo manifestado por Valderrama C, personas con un bajo nivel educativo suelen tener trabajos inestables con remuneración baja, lo cual complica la adopción de estilos de vida saludable. Además, se encuentran más expuestos ante situaciones que incrementan los niveles de depresión, pues la presencia de inequidades sociales y económicas contribuyen e impactan significativamente en la salud mental y estado emocional de los pacientes, incrementando la presencia de estrés, preocupaciones y ansiedad que llegan a afectar el bienestar biopsicosocial (73).

Con respecto al estado civil, se observa que la mayor proporción de pacientes refieren ser convivientes (37,6%), solteros (25,7 %) y viudos (16,8%). Resultados similares fueron reportados por Bernal I y Hernández K, quienes encontraron 24,2% de convivientes, seguido de solteros y 5,5% viudos (25). Mientras que Aliaga C, reportó un mayor porcentaje de casados (51,2%), seguido de convivientes (34,8%) (74). En el estudio de Senmache A, 61,6% de participantes eran solteros (24).

Estos resultados podrían atribuirse a que un alto porcentaje de pacientes tienen edades en las que se opta por la convivencia o buscan una relación estable. La presencia de un alto porcentaje de personas que conviven con sus parejas, puede resultar fundamental y actuar como un factor protector que ayuda a que los síntomas depresivos sean menores y se tenga un mejor autocuidado (75). La pareja y la familia, juegan un papel social relevante, pues proporcionan un apoyo emocional. Además, pueden motivar a los pacientes en la realización y adopción de prácticas de autocuidado, ayudando en recordar la toma de medicamentos, programar citas médicas, planificar dietas saludables, alentar en la participación de

actividades recreativas y ejercicio físico, entre otros (75). Sin embargo, también puede convertirse en un factor de riesgo si las relaciones familiares son conflictivas o los hábitos compartidos son poco saludables.

Por otra parte, en los adultos mayores predomina la viudez, lo cual puede afectar su bienestar emocional. Pues, la presencia de situaciones causadas por el divorcio y el fallecimiento de la pareja, afectan el bienestar emocional, generando mayores niveles de estrés, decaimiento y tristeza, los cuales predisponen a un mayor riesgo de comorbilidades por la presencia de malos hábitos en la alimentación y ejercicio (76).

El 65,3% de pacientes ha recibido el diagnóstico de esta enfermedad hace menos de 10 años, mientras que 16,8% tiene más de 15 años con dicha patología. Cifras similares fueron reportadas por Porras D y Quincho R, pues encontraron que 71,8% de paciente tenía un tiempo de diagnóstico menor de 10 años (77). Por su parte, en un estudio realizado en Lima predominó un tiempo superior a 10 años de diagnóstico (39%) (78).

Con respecto a la presencia de niveles de depresión en pacientes diabéticos y su relación con el tiempo de diagnóstico, Rosas et al., manifiesta que existe mayor frecuencia de estados depresivos en personas con un diagnóstico entre 11 a 20 años, mientras que en aquellos con más de 31 años de diagnóstico, existe más riesgo de suicidio y ansiedad (79). Por el contrario, Loayza J y Vera V, en su estudio evidenciaron la presencia de menos síntomas depresivos en quienes tenían un mayor tiempo de diagnóstico (80).

Resulta claro que, en el inicio del diagnóstico de una enfermedad crónica, las personas pueden experimentar una etapa de duelo. En un principio, se niegan a creer que tienen esta enfermedad y recurren a otras opiniones médicas. Al confirmar dicho diagnóstico entran en una etapa de depresión por el sentimiento que pueden tener de haber perdido algo tan valioso como su salud y de que tienen que adoptar nuevos estilos de vida para poder convivir con esta enfermedad en su día a día. Esta situación puede generar en ellos sentimientos de ansiedad, frustración, irritabilidad, culpa al no seguir las indicaciones y ver durante sus controles médicos, que sus niveles de glucosa siguen elevados (3).

Por otro lado, quienes ya tienen un mayor tiempo con este diagnóstico pueden haberse adaptado a estos cambios, estar en una etapa de aceptación de la enfermedad y de todos los efectos que causa, además de que pueden poseer mayor conocimiento de cómo conllevlarla (3). Sin embargo, en personas con más de 15 años con este diagnóstico, también puede

evidenciarse la prevalencia de depresión, pues la sobrecarga del tratamiento crónico junto con la presencia de comorbilidades sobre todo en adultos mayores y la aparición de complicaciones, conllevan a un mayor impacto psicológico y dificultades para realizar acciones de cuidado personal.

Según lo reportado por diversos estudios con la existencia de diabetes por más de 10 años, se incrementa el riesgo de complicaciones a largo plazo (81). Esta situación conlleva al incremento del riesgo de padecer depresión, afectando el bienestar físico, psicológico y la calidad de vida, no solo de los pacientes, sino de su familia, pues muchas de estas complicaciones llegan a limitar la autonomía del paciente (20).

Tabla 2. Niveles de depresión de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025.

Niveles de depresión	Nº	%
Sin depresión	46	45,5
Depresión leve	24	23,8
Depresión moderada	27	26,7
Depresión severa	4	4,0
TOTAL	101	100

Fuente: Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

En la tabla 2, se presentan los niveles de depresión que presentan los pacientes diabéticos atendidos en el Hospital Simón Bolívar. Se observa que 54,5% de pacientes tiene algún nivel de depresión, ya sea leve (23,8%), moderada (26,7%) o severa (4%).

Estos resultados son similares a los obtenidos por Tapia G, quien reportó que 47,4% de los pacientes tuvo depresión, siendo más frecuentes la leve (24,7%) y moderada (19,5%) (82). Por su parte, Barrutia et al., en su investigación estimaron que la depresión tiene una prevalencia de 30 y 67% en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (20). Cifras menores fueron reportadas por Di Lorenzi et al., pues en su estudio 12,7% de pacientes presentó depresión leve y 9,2% depresión severa (22). Por su parte, Chang et al., reportaron que 16,63% de pacientes con diabetes de su estudio presentaron síntomas de depresión (15)

Si bien el 45,5% de pacientes no presentó depresión, se evidencia cómo más del 50% presenta algún nivel depresivo, predominando los niveles leve y moderado. Esto sugiere la presencia de síntomas depresivos leves que pueden pasar desapercibidos, y que de no ser identificados y atendidos oportunamente, progresar hacia niveles moderados y severos que lleguen a interferir con las actividades diarias de los pacientes y la adopción de buenas prácticas de autocuidado.

La presencia de estos niveles depresivos en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, puede atribuirse a la presencia de factores sociodemográficos a los que se ven expuestos los pacientes en nuestra región, tales como la presencia de un mayor porcentaje de mujeres, adultas mayores, con un grado de instrucción primaria y secundaria, situación de pobreza, entre otros, que pueden hacer que los niveles de depresión sean mayores en comparación con las realidades en las cuales han sido realizadas otros estudios.

Asimismo, luego de la situación causada por la pandemia de Covid-19 la salud mental de un gran número de personas se ha visto afectada debido al aislamiento, problemas económicos, pérdida de familiares, falta de empleo, entre otras situaciones, que junto con el ritmo de vida acelerado que se lleva en la actualidad debido a la presencia de mayor demanda económica y social, pueden haber contribuido a que en el presente estudio los niveles de depresión moderada sean más frecuentes (93).

Por su parte, en los pacientes sin depresión, pueden estar interviniendo factores protectores tales como el apoyo de la familia, amigos y la fe en Dios, los cuales brindan un soporte emocional y sentido de esperanza. Además, es posible que tengan un mayor conocimiento y comprensión sobre la enfermedad, lo que les permite tener estrategias de afrontamiento activo para sobrellevar mejor el tratamiento y la adaptación a los cambios en su estilo de vida (3).

Según diversas investigaciones la prevalencia de la depresión en pacientes con diabetes es alta, esto puede explicarse por la carga adicional que padecerla suponen para el paciente, tanto a nivel físico como psicológico, lo cual junto a los factores sociodemográficos antes descritos favorecen a la aparición de síntomas depresivos. Asimismo, la necesidad de autocuidado constante llega a generar sentimientos de desesperanza o impotencia, sobre todo en las personas que no tienen estrategias de afrontamiento adecuadas, lo que conlleva al surgimiento de ideas negativas y sentimientos adversos, que a su vez, ocasionan comportamientos que interfieren en las actividades de cuidado propio (3).

Teniendo en cuenta la presencia de síntomas depresivos evaluados mediante el Inventario de Depresión de Beck-II, 45,6% se siente triste gran parte o todo el tiempo. En relación al pesimismo, 24,8% manifestó sentirse más desalentado respecto de su futuro y, en igual proporción, sienten desesperanza y que en un futuro solo pueden empeorar. (Anexo 01)

En cuanto a la pérdida de placer (anhedonia), 67,3% reportó que no disfrutaban las cosas como lo solían hacer y que obtenían muy poco placer por cosas que antes disfrutaban; 37,65% de los participantes manifestó sentirse culpable respecto de diversas acciones pasadas u omisiones; 38,9% manifiesta haber perdido la confianza en sí mismo; 20,8% se critica a sí mismo por sus errores y lo malo que les sucede; 26,7% refiere haber tenido el pensamiento de morir; 56,5% se encuentra menos interesado o sin interés en personas o cosas, y 33,6% tiene sentimientos de desvalorización, pues se consideran inútiles o poco valiosos en comparación con otros.

La presencia de un alto porcentaje, en los síntomas de pérdida de placer (anhedonia), falta de confianza en sí mismo, junto con la disminución del interés por ciertas personas y actividades, no solo afectan el estado emocional de los pacientes, sino que también disminuye su capacidad para tener un autocuidado adecuado debido a una mayor predisposición al aislamiento social (83). La presencia de los síntomas antes descritos podría estar interfiriendo en prácticas rutinarias fundamentales para un adecuado control glicémico.

Según la Asociación Americana de Diabetes, las percepciones que tienen las personas con diabetes mellitus sobre su capacidad para gestionar su enfermedad es un factor fundamental que favorece a un mejor control y adherencia al tratamiento (92). En este sentido la presencia de los sentimientos de culpa, autocrítica, inutilidad y desvalorización disminuyen la autoeficacia de los pacientes con diabetes, lo cual genera una percepción negativa y afecta la confianza que tienen en ellos para manejar dicha enfermedad.

Por otro lado, en relación a los síntomas somáticos que son reportados en mayor frecuencia, se encuentran la pérdida de energía (75,2%), los cambios en los hábitos de sueño (59,4%), los cambios en el apetito (55,4%) y la fatiga (65,4%). Se puede evidenciar la presencia de un mayor porcentaje en relación a estos, debido a que pueden manifestarse no solo como parte de un trastorno psicológico, sino también como síntomas físicos causados por la propia enfermedad o la presencia de complicaciones crónicas.

