



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE ICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGIA

TESIS

**DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADULTOS
DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN
EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA, 2023**

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:
CALIDAD DE VIDA, RESILIENCIA Y BIENESTAR PSICOLÓGICO

PRESENTADO POR:
AURISTELA TECHI, MARCOS SALVATIERRA
YOLANDA JOSEFINA, PÉREZ BELTRÁN

TESIS DESARROLLADA PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

DOCENTE ASESOR:
DR. JOSÉ HUAMÁN NARVAY
CÓDIGO ORCID Nº 0000-0001-5400-5737

CHINCHA – ICA - PERÚ, 2023



UNIVERSIDAD
**AUTÓNOMA
DE ICA**

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE TESIS

Chincha Alta, Noviembre de 2023

Dra.
SUSANA MARLENI ATUNCAR DEZA

DECANA(e) DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

Presente.-

De mi especial consideración:

Sirva la presente para saludarla e informar que las estudiantes:

Auristela ~~Teche~~, Marcos Salvatierra
Yolanda Josefina, Pérez Beltrán

de la Facultad de Ciencias de la Salud del Programa Académico de Psicología, ha cumplido con elaborar su:

PROYECTO DE TESIS

TESIS

Titulada:

**DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADULTOS DIAGNOSTICADOS CON
DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE
CHINCHA, 2023**

Por lo tanto, quedan expeditas para continuar con el desarrollo de la investigación. Estoy remitiendo, juntamente con la presente los anillados de la investigación con mi firma en señal de conformidad.

Agradezco por anticipado la atención a la presente. Aprovecho la ocasión para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y deferencia personal.

Cordialmente,

Dr. José Húamán Narvay
Código Orcid: N° 0000-0001-5400-5737

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, Marcos Salvatierra, Auristela Techí identificada, con DNI N° 21879696 y Pérez Beltrán Yolanda Josefina, identificado con DNI N° 41947000, en nuestra condición de estudiante del programa de estudios de Psicología, de la Facultad de Ciencias de la Salud en la Universidad Autónoma de Ica y que habiendo desarrollado la Tesis titulada:

DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADULTOS DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA, 2023

Declaro bajo juramento que:

- a. La investigación realizada es de mi autoría
- b. La tesis no ha cometido falta alguna a las conductas responsables de investigación, por lo que, no se ha cometido plagio, ni autoplagio en su elaboración.
- c. La información presentada en la tesis se ha elaborado respetando las normas de redacción para la citación y referenciación de las fuentes de información consultadas.
- d. Así mismo, el estudio no ha sido publicado anteriormente, ni parcial, ni totalmente con fines de obtención de algún grado académico o título profesional.
- e. Los resultados presentados en el estudio, producto de la recopilación de datos, son reales, por lo que, el (la) investigador(a), no han incurrido ni en falsedad, duplicidad, copia o adulteración de estos, ni parcial, ni totalmente.
- f. La investigación cumple con el porcentaje de similitud establecido según la normatividad

Autorizo a la Universidad Autónoma de Ica, de identificar plagio, autoplagio, falsedad de información o adulteración de estos, se proceda según lo indicado por la normatividad vigente de la universidad, asumiendo las consecuencias o sanciones que se deriven de alguna de estas malas conductas.

Chincha Alta, 27 de marzo del 2023.

Marcos Salvatierra
Auristela Techí
DNI N° 21879696



Pérez Beltrán
Yolanda Josefina
DNI N° 41947000



Dedicatoria

Dedicado a nuestro creador por su protección y a nuestras familias por habernos brindado su apoyo y comprensión para cumplir nuestros objetivos.

Agradecimiento

A la entidad de salud Chincha por autorizar la realización de la investigación en dicha entidad y la aplicación de los cuestionarios psicométricos de recojo de datos.

A la responsable de servicio de Endocrinología por facilitar con mucha reserva los reportes de los pacientes con DM2. Quedamos muy agradecidas por su colaboración.

A los profesionales y docentes que ayudaron a validar los instrumentos psicométricos.