Según el modelo teórico propuesto por Beck, la depresión se origina como consecuencia de patrones e ideas negativas que afectan la percepción que la persona tiene de sí misma, del mundo y del futuro (28). Los porcentajes altos de niveles depresivos leves y moderados, encontrados en pacientes diabéticos atendidos en el Hospital Simón Bolívar refleja la presencia de pensamientos negativos en muchos de ellos. En ocasiones, estos pensamientos surgen por el escaso conocimiento que se tiene en relación a esta enfermedad, pues varios llegan a considerarla una enfermedad terminal, como el cáncer, sobre todo por las complicaciones que esta trae consigo. Además, muchos de ellos sienten angustia debido a que han visto cómo un amigo o familiar con el mismo diagnóstico ha fallecido. Esto conlleva a la aparición de síntomas depresivos, especialmente la desesperanza, autocrítica, desvalorización y la tristeza persistente (24).

Los resultados hallados en la presente investigación son relevantes, pues se observa como esta enfermedad crónica no solo afecta la salud física de quienes la padecen, sino que también incrementa el riesgo de desarrollar algún trastorno psicológico como la depresión;

además, evidencia la escasa atención que se le presta a la salud mental de estos pacientes y de la población en general.

Todo esto destaca la necesidad de implementar estrategias que ayuden a identificar de manera temprana la presencia de síntomas depresivos en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 y referirlos oportunamente con personal capacitado para determinar si se trata de un trastorno depresivo o solo son reacciones y sentimientos transitorios. Asimismo, resulta importante la integración del acompañamiento psicológico adecuado en el control de la diabetes, que promueva el bienestar físico y emocional.

Tabla 3. Prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025.

Prácticas de autocuidado	N°	%
Malas prácticas	1	1,0
Regulares prácticas	41	40,6
Buenas prácticas	59	58,4
TOTAL	101	100

Fuente: Cuestionario sobre prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2.

En la tabla 3, se presentan las prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus de tipo 2, en donde se observa que predominan las buenas prácticas de autocuidado (58,4%), seguidas de las prácticas regulares (40,6%) y, en menor proporción, la presencia de prácticas de autocuidado malas (1%).

Estos resultados son similares a los encontrados por Bernal I y Hernández K, quienes en su investigación obtuvieron como resultado que 49,5% de los pacientes con diabetes tipo 2 presentaron un nivel bueno de autocuidado (25). De manera similar, Jacobo M y Córdor D reportaron que 54,9% de pacientes tenía buenas prácticas y solo un 1% malas prácticas (47). Asimismo, García Y, en su investigación en la región Cajamarca, reveló que 55% de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tuvieron prácticas de autocuidado buenas (19).

Orem menciona que todas las personas tienen la responsabilidad de cuidar de su propia salud mediante la ejecución de acciones que promuevan el bienestar físico, emocional y social. Asimismo, define al autocuidado como el conjunto actividades que las personas realizan por sí mismas para mantener la salud, prevenir enfermedades y manejar las condiciones de salud a lo largo de sus vidas. Sin embargo, existen situaciones y factores que pueden hacer que estas prácticas no sean realizadas adecuadamente, dando paso así al déficit de autocuidado, en el cual se requiere de una persona que actúe como agente de autocuidado, ya sea un familiar o personal de salud (30).

Estos datos evidencian que un gran porcentaje de pacientes tienen buenas prácticas de autocuidado, lo cual es un aspecto positivo para un buen control glucémico. No obstante, se encuentra 40,6% de pacientes con prácticas regulares, debido a que no las efectúan de manera constante, solo realizan algunas o las realizan de manera inadecuada, lo cual puede

contribuir a un mal control de la enfermedad y favorecer la aparición de complicaciones a corto o largo plazo. Estas complicaciones pueden ser microvasculares, que llegan a dañar los vasos sanguíneos pequeños, afectando los nervios y órganos (ojos y riñones). Las complicaciones macrovasculares resultan del daño a las arterias grandes (43). Según Holt R, el riesgo de padecer depresión se incrementa en un 9% cuando los pacientes sufren complicaciones macrovasculares y en 24% cuando se trata de complicaciones microvasculares (92).

Los resultados sugieren que, más de un tercio de personas tienen prácticas de autocuidado regulares y malas, y pueden llegar a padecer complicaciones que generan un impacto negativo no solo en ellos, sino también en sus familiares. Además, de tener repercusiones a nivel físico, puede llegar a impactar en su salud mental, pues incrementa el riesgo de padecer depresión o, en el caso de los que ya presentan un nivel leve, intensificarlo a niveles mayores, debido a las limitaciones funcionales que causan, el dolor crónico, los problemas económicos por el tratamiento adicional que deben llevar, entre otros, creando un círculo vicioso entre la presencia de complicaciones y síntomas depresivos (83).

Por ello, el rol del profesional de enfermería es esencial para la promoción del autocuidado en pacientes con este diagnóstico, para lo cual debemos fortalecer la educación y desarrollar estrategias que permitan la mejora de las prácticas de autocuidado, pues un adecuado control de la glucosa, junto con hábitos de autocuidado como una dieta balanceada, ejercicio regular y monitoreo constante, son fundamentales para prevenir o retrasar el desarrollo de estas complicaciones, reducir las hospitalizaciones, mejorar la calidad de vida de los pacientes, además de favorecer su bienestar mental.

Tabla 4. Prácticas de autocuidado (según dimensiones) de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025.

Prácticas de autocuidado	Malas prácticas		Regulares prácticas		Buenas prácticas		Total
	N°	%	N°	%	N°	%	
Régimen alimentario	11	10,9	48	47,5	42	41,6	101
Actividad física	16	15,8	35	34,7	50	49,5	101
Tratamiento	4	4,0	27	26,7	70	69,3	101
Cuidado de los pies	3	3,0	26	25,7	72	71,3	101

Fuente: Cuestionario sobre prácticas de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus de tipo 2.

En la tabla 4, se presentan las prácticas de autocuidado en las dimensiones de régimen alimentario, actividad física, tratamiento y cuidado de los pies. En relación con la alimentación, se observa un gran porcentaje de pacientes diabéticos que presentan prácticas de autocuidado regulares (47,5%), seguido de un porcentaje con buenas prácticas de autocuidado (41,6%). Estos resultados se asemejan a los hallazgos de otros autores, como García E y Yarleque Y quienes en su investigación hallaron un 82% de pacientes con prácticas de autocuidado regulares (84). No obstante, difiere con Martínez R, en cuya investigación 59% tenía un nivel bueno de autocuidado y 34% regular (26).

En los datos reportados, se observa que en esta dimensión predominan las prácticas de autocuidado regulares, lo cual podría deberse al insuficiente conocimiento que tienen sobre cómo debe ser esta. Así pues, se ha observado que un gran número de ellos tienen ideas erróneas en relación al consumo de alimentos, como: “el tratamiento farmacológico es suficiente”, “se tiene que evitar por completo el consumo de arroz, trigo, fideos y demás carbohidratos”, o que “con solo evitar el consumo de azúcar es suficiente”. Estos pensamientos erróneos, por lo general, se dan como consecuencia de la escasa asistencia a los controles con el nutricionista, pues a pesar de que se les brinda una interconsulta, muchos la postergan o no asisten, ya sea por falta de tiempo, por considerarlas innecesarias o repetitivas.

Por otro lado, también influye el factor económico, pues en muchas ocasiones los pacientes adultos y adultos mayores, sin un trabajo fijo y sin alguien que los sustente económicamente, optan por el consumo de alimentos más baratos, pero con menos valor nutricional (73). Asimismo, predominan las prácticas alimentarias inadecuadas dentro de la familia, sobre todo por las costumbres que se tienen de consumir alimentos ricos en hidratos de carbono. Es por eso que se debe integrar a la familia en el desarrollo de un plan de alimentación saludable, que ayude a los pacientes a adaptarse más fácilmente a este nuevo estilo de vida.

El aspecto psicológico también podría estar interfiriendo, pues la presencia de estrés, ansiedad o depresión, hace que estos tengan menos motivación para preparar comidas saludables, además de que la presencia de pérdida de apetito o aumento de este pueden interferir con el autocuidado en relación a esta dimensión (73).

Por ello, resulta fundamental que se fortalezca el trabajo multidisciplinario y que se brinde un plan de alimentación individualizado para cada paciente. Asimismo, como profesionales de enfermería tenemos un rol esencial en la adopción de estas prácticas, sobre todo en el primer nivel de atención, debido a la cercanía y contacto continuo con los pacientes. Para lo cual debemos realizar una valoración del estado nutricional, los hábitos alimentarios que tienen las personas, identificar conductas de riesgo, y educar con respecto a selección de alimentos, lo cual permitirá mejorar las actitudes y prácticas en la alimentación (85).

Con respecto a la actividad física, la mayoría de pacientes tiene buenas prácticas de autocuidado (49,5%). Se observa una concordancia con los hallazgos de García Y, en el cual 38% tenía un autocuidado bueno en la actividad física y 16% prácticas malas. (15) Por otro lado, Madero K y Orgulloso A, en su estudio, evidenciaron prácticas de autocuidado malas en la actividad física (61%) y que 56% de pacientes diabéticos no realizan ningún tipo de ejercicio físico (63). Mientras que Martínez R, reportó que 50% tenía un nivel bueno en la actividad física, 37% regular y 13% nivel malo.

En el presente estudio, se evidenció que la mayoría tiene buenas prácticas de autocuidado en relación a la actividad física, pues muchos de los pacientes reconocen la importancia que tiene el ejercicio físico para controlar la diabetes y la incorporan en su rutina diaria, ya sea caminando, subiendo escaleras o realizando alguna tarea doméstica. No obstante, se presenta un notable porcentaje de personas con malas prácticas (15,8%), en comparación con las demás dimensiones, lo cual podría asociarse con la presencia de limitaciones físicas,

presencia de complicaciones de la enfermedad o la falta de motivación y tiempo, que hace que la realización de algún ejercicio físico se dificulte.

La actividad física es una de las prácticas cruciales que ayudan a mantener los niveles de glucosa dentro de parámetros normales. Diversas literaturas concuerdan en que ayuda a mejorar los niveles de hemoglobina glicosilada (HbA1C) beneficiando al control glucémico. Además, permite mantener un adecuado peso, y una buena salud mental, pues reduce los niveles de estrés y depresión, mejorando así el estado emocional (87). Por ello, resulta fundamental la educación con respecto a la importancia de la actividad física en el control de la hiperglucemia y dar recomendaciones a los pacientes y familiares para su realización, tomando en cuenta la edad, condición física y presencia de complicaciones, que les permita adoptar un plan de ejercicios individualizados de manera gradual.

En cuanto al tratamiento, se observó que la mayor parte de los pacientes (69,3%) presentan buenas prácticas, mientras que 26,7% presentan prácticas regulares. Este hallazgo se contrasta con lo manifestado por Martínez R, quien reportó que 55% de pacientes tenía prácticas buenas (26). Se evidenció que el cumplimiento del tratamiento es mayor a lo reportado en otros estudios. Así, Jacobo M y Condor D encontraron que 46.2% de su población presentó buenas prácticas de autocuidado y 44% prácticas de autocuidado regulares (47). Los resultados de nuestro estudio sugieren que la mayoría de pacientes que participaron en la investigación cumplen con su tratamiento indicado por el médico, como tomar sus pastillas o administrarse insulina, además de asistir frecuentemente a sus citas médicas, controlar su glucosa de manera regular, realizar exámenes de laboratorio y asistir a sus citas con el oftalmólogo.

No obstante, la presencia de pacientes con prácticas regulares (26,7%) y, en menor proporción malas (4%), puede ser atribuido a la progresión silenciosa de la enfermedad, pues en un inicio no aparecen síntomas significativos, por lo cual los pacientes creen que no es necesario llevar un tratamiento constante. Por otro lado, los efectos adversos que causan los medicamentos, favorecen a que las personas opten por medidas alternas como el uso de plantas medicinales o productos naturales (86). Además, en los pacientes con depresión moderada y severa, la presencia de anhedonia y falta de energía, puede disminuir en ellos su compromiso para asistir a sus controles médicos, tomar sus medicamentos y realizar sus exámenes rutinarios.

Por último, en la dimensión cuidado de los pies, 71,3% presentó buenas prácticas de autocuidado y 25,7% prácticas de autocuidado regulares. En relación a esta dimensión Jacobo M y Condor D encontraron datos similares, pues 70.3% de los pacientes presentó buenas prácticas de autocuidado y 29.7% prácticas regulares (47). Cifras menores fueron las reportadas por Martínez R, quien evidenció 58% de pacientes con prácticas en el nivel bueno, 39% nivel regular y 3% malo (26). Este hallazgo resulta alentador, ya que el adecuado cuidado de los pies es una de las principales medidas en la prevención de complicaciones como úlceras, infecciones y, en casos graves, amputaciones, como consecuencia de las complicaciones como neuropatía y pie diabético (52).

A pesar de esto, la presencia de un reducido porcentaje de pacientes con prácticas regulares (25,7%), indica la existencia de brechas que interfieren en la realización de estas actividades, tales como el desconocimiento sobre la técnica correcta de inspección y cuidado de la piel, limitaciones físicas que dificulten su revisión diaria y la ausencia de apoyo familiar para recordar o ayudar en estas tareas. Por ello, los profesionales de enfermería debemos fortalecer las intervenciones educativas dirigidas a estos pacientes, enfatizando no solo la importancia del cuidado de los pies, sino también en la demostración práctica de cómo realizarlo, con el fin de reducir el riesgo de complicaciones y promover un cuidado adecuado en esta dimensión.

Finalmente, en relación a todas las dimensiones antes descritas, si bien se evidencian en mayor medida las prácticas de autocuidado buenas, se debe enfatizar en la implementación de estrategias educativas que permitan que los pacientes con prácticas regulares y malas, mejoren su autocuidado y que se haga un adecuado seguimiento para lograr mejores resultados en el control de la diabetes.

Tabla 5. Relación entre los niveles de depresión y las prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025.

		PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO						Total	
		Malas prácticas		Regulares prácticas		Buenas prácticas			
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
NIVEL DE DEPRESIÓN	Sin depresión	0	0,0	12	11,9	34	33,6	46	45,5
	Leve	0	0,0	11	10,9	13	12,9	24	23,8
	Moderada	0	0,0	18	17,8	9	8,9	27	26,7
	Severa	1	1,0	0	0,0	3	3,0	4	4
	Total	1	1,0	41	40,6	59	58,4	101	100

p = 0,002 Rho Spearman = -0,302

En la tabla 5, se observa la relación entre los niveles de depresión y prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Los pacientes sin depresión cumplen en mayor medida con las prácticas de autocuidado, ya que el 33,6 % de ellos reporta buenas prácticas, mientras que el 11,9% presenta prácticas regulares. La ausencia de síntomas depresivos en estos pacientes puede estar contribuyendo con un mejor control de su enfermedad. En los pacientes con nivel de depresión leve, 12,9% presenta buenas prácticas de autocuidado y 10,9% regulares. Por su parte, en quienes tienen un nivel moderado de depresión, predominan las prácticas de autocuidado regulares con un 17,8%, lo cual revela que estos pacientes podrían estar realizando solo algunas actividades relacionadas con su autocuidado o no realizarlas correctamente.

Asimismo, 3% de pacientes con depresión severa presenta prácticas buenas y 1% malas. Las buenas prácticas de autocuidado en estos pacientes, pueden mantenerse gracias a la presencia de un sistema de apoyo, ya sea de un profesional de salud o la propia familia que actúan como agentes de autocuidado, y que ayudan a contrarrestar el déficit de autocuidado causado por la presencia de síntomas severos de la depresión, favoreciendo así las conductas de autocuidado (30).

Los resultados de la prueba de Rho de Spearman evidencian la existencia de una correlación negativa débil y estadísticamente significativa entre los niveles de depresión y las prácticas de autocuidado ($p = 0,002$; $r = -0,302$), en una muestra de 101 pacientes. Estos hallazgos indican que, a medida que los niveles de depresión aumentan, las prácticas de autocuidado tienden a disminuir. Además, el nivel de significancia obtenido ($p < 0,005$) confirma que la correlación encontrada no se debe al azar.

Estos resultados se asemejan a los de Frazão et al., quienes en su investigación encontraron una relación significativa e inversa débil, entre la presencia de síntomas depresivos con las distintas dimensiones del autocuidado, tales como: actividad física ($r: -0,214$ y $p=0,010$) y cuidado de los pies ($r= -0,228$ y $p=0,006$) (21). Por su parte, Kurdi et al., en su investigación, hallaron una correlación inversa significativa entre el autocuidado y la depresión en adultos con diabetes mellitus tipo 2 ($r = -0,830$; $p=0,013$) (23).

La relación inversa sugiere que la depresión afecta de manera negativa la capacidad de los pacientes con diabetes mellitus de tipo 2 para mantener conductas de autocuidado adecuadas, pues a medida que los niveles de depresión son mayores, la proporción de pacientes con buenas prácticas de autocuidado disminuye y aumentan las prácticas regulares. Esto destaca y refuerza la necesidad de que los profesionales de enfermería realicen intervenciones orientadas a un abordaje integral de las personas con esta enfermedad crónica, con énfasis en la salud mental, que ayude a mejorar el bienestar psicosocial y fortalecer las habilidades de autocuidado en estos pacientes.

Desde la perspectiva de la Teoría Cognitivo Conductual de Beck, la relación inversa encontrada puede explicarse por la presencia de distorsiones cognitivas y esquemas cognitivos negativos que son propias de la depresión y que afectan la percepción que tienen las personas de su enfermedad (28). Las personas con un mayor nivel de depresión tienden a desarrollar pensamientos automáticos negativos que se relacionan con la desesperanza y baja autoeficacia, lo cual disminuye la motivación para tener un adecuado autocuidado, reforzando las conductas pesimistas y de abandono personal.

Por otro lado, en los pacientes sin depresión o con síntomas leves, estas distorsiones cognitivas no existen o son ocasionales, lo que permite que se desarrolle una percepción más realista y adaptativa, favoreciendo al desarrollo de un afrontamiento y una participación activa del paciente en el control de su enfermedad, en la cual entiende que, si bien se trata de un padecimiento crónico, este puede ser controlado (3).

Asimismo, con base en la Teoría del Déficit de Autocuidado, los resultados demuestran que los mayores niveles de depresión, disminuyen la capacidad de los individuos para realizar acciones deliberadas de autocuidado, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas como la diabetes mellitus tipo 2, en la cual se requiere de conductas constantes y positivas para el control de la enfermedad (30).

Según Orem, todos los seres humanos poseen la capacidad para adaptarse a los cambios que ocurren en sí mismos; sin embargo, cuando existen demandas físicas y emocionales, se excede la capacidad de afrontamiento. En estas situaciones, es fundamental que los profesionales de enfermería realicen intervenciones como un sistema de apoyo y educación, que fortalezca el conocimiento y las habilidades de los pacientes, ayudándolos a adaptarse a las nuevas demandas terapéuticas y superar el déficit de autocuidado que presentan (30). También es fundamental integrar a la familia en la educación y el manejo de la diabetes mellitus, pues es quien acompaña al paciente durante el proceso de esta enfermedad, favoreciendo la adherencia al tratamiento, el autocuidado y brindando apoyo emocional.

Según lo manifestado por José G, educar a los pacientes con diabetes mellitus acerca de su padecimiento, es esencial para que se desarrolle en ellos una sensación de control y seguridad en sí mismos, lo cual favorece a la motivación y disminuye los sentimientos de ansiedad e incertidumbre (2).

Aunque la correlación es débil, se enfatiza en la importancia de tener en cuenta el aspecto psicológico de estos pacientes durante el diagnóstico, el tratamiento y control glucémico. Al respecto, la Asociación Americana de Diabetes recomienda que se realice anualmente la evaluación de factores psicosociales en pacientes diabéticos, en la cual se incluye la detección de problemas de salud mental como la depresión (92).

Resulta claro que, independientemente del nivel de depresión los pacientes se ven enfrentados a otros factores que interfieren con su autocuidado, por lo cual es fundamental incrementar la educación y empoderar a los pacientes en relación a las prácticas de autocuidado, sobre todo la alimentación saludable y actividad física, que son los pilares fundamentales para un adecuado control glucémico. Pues, estas prácticas pueden actuar como medidas para reducir los síntomas depresivos, ya que a medida que las prácticas de autocuidado aumentan, disminuyen los niveles de depresión (23).

CONCLUSIONES

Al finalizar la investigación y teniendo en cuenta los objetivos planteados y los resultados obtenidos en el estudio, ha sido posible llegar a las siguientes conclusiones:

1. Los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar, pertenecen en su mayoría al sexo femenino, solteros y convivientes, con edades entre 30 y 59 años; la mayor parte cuenta con educación primaria y secundaria, y son procedentes de la zona urbana.
2. Más de la mitad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 presentaron algún nivel de depresión, siendo más frecuente el nivel leve y moderado.
3. Las prácticas de autocuidado de los pacientes son, en general, buenas en las dimensiones de actividad física, tratamiento y cuidado de los pies, mientras que en la alimentación se evidencian prácticas de autocuidado regulares.
4. La prueba de correlación de Spearman ($r = -0,302$) evidencia una relación inversa débil; es decir, los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 con mayor nivel de depresión suelen presentar un menor autocuidado.
5. Finalmente, se determinó que existe una relación significativa entre los niveles de depresión y las prácticas de autocuidado, con un $p = 0,002$. Por lo tanto, se acepta la hipótesis alterna.