Resumen

El propósito es identificar la relación entre la depresión y ansiedad en una muestra de 80 usuarios diabéticos que se atendieron en el Hospital San José de Chincha en el año 2023. La metodología de investigación es de enfoque cuantitativo de tipo descriptivo correlacional y diseño no experimental de corte transversal. Los participantes del estudio estuvieron conformada por 38 (47.5%) de participantes masculino y 42 (52.5%) de participantes femeninos. Con una media de edades de 57.25 y desviación estándar de 13.73. Los instrumentos de recogida de datos fueron: Escala de autoevaluación de la depresión de Zung y de ansiedad; y validados por expertos. Los resultados fueron que 33 (41%) de participantes no tuvieron depresión y 13 (16%) presentaron niveles de depresión moderada. En Ansiedad 47 (59%) participantes tuvieron niveles moderados y 4 (5%) niveles severos de ansiedad. Los datos para la correlación no tuvieron distribución normal por lo que se decidió emplear el estadístico no paramétrico Rho de Spearman, el cual arrojó una correlación de $Rho = 0.545$ y $Sig. = 0.000$, con lo que se aceptó la hipótesis del investigador y se puede concluir que existe correlación positiva considerable entre depresión y ansiedad, de modo el individuo que presenta depresión es vulnerable al padecimiento de un cuadro ansioso.

Palabras clave: Depresión. Ansiedad. Pacientes. Diabetes Mellitus. Hospital.

Abstract

The purpose is to identify the relationship between depression and anxiety in a sample of 80 diabetic users who were treated at the San José de Chincha Hospital during the year 2023. The research methodology is a quantitative approach of a descriptive correlational type and a non-experimental design of cross section. The study participants consisted of 38 (47.5%) male participants and 42 (52.5%) female participants. With a mean age of 57.25 and standard deviation of 13.73. The data collection instruments were: Zung's depression and anxiety self-assessment scale; and validated by experts. The results were that 33 (41%) of the participants had no depression and 13 (16%) had moderate levels of depression. In Anxiety, 47 (59%) participants had moderate levels and 4 (5%) had severe levels of anxiety. The data for the correlation did not have a normal distribution, so it was decided to use Spearman's non-parametric Rho statistic, which yielded a correlation of $Rho = 0.545$ and $Sig. = 0.000$, which accepted the researcher's hypothesis and can be conclude that there is a considerable positive correlation between depression and anxiety, such that the individual who presents depression is vulnerable to suffering from an anxious condition.

Keywords: Depression. Anxiety. Patients. Diabetes Mellitus. Hospital.

Índice general

Dedicatoria	iv
Agradecimiento.....	v
Resumen	vi
Abstract.....	vii
Índice general	viii
Índice de tablas académicas.....	x
Índice de figuras	xi
I. INTRODUCCIÓN.....	12
II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
2.1. Descripción del problema	13
2.2. Pregunta de investigación general.....	15
2.3. Preguntas de investigación específicas	15
2.4. Objetivo general.....	16
2.5. Objetivos específicos	16
2.6. Justificación e importancia.....	16
2.7. Alcances y limitaciones.....	17
III. MARCO TEÓRICO	19
3.1. Antecedentes.....	19
3.2. Bases teóricas	23
3.3. Marco conceptual	36
IV. METODOLOGÍA.....	39
4.1. Tipo y nivel de investigación	39
4.2. Diseño de investigación	39
4.3. Hipótesis general y específica	40
4.4. Identificación de las variables	40
4.5. Matriz de Operacionalización de variables	41
4.6. Población y muestra	44
4.7. Técnicas e instrumentos de recolección de información.....	45
4.8. Técnicas de análisis y procesamiento de datos.....	48
V. RESULTADOS.....	49
5.1. Presentación de resultados	49
5.2. Interpretación de los resultados	53
VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS.....	55
6.1. Análisis inferencial	55

VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	61
7.1. Comparación de resultados.....	61
VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	62
8.1. Conclusiones	62
8.2. Recomendaciones	63
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
ANEXOS	69
Anexo 01. Matriz de Consistencia	70
Anexo 02: Instrumento de recolección de información	71
Anexo 03: Ficha de validación de instrumentos	73
Anexo 04: Base de datos.....	79
Anexo 05: Informe turnitin al 28% de similitud.....	83
Anexo 06: Evidencia fotográfica	86

Índice de tablas académicas

Tabla 1 Datos sociodemográficos principales de los participantes del estudio ...	41
Tabla 2 Operacionalización de Depresión con sus dimensiones e indicadores ..	42
Tabla 3 Operacionalización de Ansiedad con sus dimensiones e indicadores....	43
Tabla 4 Valores para las correlaciones de Rho de Spearman	48
Tabla 5 Estadísticos descriptivos de los participantes del estudio.....	49
Tabla 6 Niveles de Depresión con sus respectivas dimensiones.....	49
Tabla 7 Distribución de las frecuencias por ítems de la dimensión Estado afectivo persistente	50
Tabla 8 Distribución de las frecuencias por ítems de la dimensión trastornos fisiológicos	50
Tabla 9 Distribución de las frecuencias por ítems de la dimensión trastornos psicológicos.....	51
Tabla 10 Niveles de Ansiedad con sus respectivas dimensiones.....	51
Tabla 11 Distribución de las frecuencias por ítems de la dimensión síntomas afectivos de ansiedad.....	52
Tabla 12 Distribución de las frecuencias por ítems de la dimensión síntomas somáticos de ansiedad.....	52
Tabla 13 Análisis estadístico de Prueba de normalidad de Ansiedad y Depresión	55
Tabla 14 Prueba de hipótesis de Depresión y Ansiedad con sus dimensiones...	56
Tabla 15 Matriz de consistencia del estudio	70

Índice de figuras

Figura 1 Validación del experto a los instrumentos Depresión y Ansiedad.....	73
Figura 2 Investigadora aplicando instrumentos psicométricos	86
Figura 3 Investigadora verificando la correcta aplicación de los instrumentos	86
Figura 4 Investigadora aplicando con medidas de bioseguridad	87
Figura 5 Investigadora aplicando instrumentos psicométricos	87
Figura 6 Investigadora aplicando instrumentos psicométricos	88
Figura 7 Investigadora aplicando instrumentos psicométricos	88
Figura 9 Investigadora aplicando instrumentos psicométricos	89
Figura 8 Investigadora aplicando instrumentos psicométricos	89

I. INTRODUCCIÓN

Tanto la depresión como la ansiedad se conciben como dos variables psicológicas que influyen en gran medida respecto del curso de una enfermedad en comorbilidad fisiológica, tal como lo es, la diabetes. De ahí a que los estudios de adherencia a los tratamientos se compongan de un indicador psicológico a fin de mitigar los daños adversos que el propio padecimiento de una patología de por vida tenga en el individuo.

Es así que, la ansiedad como condición tensionante caracterizada por la alta preocupación en el individuo puede tender a agravarse a medida que el diagnóstico de la diabetes avanza su curso, de igual manera, ello se relaciona con el bajo estado de ánimo de la persona quien experimenta cambios en su estructura psíquica percibiendo en negativa medida el ánimo y la experiencia de disfrute de las cosas que le agradan o incluso en torno a su vida diaria, lo cual resultan indicadores depresivos significativos.

Por lo descrito, resulta importante estudiar la frecuencia e incidencia de los cuadros ansiosos – depresivos en pacientes diabéticos, así como la relación que existe entre estas dos variables, no sólo por el carácter retroactivo de las mismas, sino por la naturaleza de interacción que se cometen entre estas dos patologías mentales en el curso de un cuadro diabético, de ahí a que el propósito principal del presente estudio sea el análisis de la relación entre la depresión y ansiedad en una muestra de usuarios diabéticos procedentes del Hospital San José en la provincia de Chincha.

De esta manera, el presente trabajo se compone de la siguiente forma: Planteamiento del problema, Marco teórico, Metodología, Resultados y Análisis de resultados, Conclusiones y Recomendaciones, Referencias bibliográficas y Anexos, en donde se incorporan la evidencia de la base de datos y de los cuestionarios empleados durante el desarrollo de la investigación.

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción del problema

La diabetes es una de las enfermedades orgánicas no transmisible de mayor consecuencia en el mundo (OMS, 2018), de hecho, el padecimiento de ella, muchas veces repercute en la vida cotidiana del paciente, y en la forma como el sujeto percibe el mundo.

Es así que una vez informado el diagnóstico definitivo de diabetes mellitus, el paciente tiende a direccionar mecanismos de defensa para hacer frente a la nueva noticia, sin embargo, muchas veces las formas de respuesta que el individuo emite son inadecuadas, lo que direcciona al individuo, más bien, al padecimiento de alguna alteración afectiva, tal es el caso de la depresión.

La depresión es la segunda consecuencia de discapacidad en el mundo en la actualidad (OMS, 2018), esto da cuenta del tamaño de este problema de salud pública que cada vez va aumentando más.