RECOMENDACIONES

Al responsable del programa de Prevención de Daños no Transmisibles del Hospital II-E

Simón Bolívar:

- Implementar un programa para pacientes con diabetes mellitus, enfocado en brindar educación sobre las prácticas de autocuidado, enseñar mecanismos de afrontamiento, brindar apoyo emocional y realizar un seguimiento continuo de los pacientes.
- Sensibilizar a los pacientes y familiares sobre la importancia de la salud mental en el control de la diabetes mellitus.
- Realizar un trabajo multidisciplinario con el área de psicología para que realicen evaluaciones de salud mental periódicas a los pacientes con diabetes mellitus, que permitan detectar de manera oportuna la presencia de estrés, ansiedad, depresión, entre otros trastornos psicológicos que puedan estar interfiriendo en la adopción de buenas prácticas de autocuidado.

A los profesionales de enfermería:

- Realizar un plan de intervenciones holístico para la atención de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a sus controles.
- Conocer e identificar durante la atención y seguimiento de pacientes la presencia de síntomas depresivos y coordinar con el área de psicología para su atención oportuna.
- Involucrar a la familia en el cuidado y apoyo emocional de los pacientes.

A los estudiantes de la Escuela Académico Profesional De Enfermería

- Realizar trabajos de investigación sobre salud mental y cómo impacta en la adherencia al tratamiento y manejo de las enfermedades crónicas. Asimismo, realizar estudios sobre la percepción de los pacientes con diabetes sobre su enfermedad y como impacta en el autocuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [citado 2024 jul 9]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
2. Jose G. Aspectos emocionales en el diagnóstico y tratamiento de la diabetes. Revista Diabetes [Internet]. 2022 [citado 2024 dic 20]; Disponible en: <https://www.revistadiabetes.org/psicologia/aspectos-emocionales-en-el-diagnostico-y-tratamiento-de-la-diabetes/>
3. Baleriola R. Impacto diagnóstico de la diabetes: claves a tener en cuenta en su elaboración emocional. Revista Diabetes [Internet]. 2025 [citado 2025 dic 20]. Disponible en: <https://www.revistadiabetes.org/psicologia/impacto-diagnostico-de-la-diabetes-claves-a-tener-en-cuenta-en-su-elaboracion-emocional/>
4. Jiménez MI, Dávila M. Psicodiabetes. Av En Psicol Latinoam [Internet]. 2007 [citado 2024 dic 20]; 25(1):126-143. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v25n1/v25n1a12.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Depresión. [Internet]. Ginebra: OMS; 2025 [citado 2024 dic 20]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
6. Nicolau J. Depresión y diabetes. Revista Diabetes [Internet]. 2023 [citado 2024 dic 20]. Disponible en: <https://www.revistadiabetes.org/?p=104045>
7. Vázquez M, Mukamutara J. Depresión en pacientes con diabetes mellitus y su relación con el control glucémico. MEDISAN [Internet]. 2020 [citado 2024 dic 20]; 24(5):847-860. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192020000500847
8. Federación Internacional de Diabetes. Datos y cifras. [Internet]. Bélgica: FID; 2024 [citado 2024 dic 20]. Disponible en: <https://idf.org/es/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>

9. Hossain MJ, Al-Mamun M, Islam MR. Diabetes mellitus, el problema de salud pública mundial de más rápido crecimiento: la detección temprana debe ser el foco. *Health Science Reports* [Internet]. 2024 [citado 2024 dic 20]; 7(3). Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10958528/>
10. Khaledi M, Haghighatdoost F, Feizi A, Aminorroaya A. La prevalencia de depresión comórbida en pacientes con diabetes tipo 2: una revisión sistemática actualizada y un metanálisis sobre un gran número de estudios observacionales. *Acta Diabetol* [Internet]. 2019 [citado 2024 dic 20]; 56(6):631-650. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30903433/>
11. Rojas R. Gráfica del día: Los 10 países con más casos de diabetes en el mundo en 2025. [Internet]. *Saludiaro el medio para médicos*; 2025. [citado 2025 15 dic]. Disponible en: <https://www.saludiaro.com/grafica-del-dia-los-10-paises-con-mas-casos-de-diabetes-en-el-mundo-en-2025/>
12. Organización Panamericana de la Salud. Un nuevo análisis de la OPS revela que la diabetes está aumentando en todos los países de las Américas. [Internet]. Bogotá: OPS, 2023 [citado 2024 dic 20]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/5-9-2023-nuevo-analisis-ops-revela-que-diabetes-esta-aumentando-todos-paises-americas>
13. Ministerio de Salud. La diabetes se constituye como séptima causa de muerte en nuestro país. [Internet]. Perú; 2023 [citado 2024 dic 20]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1057556-la-diabetes-se-constituye-como-septima-causa-de-muerte-en-nuestro-pais>
14. Ministerio de Salud. La depresión es uno de los trastornos de salud mental más frecuentes en el país [Internet]. Perú; 2024 [citado 2024 dic 20]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/892900-la-depresion-es-uno-de-los-trastornos-de-salud-mental-mas-frecuentes-en-el-pais>
15. Chang Espejo SS, Chaparro Calderón MA, Collazos Guevara LM, Cruz Riquelme TM. Diabetes mellitus y su asociación con depresión crónica en adultos en la población peruana. *Horiz Méd Lima* [Internet]. 2024 [citado 2024 dic 21]; 24(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1727558X2024000200008&lng=es&nrm=iso&tlng=es

16. Coronel BM. Niveles de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo II en un hospital de Chiclayo, durante setiembre a diciembre del 2019 [Internet]. Chiclayo; 2020 [citado 2024 dic 20]. Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/3215>
17. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Sala situacional de diabetes [Internet]. Perú, 2024 [citado 2025 jul 15]. Disponible en: https://app7.dge.gob.pe/maps/sala_diabetes/
18. Tarrillo L. Nivel de conocimiento y práctica de autocuidado en la prevención de pie diabético Hospital General de Jaén 2018 [Internet]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2019 [citado 2024 oct 14]. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/3732>
19. García Y. Estilos de vida y su relación con el autocuidado en pacientes ambulatorios con diabetes mellitus. Distrito Chota 2022. [Internet]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2023 [citado 2024 dic 20]. Disponible en: <http://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/6639>
20. Barrutia I, Danielli J, Solano Y. Estados depresivos en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles. Rev Cuba Med Gen Integral [Internet]. 2022 [citado 2024 dic 21];38(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S086421252022000100016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
21. Frazão M, Viana LR de C, Ferreira GRS, Pimenta CJL, Silva CRR, Madruga KM, et al. Correlación entre síntomas de depresión, actitud y autocuidado en ancianos con diabetes tipo 2. Rev Bras Enferm [Internet]. 2023[citado 2024 dic 21];76(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37436236/>
22. Di Lorenzi R, Garau M, Aída E, Bruno L, Barreneche L, Melone I. Asociación entre diabetes y depresión en una población hospitalaria con diabetes mellitus. Revista SAD [Internet]. 2023 [citado 2024 dic 24]; 54 (3):13-25. Disponible en: <https://revistasad.com/index.php/diabetes/article/view/444>
23. Kurdi SM, Alamer A, Albaggal A, Alsuwaiket M, Alotaibi FM, Asiri IM, et al. The Association between Self-Care Activities and Depression in Adult Patients with Type

- 2 Diabetes in Saudi Arabia: A Cross-Sectional Web-Based Survey Study. J Clin Med [Internet]. 2024 [citado 2025 dic 17]; 13(2):419. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38256553/>
24. Senmache AR. Depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo II atendidos en la microred Chiclayo, 2021 [Internet]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2023 [citado 2024 dic 27]; Disponible en: <http://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/6132>
25. Bernal IM, Hernandez KL. Nivel de prácticas de autocuidado en personas afectadas con diabetes tipo 2 que asisten a un centro de salud en Independencia, 2023. [Internet]; Lima: Universidad Privada Cayetano Heredia; 2024 [citado 2024 dic 27]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/1605>
26. Martínez R. Prácticas de autocuidado del paciente con diabetes tipo II que asiste al consultorio de endocrinología del Hospital San Juan De Lurigancho–2020 [Internet]. Lima: Repos Inst Univ César Vallejo; 2021 [citado 2025 oct 03]. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/292/TESIS.pdf?sequence=1 &isAllowed=y>
27. Cadenillas C. Relación de medidas de autocuidado y las prácticas de cuidados en el hogar que realizan los pacientes con diabetes Mellitus del Hospital Regional de Cajamarca- 2021. [Internet]. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2022 [citado 2024 dic 27]; Disponible en: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/2077>
28. Instituto de Psicoterapias Avanzadas. Psicólogo Aaron T. Beck, desarrollo de la terapia cognitiva - IPSIA Psicología [Internet]. España; 2021 [citado 2024 dic 27]. Disponible en: <https://www.psicologosmadrid-ipsia.com/psicologo-aaron-t-beck-desarrollo-de-la-terapia-cognitiva/>
29. Méndez N. Intervención cognitivo-conductual para un alto grado de malestar ante actividades laborales: un estudio de caso. ACADEMO Revista De Investigación En Ciencias Sociales Y Humanidades [Internet]. 2022 [citado 2024 dic 27]; 10(1):30-46. Disponible en: <https://revistacientifica.uamericana.edu.py/index.php/academo/article/view/651>

30. Naranjo Y, Concepción JA, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Gac Médica Espirituana [Internet]. 2017 [citado 2024 dic 27]; 19(3):89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
31. Organización Panamericana de la salud. Depresión [Internet]. Washington, D.C: OPS;2025 [citado 2025 oct 23]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
32. Marosti CA, Souza F, Kiyomi R, Aparecida M, Marie J, Spadoti RA. Síntomas depresivos somáticos y cognitivo-afectivos entre pacientes con enfermedad cardiaca: diferencias por sexo y edad. Rev. Latino-Am. Enfermagem 23 [Internet]. 2015 [citado 2024 dic 27]; 23(2):208-15. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/prRzJDyc38rzKWBHrWrhpbn/abstract/?lang=es>
33. López I. Tipos de depresión: las claves para diferenciarlas [Internet]. Bilbao; 2022 [citado 2024 17 oct]. Disponible en: <https://iratsxelopezpsicologia.com/tipos-de-depresion-las-claves-para-diferenciarlas/>
34. Gaynes B, Asher G, Gartlehner G, Hoffman V, Boland E, Green J et al. Definición de depresión resistente al tratamiento en la población de Medicare. Agencia para la Investigación y la Calidad de la Atención [Internet]. 2018 [citado 2024 dic 27]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK526364/table/table8/>
35. Chand S, Arif H, Kutlenios R. Depression (Nursing). StatPearls [Internet]. 2024 [citado 2024 dic 27]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568733/>
36. Álvarez M, Atienza G, Avila M, González A, Guitián D, De Las Heras E. Guía de práctica clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto 2.a ed. GuíaSalud [Internet]. España; 2023 [citado 2024 dic 27]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/depresion-adulto/>
37. Morejon A, Mejía AG. Prevalencia de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. [Internet]. Ecuador: Universidad de Azuay; 2018 [citado 2025 18 oct]. Disponible en: <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/8470/1/14188.pdf>

38. Genis AD, González TB, Tovillal G, Juárez IE, Castillo RG, López ML, et al. Increased Levels of HbA1c in Individuals with Type 2 Diabetes and Depression: A 60 Meta-Analysis of 34 Studies with 68,398 Participants. *Biomedicines*. [Internet]. 2022 [citado 2024 dic 27];10(8):19. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36009468/>
39. Federación Internacional de la Diabetes. La diabetes afecta al bienestar mental de 3 de cada 4 personas que la padecen [Internet]. Bélgica: FDI; 2024 [citado 2024 dic 27]. Disponible en: <https://idf.org/es/news/diabetes-hidden-burden/>
40. Becerra EN, Millán RM, Arias DRR. Depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del programa DiabetIMSS en Guadalajara, Jalisco, México. *CONAMED*. [Internet]. 2019 [citado 2024 dic 27]; 24 (4): 174-178. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7183603>
41. Villarreal Y, Briceño Y, Paoli M. Diabetes mellitus tipo 1: Características clínicas y demográficas en pacientes del servicio de endocrinología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes, Mérida, Venezuela. *Rev Venez Endocrinol Metab* [Internet]. 2015 [citado 2025 oct 02]; 13(1):33-47. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102015000100005&lng=es.
42. Rojas de PE, Molina R, Rodríguez C. Definición, clasificación y diagnóstico de la diabetes mellitus. *Rev Venez Endocrinol Metab* [Internet]. 2012 [citado 2025 oct 02]; 10 (1):7-12. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102012000400003
43. Mediavilla JJ. Complicaciones de la diabetes mellitus. Diagnóstico y tratamiento. *Med Fam SEMERGEN*. [Internet]. 2001 [citado 2025 oct 02] ;27(3):132-45. Disponible en: [file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/S1138359301739317%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/LENOVO/Downloads/S1138359301739317%20(2).pdf)
44. Ministerio de Salud. Guía Técnica: guía de práctica clínica para el diagnóstico, tratamiento y control de la diabetes mellitus tipo 2 en el primer nivel de atención. [Internet]. Lima: MINSA; 2016 [citado 2024 dic 27]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/390201/guia-de-practica-clinica-para-el-diagnostico-tratamiento-y-control-de-la-diabetes-mellitus-tipo-2-en-el-primernivel-de-atencion.pdf?v=1571241245>

45. Organización Mundial de la Salud. Autocuidado para la salud y el bienestar [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [citado 2024 dic 27]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/questions-and-answers/item/self-care-for-health-and-well-being>
46. Marcos MP, Tizón E. Aplicación del modelo de Dorothea Orem ante un caso de una persona con dolor neoplásico. Gerokomos [Internet]. 2013 [citado 2024 dic 27]. 2013;24(4):168-177. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000400005
47. Condor DK, Jacobo ML. Nivel De Conocimiento Y Las Prácticas De Autocuidado En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2, Hospital San Jose, Chíncha, 2024 [Internet]. Ica: Universidad Autónoma de Ica; 2022 [citado 2024 dic 27]; Disponible en: <https://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/20.500.14441/2748/1/6.JACOBO%20SANDIGA-CONDOR%20MENDOZA.docx.pdf>
48. Organización Panamericana de la Salud. Guía de atención integral de la diabetes mellitus en el 1° y 2° nivel de atención. [Internet]. Whasintong DC: OPS; s.f [citado 2024 dic 28]. Disponible en: https://extranet.who.int/ncdccs/Data/GTM_D1_Guia%20Bolsillo%20Diabetes%20Mellitus.pdf
49. Organización Panamericana de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud [Internet]. Whasintong DC: OPS; 2012 [citado 2024 dic 28]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/noticias/9-5-2012-recomendaciones-mundiales-sobre-actividad-fisica-para-salud>
50. Gargallo M, Escalada J, Gómez F, Rozas P, Marco A, Botella M et al. Recomendaciones clínicas para la práctica del deporte en pacientes con diabetes mellitus (Guía RECORD). Endocrinol Nutr. [Internet]. 2015 [citado 2024 dic 28]; 62(6):73-93. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-recomendaciones-clinicas-practica-del-deporte-S1575092215000741>

51. Nieto R. Actividad física en la prevención y tratamiento de la diabetes. Rev Venez Endocrinol Metab. [Internet]. 2010 [citado 2024 dic 28]; 8(2):40-5. Disponible en: https://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-31102010000200003
52. Nacional de Diabetes y Enfermedades Digestivas y Renales. La diabetes y los problemas de los pies [Internet]. Maryland: NIDDK; s.f [citado 2024 dic 28] Disponible en: <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/diabetes/informacion-general/prevenir-problemas/pies-piel>
53. Ministerio de Salud. Guía de Bolsillo de Atención Integral de la diabetes [Internet]. [citado 2025 oct 02]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/390201/guia-de-practica-clinica-para-el-diagnostico-tratamiento-y-control-de-la-diabetes-mellitus-tipo-2-en-el-primer-nivel-de-atencion.pdf?v=1571241245>
54. Sociedad Peruana de Endocrinología. Guía peruana de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. Lima; 2018 [citado 2025 oct 02]. Disponible en: <https://www.endocrinoperu.org/sites/default/files/Guia%20Peruana%20de%20Diagnostico%20Control%20y%20Tratamiento%20de%20la%20Diabetes%20Mellitus%202008.pdf>
55. Guevara A, Sánchez JJ. Hemoglobina glicada para control glicémico en pacientes diabéticos de un área urbana de Villa el Salvador, Lima, Perú, 2020. Revista Experiencia en Medicina del Hospital Regional Lambayeque [Internet]. 2021 [citado 2025 oct 02];7(4):105–8. Disponible en: <https://www.rem.hrlamb.gob.pe/index.php/REM/article/view/581>
56. Ministerio de Salud. Los diabéticos deben llevar control oftalmológico para evitar la pérdida de la visión y ceguera [Internet]. Perú: MINSA; 2007 [citado 2025 oct 03]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/40849-diabeticos-deben-llevar-control-oftalmologico-para-evitar-perdida-de-la-vision-y-ceguera>
57. García MP, García M. Guía práctica para la realización de trabajos fin de Grado y trabajos fin d Máster [Internet]. España: Universidad de Murcia; 2012 [citado

- 2025 oct 03]. p.99-128. Disponible en:
<https://www.ucm.es/data/cont/media/www/pag-135806/12%20metodologc3ada-1-garcia-y-martinez.pdf>
58. Significado de la Puntuación del BDI: Interpreta tus Resultados del Inventario de Depresión de Beck. [Internet]. beditest.org; s.f [citado 2025 oct 03]. Disponible en:
https://bditest.org/es/blog/bdi-score-meaning-interpret-your-beck-depression-inventory-results?utm_source
59. Jube FF. Calidad de vida y depresión en pacientes diabéticos adultos - consultorio de endocrinología del Hospital San José de Chíncha. 2024 [Internet]. Chíncha; 2025 [citado 2024 dic 20]. Disponible en:
<https://repositorio.upsjb.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/c777365b-8e20-4e27-8c6a-2a6b3b32c3c7/content>
60. Carvajal A, Centeno C, Watson R, Martínez MÁ, Rubiales Á. Cómo validar un instrumento de medida de la salud. Anales Del Sistema Sanitario De Navarra [Internet]. 2011 [citado 2025 oct 07]; 34(1):63–72. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272011000100007
61. Sanders A, White D. Autonomía en Filosofía y Ética | Definición y ejemplos [Internet]. Montevideo; s.f [citado 2025 oct 02]. Disponible en:
<https://study.com/academy/lesson/what-is-autonomy-definition-ethics.html>
62. López LE, Zuleta GL. El principio de beneficencia como articulador entre la teología moral, la bioética y las prácticas biomédicas. Franciscanum. Revista de las Ciencias del Espíritu [Internet]. 2021 [citado 2025 oct 07]; 62(174). Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-14682020000200007
63. Madero, K. Orguloso, C. Prácticas de autocuidado que realizan pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de Cartagena-Colombia, 2021. Rev. Cuidarte [Internet]. 2022 [citado 2024 dic 27];13 (3). Disponible en:
<https://www.redalyc.org/journal/3595/359575082014/html/>

64. Chuquiruna PE. Características sociodemográficas y estilos de vida de los adultos con diabetes mellitus. Centro De Salud Baños Del Inca – 2024 [Internet]. Cajamarca: Universidad Nacional de Cajamarca; 2025 [citado 2025 oct 27]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/8164/TESIS%20-%20%20CHUQUIRUNA%20VALIENTE%20PATRICIA%20ELIZABETH.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
65. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Enfermedades No Transmisibles 2023. [Internet]. Perú: INEI; 2023 [citado 2024 dic 20]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1951/libro.pdf
66. Ares J, Valdés S, Botas P, Rodríguez S, Morales P, Díaz L, et al . Diferencias de género en la mortalidad de personas con diabetes tipo 2: Estudio Asturias 2018. Gac Sanit [Internet]. 2020 [citado 2025 oct 02]; 34(5): 442-448. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112020000500007
67. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Aumenta atención de salud en mujeres y hombres [Internet]. Perú: INEI; 2022 [citado 2025 oct 09]. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/aumenta-atencion-de-salud-en-mujeres-y-hombres-14291/?utm>
68. Rymkiewicz E, Dzida G , Myśliński W, Prystupa A, Trojnar M, Zakrzewski M, et al. Depresión en ancianos con diabetes mellitus tipo 2. Clinical Diabetology [Internet]. 2022 [citado 2025 oct 02]; 11(1):15–19. Disponible en: https://journals.viamedica.pl/clinical_diabetology/article/view/DK.a2021.0059?utm_source
69. Abuhegazy H, Mujairi A, Banah F, Agdi Y, Elkeshishi H, Kamel A. et al. Depression and Associated Risk Factors Among Type 2 Diabetic Patients: A Cross Sectional Study on a Convenience Sample from the Diabetic Center, Khamis Mushait; Saudi Arabia. Neuropsychiatr Dis Treat. [Internet]. 2022 [citado 2025 oct 02]; 18: 1975–1984.
70. Schladitz K, Löbner M, Stein J, Weyerer S, Werle J, Wagner M, et al. Duelo y pérdida en la vejez: Exploración de la asociación entre el duelo y la depresión. Journal of

Affective Disorders. [Internet]. 2021 [citado 2025 oct 09]; 283:285–292. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032721001191>

71. Ballena L, Melendez K. Factores de riesgo asociados a depresión en pacientes con diabetes mellitus II del Centro De Salud Santa Rosa, 2020- 2022 [Internet]. Pimentel: Universidad Señor de Sipán; 2023 [citado 2024 dic 20]. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12802/10939/Ballena%20Gonzales%2c%20Lisset%20%26%20Melendez%20Fernandez%2c%20Katia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
72. Hernandez, C. Vulnerabilidad social en personas con diabetes [Internet]. España; 2024 [citado 2025 oct 02]. Disponible en: <https://www.revistadiabetes.org/miscelanea/vulnerabilidad-social-en-personas-con-diabetes/>
73. Valderrama CJ. Factores asociados a la depresión mayor en la población adulta mayor en el Perú, según la ENDES 2019. diabetes [Internet]. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2021 [citado 2025 oct 02]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/entities/publication/5ad4a8e0-95c2-4045-a138-ce06775782c8>
74. Aliaga CJ. Perfil Clínico, Epidemiológico y Bioquímico en Pacientes Diagnosticados con Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Centro de Salud Enrique Milla Ochoa desde el Año 2021 al 2023. [Internet]. Lima: Univ. Fed Vill; 2024 [citado 2024 dic 20]. Disponible en: https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/9048/UNFV_FMHU_Aliaga%20Luna%20Clodomiro%20Jair_Titulo%20profesional_2024.pdf?sequence=1&isAllowed=y
75. Pamungkas RA, Chamroonsawasdi K, Vatanasomboon P. Revisión sistemática: Apoyo familiar integrado al autocontrol de la diabetes en pacientes con diabetes mellitus tipo II no controlada. Behav Sci (Basel) [Internet]. 2017 [citado 2025 dic 20];7(3):62. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5618070/?utm_source.

76. González JS, Safren SA, Cagliero E, Wexler D, Delahanty L, Wittenberg E, et al. Depresión, autocuidado y adherencia al tratamiento farmacológico en la diabetes tipo 2: relaciones en todo el espectro de gravedad de los síntomas. *Diabetes Care* [Internet]. 2007 [citado 2025 dic 20]; 30(9):2–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17536067/>
77. Porras DK, Quincho RL. Nivel de conocimientos sobre diabetes mellitus tipo 2 asociado a la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes que acuden al Centro De Salud Juan Parra Del Riego, marzo – abril 2022 [Internet]. Repos Inst UNCP; 2023 [citado 2025 oct 02]. Disponible en: <https://repositorio.uncp.edu.pe/items/ac9dea17-d2d0-40e3-940d-a157cadb08f4>
78. Ramos LM. Diabetes Mellitus y sus factores de riesgo asociados en pacientes atendidos en un establecimiento del primer nivel. [Internet]. Lima; 2025 [citado 2025 oct 03]. Disponible en: [https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/10304/Ramos%20Cholan%20C%20Luz%20Mariel%20%28FMHU%20-%20T%C3%ADtulo%20profesional%29.pdf?isAllowed=y&sequence=1&utm](https://repositorio.unfv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13084/10304/Ramos%20Cholan%20C%20Luz%20Mariel%20%28FMHU%20-%20T%C3%ADtulo%20profesional%29.pdf?isAllowed=y&sequence=1&utm_source=facebook&utm_medium=social&utm_campaign=facebook)
79. Rosas J, Villanueva A, Pantani F, Lozano A, Ticse R. Frecuencia de depresión y ansiedad no diagnosticadas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la consulta externa de un hospital general de Lima, Perú. *Rev Neuropsiquiatría* [Internet]. 2019 [citado 2025 oct 02]; 82(3):166-174. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972019000300002
80. Loayza JA, Vera VJ. Tiempo de diagnóstico de enfermedad en pacientes con diabetes e hipertensión arterial con síntomas de depresión en una muestra de pobladores peruanos. *Medicina Clínica y Social* [Internet]. 2024 [citado 2025 oct 05]; 8(1):112-117. Disponible en: <https://www.medicinaclinicaysocial.org/index.php/MCS/article/view/302>
81. Fundación para la salud. Las graves complicaciones de la diabetes tipo 2 en jóvenes surgen a los 15 años del diagnóstico [Internet]. España; 2021 [citado 2025 02 oct]. Disponible en: <https://www.fundacionparalasalud.org/general/noticia/15250/las->

complicaciones-graves-de-la-diabetes-tipo-2-en-jovenes-surgen-a-los-15-anos-del-diagnostico

82. Tapia GS. Relación entre depresión y control metabólico en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del Centro De Salud Velasco Ibarra Tipo C, Machala, Ecuador, 2020. [Internet]. Lima: Universidad Privada Cayetano Heredia; 2024 [citado 2025 oct 03]. Disponible en: https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/13229/Relacion_Tapia_Ortiz_Gabriel.pdf?sequence=1&isAllowed=y
83. Renn BN, Feliciano L, Segal DL. La relación bidireccional entre la depresión y la diabetes: Una revisión sistemática. *Clinical Psychology Review*. [Internet]. 2011 [citado 2025 oct 03]; 31(8):1239–1246. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S027273581100136>
84. García EJ, Yarleque YH. Prácticas de Autocuidado en adultos con diabetes mellitus que reciben Teleorientación en un Centro de Salud I-4 Piura, 2020. [Internet]. [citado el 03 de octubre de 2025]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/62186/Garc%c3%ada_VEJ- Yarleque_EYH-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
85. Moreno CM, Lora P. Intervenciones enfermeras aplicadas a la nutrición. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria* [Internet]. 2018 [citado 2025 oct 03];(4):189–193. Disponible en: <https://revista.nutricion.org/PDF/MORENOH.pdf>
86. Hou L, Wang Q, Pan B, Li R, Li Y, He J, et al. Modalidades de ejercicio para la diabetes tipo 2: revisión sistemática y metaanálisis en red de ensayos aleatorizados. *Diabetes Metab Res Rev* [Internet]. 2023[citado 2025 oct 03]; 39(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36423199/>
87. Sachkouskaya A, Sharshakova T, Kovalevsky D, Rusalenko M, Savasteeva I, Et al. Barreras para la prevención y el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2 en pacientes ambulatorios en Bielorrusia *Front Clin Diabetes Healthc*. [Internet]. 2021 [citado 2025 oct 03]; 2:78-79. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/clinical-diabetes-and-healthcare/articles/10.3389/fcdhc.2021.797857/full?utm>

88. Sanz J, Gutiérrez S, Gesteira C, García MP. Criterios y baremos para interpretar el “Inventario De Depresión De Beck-II” (BDI-II). Behavioral Psychology/Psicología Conductual [Internet]. 2014 [citado 2026 ene 27]; 22 (1):37. Disponible en: <https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA520713110&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=11329483&p=HRCA&sw=w&userGroupName=anon%7E497af2ec&aty=open-web-entry>
89. Hevia P. Educación en diabetes. Revista Médica Clínica las Condes [Internet]. 2016 [citado 2026 ene 27]; 27 (2):271-276. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-educacion-en-diabetes-S0716864016300165>
90. Holt RIG. Diabetes y depresión. Curr Diab Rep [Internet]. 2014 [citado 2026 ene 27]; 14(6):491. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK498652/>
91. Khawagi WY, Al-Kuraishy HM, Hussein NR, Al-Gareeb AI, Atef E, Elhussieny O, Et al. Depresión y diabetes tipo 2: Relación causal y mecanismo de acción. Rev Diabetes, Obesidad y Metabolismo [Internet]. 2024 [citado 2026 ene 27]; 26 (8):3031–3044. Disponible en: <https://dom-pubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dom.15630>
92. Asociación Americana de Diabetes. Evaluación médica integral y valoración de comorbilidades: Estándares de atención en diabetes—2025. Diabetes Care. [Internet]. 2025 [citado 2026 ene 27]; 48 (1):59–85. Disponible en: https://diabetesjournals.org/care/article/48/Supplement_1/S59/157568/4-Comprehensive-Medical-Evaluation-and-Assessment
93. Villarreal D, Reátegui CM, Otazú S, Yantas G, Soto P, Melendez GJ. Estimated impact of the COVID-19 pandemic on the prevalence and treatment of depressive symptoms in Peru: an interrupted time series analysis in 2014-2021. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2023 Sep;58(9):1375-1385.

ANEXOS

Anexo 1. Tabla de distribución de síntomas de depresión según el Inventario de Depresión de Beck
- II en paciente con Diabetes mellitus de tipo, atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar
- Cajamarca. 2025.

Síntomas	Categorías	n°	%
1. Tristeza	No me siento triste.	55	54.4
	Me siento triste gran parte del tiempo	33	32.7
	Me siento triste todo el tiempo	13	12.9
2. Pesimismo	No estoy desalentado respecto del mi futuro	46	45.5
	Me siento más desalentado respecto de mi futuro	25	24.8
	No espero que las cosas funcionen para mi	5	5.0
	Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar	25	24.8
3. Fracaso	No me siento como un fracasado	75	74.3
	He fracasado más de lo que hubiera debido	16	15.8
	Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos	10	9.9
4. Pérdida de Placer	Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto	33	32.7
	No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo	40	39.6
	Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar	28	27.7
5. Sentimientos de Culpa	No me siento particularmente culpable	51	50.5
	Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho	38	37.6
	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo	11	10.9
	Me siento culpable todo el tiempo	1	1.0
6. Sentimientos de Castigo	No siento que este siendo castigado	75	74.3
	Siento que tal vez pueda ser castigado	17	16.8
	Espero ser castigado	2	2.0
	Siento que estoy siendo castigado	7	6.9
7. Disconformidad con uno mismo	Siento acerca de mi lo mismo que siempre	55	54.5
	He perdido la confianza en mí mismo	39	38.6
	Estoy decepcionado conmigo mismo	7	6.9
8. Autocrítica	No me critico ni me culpo más de lo habitual.	68	67.3
	Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.	12	11.9
	Me critico a mí mismo por todos mis errores.	11	10.9
	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.	10	9.9
9. Pensamientos o deseos suicidas	No tengo ningún pensamiento de matarme.	67	66.3
	He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.	27	26.7
	Quería matarme.	6	5.9
	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.	1	1.0
10. llanto	No lloro más de lo que solía hacerlo.	43	42.6
	Lloro más de lo que solía hacerlo.	17	16.8
	Lloro por cualquier pequeñez.	9	8.9
	Siento ganas de llorar, pero no puedo.	32	31.7
	No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.	80	79.2

11. Agitación	Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.	11	10.9
	Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.	3	3.0
	Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.	7	6.9
12. Pérdida interés	No he perdido el interés en otras actividades o personas.	44	43.6
	Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.	45	44.6
	He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.	10	9.9
	Me es difícil interesarme por algo.	2	2.0
13. Indecisión	Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.	66	65.3
	Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.	26	25.7
	Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.	5	5.0
	Tengo problemas para tomar cualquier decisión.	4	4.0
14. Desvalorización	Me siento valioso.	67	66.4
	No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.	27	26.7
	Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.	7	6.9
15. Pérdida de energía	Tengo tanta energía como siempre.	25	24.8
	Tengo menos energía que la que solía tener.	59	58.4
	No tengo suficiente energía para hacer demasiado.	17	16.8
16. Cambio en los hábitos de sueño	No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.	41	40.6
	Duermo un poco más o un poco menos de lo habitual.	15	14.9
	Duermo mucho más o mucho menos de lo habitual.	27	26.7
	Duermo la mayor parte del día o me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.	18	17.8
17. Irritabilidad	No estoy tan irritable que lo habitual.	72	71.3
	Estoy más irritable que lo habitual.	21	20.8
	Estoy mucho más irritable que lo habitual.	6	5.9
	Estoy irritable todo el tiempo.	2	2.0
18. Cambios de apetito	No he experimentado ningún cambio en mi apetito.	45	44.6
	Mi apetito es un poco menor o un poco mayor que lo habitual	26	25.7
	Mi apetito es mucho menor o mucho mayor que antes.	17	16.8
	No tengo apetito en absoluto o quiero comer todo el día.	13	12.9
19. Dificultad de concentración	Puedo concentrarme tan bien como siempre.	55	54.5
	No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.	37	36.6
	Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.	6	5.9
	No puedo concentrarme en nada.	3	3.0
20. Cansancio o fatiga	No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.	34	33.7
	Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.	52	51.5
	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.	14	13.9
	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.	1	1.0%
21. Pérdida de interés en el sexo	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.	80	79.2
	Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.	14	13.9
	Estoy mucho menos interesado en el sexo.	6	5.9
	He perdido completamente el interés en el sexo.	1	1.0
Total		101	100

Anexo 2. Prueba de correlación entre los niveles de depresión y las prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025.

Correlaciones			Niveles de depresión	Prácticas de autocuidado
Rho de Spearman	Niveles de depresión	Coeficiente de correlación	1,000	-,302**
		Sig. (bilateral)	.	,002
		N	101	101
	Prácticas de autocuidado	Coeficiente de correlación	-,302**	1,000
		Sig. (bilateral)	,002	.
		N	101	101

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

Hipótesis alterna (H1):

Existe relación significativa entre los niveles de depresión y las prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025.

Hipótesis nula (H0):

No existe relación significativa entre los niveles de depresión y las prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar Simón Bolívar - Cajamarca, 2025.

Decisión: Se rechaza la H0, indicando que existe relación significativa entre los niveles de depresión y las prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025. Con una significancia de $p = 0,002$.

Anexo 3. Estadística de fiabilidad de los instrumentos de recolección de datos

Confiabilidad del Inventario de depresión de Beck-II.

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	10	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,767	21

**Confiabilidad del cuestionario Prácticas de autocuidado
de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2**

		N	%
Casos	Válido	10	100,0
	Excluido ^a	0	,0
	Total	10	100,0

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,794	20

Anexo 4. Prueba de normalidad de las variables

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Niveles de depresión	,091	101	,039
Prácticas de autocuidado	,084	101	,079

a. Corrección de significación de Lilliefors

Se utilizó la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov, apropiada cuando el tamaño de la muestra es mayor a 50, para verificar si los datos tienen una distribución normal o no. Luego se tuvo en cuenta los siguientes criterios para decidir cuál era la prueba estadística más apropiada para realizar la correlación:

- Ho: Los datos tienen una distribución normal.
- Ha: Los datos no tienen una distribución normal.

Luego:

- Si $p < 0,05$ rechazamos Ho y se acepta la Ha.
- Si $p > 0,05$ se acepta H0 y se rechaza Ha

La variable práctica de autocuidado tiene una distribución normal, mientras que los niveles de depresión no tienen una distribución normal. Por lo cual se optó por usar la estadística no paramétrica y como prueba de correlación la Rho de Spearman.

Anexo 5. Instrumentos de recolección de datos

CUESTIONARIO

NIVELES DE DEPRESIÓN Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDIDOS EN EL HOSPITAL II-E SIMÓN BOLÍVAR - CAJAMARCA, 2025

Reciba usted una cordial salud, agradezco sinceramente su participación en este proyecto de investigación que tiene como objetivo determinar la relación entre los niveles de depresión y las prácticas de autocuidado que tienen los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus.

Sus respuestas serán tratadas con total confidencialidad y anonimato. La información recopilada se utilizará únicamente con fines académicos y de investigación. Por favor, responda con honestidad y precisión, las siguientes preguntas.

I. DATOS GENERALES

- 1. Sexo:** M () F ()
- 2. Edad:** _____
- 3. Lugar de origen**
 - a) Urbano
 - b) Rural
- 4. Estado civil:**
 - a) Soltero
 - b) Casado
 - c) Conviviente
 - d) Divorciado
 - e) Viudo
- 5. ¿Cuál es su grado de instrucción?**
 - a) Analfabeto
 - b) Primaria completa
 - c) Primaria incompleta
 - d) Secundaria completa
 - e) Secundaria incompleta
 - f) Superior
- 6. Ocupación:** _____
- 7. Tiempo que padece de diabetes:** _____

II. DEPRESIÓN

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK-II (BDI-II)

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con una “X” la alternativa correspondiente al enunciado elegido. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo.

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

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

4. Pérdida de placer

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

5. Sentimientos de culpa

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

6. Sentimiento de castigo

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

7. Disconformidad con uno mismo

- 0. Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- 1. He perdido la confianza en mí mismo.
- 2. Estoy decepcionado conmigo mismo.

3. No me gusta a mí mismo.

8. Autocrítica

0. No me critico ni me culpo más de lo habitual.
1. Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.
2. Me critico a mí mismo por todos mis errores.
3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

9. Pensamientos o deseos suicidas

0. No tengo ningún pensamiento de matarme.
1. He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.
2. Querría matarme.
3. Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0. No lloro más de lo que solía hacerlo.
1. Lloro más de lo que solía hacerlo.
2. Lloro por cualquier pequeñez.
3. Siento ganas de llorar pero no puedo.

11. Agitación

0. No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.
1. Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.
2. Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto.
3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12. Pérdida de Interés

0. No he perdido el interés en otras actividades o personas.
1. Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
2. He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
3. Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0. Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.
1. Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.
2. Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.
3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0. Me siento valioso.
1. No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.
2. Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.
3. Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de energía

0. Tengo tanta energía como siempre.
1. Tengo menos energía que la que solía tener.
2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado.
3. No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

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

17. Irritabilidad

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

18. Cambios en el apetito

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

19. Dificultad de Concentración

- 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2. Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.
- 3. No puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

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

21. Pérdida de Interés en el Sexo

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

CUESTIONARIO

PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2

El presente cuestionario tiene como propósito conocer el nivel de autocuidado que tiene el paciente con Diabetes mellitus, leer detenidamente los siguientes enunciados y responder con total sinceridad.

RÉGIMEN ALIMENTARIO	Nunca (0)	A veces (1)	Siempre (2)
1. ¿Con qué frecuencia asiste a sus controles con el nutricionista?			
2. ¿Respeto el consumo de alimentos sugeridos por su nutricionista?			
3. ¿Con qué frecuencia consume frutas y verduras?			
4. ¿Consume sus alimentos en la hora indicada por su nutricionista?			
5. ¿Con qué frecuencia respeta las porciones de alimentos en su dieta?			
ACTIVIDAD FÍSICA	Nunca (0)	A veces (1)	Siempre (2)
6. ¿Reconoce la importancia del ejercicio físico para controlar la diabetes?			
7. ¿Practica algún tipo de ejercicios (caminatas, subir escaleras, ciclismo, etc.)?			
8. ¿Con qué frecuencia realiza actividad física?			
9. ¿Con qué frecuencia realiza actividades de relajación para reducir el estrés?			
10. ¿Cuándo realiza ejercicios, usted lleva caramelos y/o agua por precaución?			
TRATAMIENTO	Nunca (0)	A veces (1)	Siempre (2)
11. ¿Cumple con el tratamiento según la indicación médica?			
12. ¿Realiza sus controles con el endocrinólogo?			
13. ¿Con qué frecuencia controla su glucosa?			
14. ¿Se realizan los exámenes de laboratorio (glicosilada, urea, creatinina, etc.) indicado por el médico?			
15. ¿Con qué frecuencia realiza sus controles con el oftalmólogo?			
D. CUIDADOS PERSONALES: CUIDADOS DE LOS PIES	Nunca (0)	A veces (1)	Siempre (2)
16. ¿Con qué frecuencia se revisa las uñas de sus pies?			
17. ¿Realiza un adecuado secado de los pies?			
18. ¿Con qué frecuencia revisa sus pies en busca de lesiones?			
19. ¿Mantiene las uñas cortas y limpias?			
20. ¿Usa cremas para cuidar su piel?			

Anexo 6. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ identificado (a) con DNI N° _____, en pleno uso de mis facultades mentales, de forma libre y voluntaria, entiendo y he sido debidamente informado(a) por la Bach. Ramirez Huaripata Anaceli, responsable del Proyecto de Investigación titulado “Niveles de depresión y prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025” sobre los objetivos y la importancia de mi participación en este estudio.

Asimismo, he tenido la oportunidad de formular preguntas y se me ha asegurado que mi participación es voluntaria, confidencial y que puedo retirarme de la investigación si así lo deseo. Al firmar en este documento, otorgo mi consentimiento para participar en el estudio mencionado anteriormente.

Firma del Participante

Cajamarca, ____ de _____ de 2025.

Anexo 7. Solicitud emitida a la Dirección Regional de Salud (DIRESA), para obtener el permiso para ejecutar el proyecto de investigación

**“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA
ECONOMÍA PERUANA”**

**SOLICITO: Autorización para ejecutar Trabajo
de Investigación**

Director(a) de la Dirección Regional de Salud Cajamarca

Yo, Anaceli Ramírez Huaripata, identificada con DNI N° 76075099, código de estudiante: 2020010040 y con domicilio en Av. La paz N°793, Distrito de Cajamarca, Provincia y Departamento de Cajamarca, ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente:

Que, habiendo culminado la carrera profesional de Enfermería en la Universidad Nacional de Cajamarca y siendo como requisito indispensable la elaboración y sustentación de una tesis para obtener el título profesional de licenciada en enfermería. **SOLICITO** a Ud. Permiso para aplicar los instrumentos respectivos y realizar mi Trabajo de Investigación titulado “Depresión y prácticas de autocuidado de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital Simón Bolívar – Cajamarca, 2025”, asesorado por la Dra. Marina Violeta Estrada Pérez.

Cabe resaltar que los datos obtenidos serán usados estrictamente con fines de investigación.

POR LO EXPUESTO:

Pido a usted acceder a mi petición por ser de justicia.

	CAJAMARCA	MESA DE PARTES	
DIRESA			
Exp. N° 000785-2025-025930			
SOL 41-2025			
Clave : UX9K6F		Folios : 041	
Fecha : 21/05/2025 11:02 a.m.			
https://gorecaj.pe/mad3validar			


Anaceli Ramírez Huaripata
DNI N° 76075099

Anexo 8. Permiso para ejecutar el proyecto en el Hospital II-E Simón Bolívar



GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CAJAMARCA
DIRECCIÓN REGIONAL



"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBREROS"
"ANO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

EXPEDIENTE N° 000785-2025-025930
Cajamarca, 23 de mayo de 2025
OFICIO N° D3187-2025-GR.CAJ/DIRESA-DR-EPI

Firmado digitalmente por ROSAVAL GALVEZ Sandra Emparentez FAU 20453744166 harj
DIRESA - DR - Dr. Reg. (e)
Módulo: Por Encargo
Fecha: 23/05/2025 08:14 a.m.

Señora
DELGADO CHAVEZ, Gladys
DIRECTORA DEL HOSPITAL SIMÓN BOLÍVAR
AV. MARIO URTEAGA N° 451

Presente. -

Asunto : SOLICITO BRINDAR FACILIDADES A INVESTIGADOR.

Referencia : HOJA DE ENVIO N° D17-2025-GR.CAJ/DIRESA-EPI/JEBM (MAD3: 000785-2025-025930)

De mi consideración,

A través de la presente expresar mi más cordial saludo al mismo tiempo en relación al documento de referencia, alcanzar a usted la revisión expedita del protocolo de investigación:

APELLIDOS Y NOMBRES	TITULO DE PROYECTO
RAMIREZ HUARIPATA, Anaceli	"Niveles de depresión y prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025"

Cabe resaltar, que el protocolo revisado CUMPLE con los requisitos metodológicos y éticos mínimos y resulta de gran interés debido a su relevancia y al hecho de abordar un problema actual de salud pública. Su ejecución podría aportar significativamente al conocimiento sobre este tema, mejorar su abordaje y contribuir potencialmente a la solución del problema planteado.

La Unidad de Investigación de la DIRESA Cajamarca APRUEBA el Protocolo de Investigación; y AUTORIZA su ejecución, solicitando al establecimiento de salud, brindar las facilidades al investigador.

Es propicia la ocasión para manifestarle las seguridades de mi consideración.

Atentamente,

ROMMEL AHMMED CERDA GONZALES
Director Regional
DIRECCIÓN REGIONAL

HOSPITAL II - E SIMÓN BOLÍVAR

Pase a: DOCENUD E INVESTIGACION

☐ Urgente
☐ Atención Correspondiente
☐ Archivo
Otro: _____

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
Dirección Regional de Salud
Red Integrada de Salud Cajamarca

M.C. Gladys Delgado Chavez
C.M.P. 84690
DIRECTORA HOSPITAL II-E SIMÓN BOLÍVAR
Jr. Mario Urteaga N° 500 Pueblo Joven Amauta

GOBIERNO REGIONAL CAJAMARCA
HOSPITAL II-E SIMÓN BOLÍVAR
OFICINA DE SECRETERÍA

FECHA 26.05.25
HORA 12:23 PM
FIRMA *[Firma]*

*Aprobado para
agregar reubicación
de datos*

Res. Dr. Rosalva H.S.B.
Ana I. Quiroz Bazán
Especialista en Obstetricia de Alto Riesgo.
C.O.B. 4585 RNE 2383-E.01.7
C.B. 903864

www.diresacajamarca.gob.pe

Scanned by TapScanner



FORMATO 1

OFICINA DE EPIDEMIOLOGÍA
ÁREA DE CAPACITACIÓN E
INVESTIGACIÓN

INFORME N° 48-2025
REVISIÓN EXPEDITA DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Nombre del Investigador(a)	RAMIREZ HUARIPATA Anaceli
Nombre del Asesor(a)	Dra. ESTRADA PEREZ, Marina Violeta
Título del Proyecto	"Niveles de depresión y prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025"
Línea de Investigación	Enfermedades No transmisibles
Fecha de revisión	Cajamarca, 22 de mayo de 2025
Lugar de ejecución	Hospital "Simón Bolívar"

Revisor(es)	Mg-Blg. Jorge Enrique Bazán Mayra
-------------	-----------------------------------

Calificación	Excelente	Bueno	Aceptable	Deficiente	Muy deficiente	Sin Información	No corresponde
Puntaje	5	4	3	2	1	0	N.C.

ASPECTOS EVALUADOS	VALORACIÓN							OBSERVACIONES/ RECOMENDACIONES
	5	4	3	2	1	0	NC	
TÍTULO								
El Título es breve y claro. El título debe responder a preguntas como: ¿qué?, ¿cómo?, ¿dónde? y ¿cuándo?		X						
Es coherente con las líneas de investigación establecidas.		X						
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA								
Se describe la situación problemática con claridad.		X						
La formulación del problema es clara y adecuada.		X						
La justificación de la investigación se sostiene en argumentos: teóricos, prácticos, metodológicos, entre otros.		X						
La importancia de la investigación considera: relevancia, viabilidad, trascendencia y originalidad.		X						
Se expresan las limitaciones de la investigación en: tiempo, espacio, recursos e información.		X						
El objetivo general y los objetivos específicos están correctamente planteados y guardan relación entre sí.		X						
MARCO TEÓRICO								
Los antecedentes contextuales y bibliográficos (nacionales e internacionales) se relacionan con el problema.		X						

Digitalmente
 E. CABRERA D.
 2025 02:54 p.m.



FORMATO 1

OFICINA DE EPIDEMIOLOGIA
AREA DE CAPACITACIÓN E
INVESTIGACION

ASPECTOS EVALUADOS	VALORACIÓN							OBSERVACIONES/ RECOMENDACIONES
	5	4	3	2	1	0	NC	
MÉTODO								
El tipo y nivel de investigación se define con claridad.		X						
De ser pertinente, la población y muestra se han identificado de manera correcta.		X						
REFERENCIAS y CITAS								
Las referencias y las citas textuales se formulan de acuerdo a alguna norma internacional VANCOUVER, APA, IEEE, entre otros.		X						
CONSIDERACIONES ÉTICAS Y RIGOR CIENTÍFICO								
Dependiendo del tipo de estudio, se asegura la confidencialidad de la información, así como la libertad y la seguridad de los participantes.		X						
VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO								
Si corresponde, el instrumento que se utilizará ha sido validado mediante un juicio de expertos. Se adjunta evidencia.		X						
CONCLUSIONES:								
1. El protocolo revisado CUMPLE con los requisitos metodológicos y éticos mínimos y resulta de gran interés debido a su relevancia y al hecho de abordar un problema actual de salud. Su ejecución podría aportar significativamente al conocimiento sobre este tema, mejorar su abordaje y contribuir potencialmente a la solución del problema planteado.								
2. La Unidad de Investigación de la DIRESA Cajamarca APRUEBA el Protocolo de Investigación titulado: " <i>Niveles de depresión y prácticas de autocuidado de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en el Hospital II-E Simón Bolívar - Cajamarca, 2025</i> "; y AUTORIZA su ejecución.								
RECOMENDACIONES:								
Se recomiendan las siguientes consideraciones:								
a. El director del establecimiento de salud o autoridad institucional, teniendo en cuenta el presente informe, autoriza y brinda las facilidades necesarias para la ejecución del presente protocolo de investigación en su establecimiento, asegurando el cumplimiento de las normas éticas y legales aplicables.								
b. La investigación debe ser autofinanciada por los investigadores y no comprometer los recursos del EE.SS. Los investigadores deberán garantizar un trato humanitario y respetuoso, cumpliendo en todo momento con las normas de bioseguridad establecidas por el establecimiento de salud, para proteger la integridad de todos los involucrados. Es fundamental asegurar la confidencialidad de los datos y sus fuentes, así como de la información obtenida de los participantes. Los investigadores deben asumir la responsabilidad correspondiente por el manejo ético y seguro de la información recopilada.								
c. Al finalizar el estudio, el o los investigadores deberán entregar a la dirección del establecimiento una copia del informe final del estudio. Este documento servirá como base para la toma de decisiones y deberá estar disponible para su revisión y utilización por parte de las autoridades del establecimiento.								

Atentamente,

Cajamarca, 22 de mayo de 2025

Firmado digitalmente por BAZAN MAYRA
Jorge Enrique FAU 20105045325 soft
DIRESA - EPI - Biología
Motivo: Firmo en señal de conformidad
Fecha: 22/05/2025 08:18 a. m.Coordinador de la Unidad de Investigación en Salud
Oficina de Epidemiología - DIRESA Cajamarca

Anexo 9. Evidencias de la recolección de datos.



ANACELI RAMIREZ HUARIPATA

NIVELES DE DEPRESIÓN Y PRÁCTICAS DE AUTOCUIDADO DE LOS PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ATENDID...

My Files

My Files

Universidad Nacional de Cajamarca

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trnoid::3117:566333162

101 páginas

Fecha de entrega

11 mar 2026, 8:39 a.m. GMT-5

25.926 palabras

144.702 caracteres

Fecha de descarga

11 mar 2026, 8:45 a.m. GMT-5

Nombre del archivo

ANACELI RAMIREZ HUARIPATA_TESIS FINAL CORREGIDA (1).pdf

Tamaño del archivo

900.4 KB

12% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 8 palabras)

Fuentes principales

- 9%  Fuentes de Internet
- 7%  Publicaciones
- 10%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alerta de integridad para revisión

-  **Texto oculto**
3813 caracteres sospechosos en N.º de páginas
El texto es alterado para mezclarse con el fondo blanco del documento.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

9%	 Fuentes de Internet
7%	 Publicaciones
10%	 Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.unc.edu.pe	1%
2	Trabajos entregados	Universidad Nacional de Cajamarca on 2026-02-27	<1%
3	Internet	hdl.handle.net	<1%
4	Trabajos entregados	Integración Moodle Presencial 4.3 on 2025-11-04	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Continental on 2022-07-24	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Nacional de Cajamarca on 2026-01-07	<1%
7	Internet	repositorio.autonoma deica.edu.pe	<1%
8	Trabajos entregados	Universidad Católica de Santa María on 2021-06-14	<1%
9	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
10	Internet	repositorio.upla.edu.pe	<1%
11	Trabajos entregados	Universidad Católica de Santa María on 2021-07-30	<1%