Las consecuencias de padecer depresión en comorbilidad con la diabetes fueron estudiadas por Cárdenas (2015) quien refirió que cuando el individuo diabético desarrolla un cuadro depresivo, esto influye críticamente en la adherencia al tratamiento, así como en su desenvolvimiento social y laboral.

Para los pacientes con enfermedades crónicas a nivel metabólica tales como la diabetes, tienen el doble de riesgo de desarrollar cuadros psicológicos que afecten su vida de forma intensa y altamente crítica, como sucede en la depresión y ansiedad, las cuales no dejan llevar su vida con normalidad al individuo, no sólo por la naturaleza de sus síntomas sino por las consecuencias que acarrea consigo estas variables anormales.

Se estima que la constancia de la ansiedad y depresión en los usuarios diabéticos procedentes de los hospitales nacionales en el Perú, suma un total del 200%, es decir, aquellos pacientes diagnosticados con algún tipo de diabetes presentan en comorbilidad

clínica depresión o ansiedad, de modo que existe una relación de suma afectación para la salud del ser humano entre estas patologías.

La fijación al tratamiento y el cumplimiento de los usuarios con diabetes no se ejerce en forma fluida ni adecuada cuando se experimentan situaciones de ansiedad, depresión o estresores, que influyen inhibiéndose la acción terapéutica y la conducta de autocuidado del paciente con respecto al afrontamiento de la diabetes, lo cual es perjudicial para salud individual y pública.

Uno de los principales causantes asociados a la existencia de indicadores ansiosos y depresivos, radica en el diagnóstico (Dx) por sus siglas médicas, de alguna patología metabólica tal como la diabetes mellitus, la cual se halló como un factor de riesgo frente al padecimiento de depresión y ansiedad, sea como una variable independiente y dependiente a la misma vez, existiendo retroalimentación dinámica entre ellas.

Según Contreras (2018), los pacientes que se encuentran en tratamiento durante la Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) por sus siglas médicas, se hallan con un desafío clave el cual radica en la superación de los síntomas ansiosos y depresivos que conforman los factores de riesgo para el agravamiento del cuadro diabético.

En la región Ica, Díaz (2019) encontró que los niveles de depresión en población iqueña, es en promedio “moderada”, lo que representa una alerta a las entidades y autoridades de salud de la jurisdicción.

En la provincia de Chincha, el estudio los factores de riesgo asociados con la DM2 se reúnen en un conjunto de estudios, dentro de los cuales se puede citar el de Jiménez (2018), quien pone énfasis en la relevancia trascendental del espectro psíquico a fin de conjeturar y garantizar el cumplimiento del tratamiento en usuarios diabéticos, debido a que si se presentaran cuadros anormales a nivel anímico, tales como pueden ser, como la ansiedad y la depresión, pueden perjudicar el cumplimiento del tratamiento.

Igualmente, en la provincia de Chincha, Bendezú (2017) indica que, dentro de los beneficios que otorga el estado emocional y los ejercicios físicos en los usuarios diabéticos, se halla que mientras menores sean la afluencia sintomatológica de la ansiedad y depresión, mayor será la posibilidad de superación de la patología diabética, de modo que se identifica como un problema de elemental relevancia la comorbilidad de estos cuadros.

En este punto, el análisis reflexivo lleva a ordenar la depresión como un posible producto del padecimiento de diabetes, aunque ello se ha estudiado en múltiples estudios (Díaz, Vásquez y Fernández, 2016), aún resulta problemático no tener antecedentes sobre estas dos variables en un Hospital de gran afluencia de usuarios, como lo es en el Hospital San José de Chincha.

Con respecto a la ansiedad, se sabe que la OMS (2018) refiere que las implicancias negativas del padecimiento de este trastorno anímico en la estructura psíquica humana afectan a nivel somático, personal, social e incluso fisiológico

2.2. Pregunta de investigación general

¿Cuál es la relación entre la depresión con la ansiedad en adultos diagnosticados con diabetes mellitus II en el Hospital San José de Chincha en el año 2023?

2.3. Preguntas de investigación específicas

- ¿Cuál es la relación entre la depresión y los síntomas afectivos en los adultos diagnosticados con DM2?
- ¿Cuál es la relación entre la depresión y los síntomas somáticos en adultos diagnosticados con DM2?
- ¿Cuál es la relación entre el estado afectivo persistente y la ansiedad en adultos diagnosticados con DM2?

- ¿Cuál es la relación entre los trastornos fisiológicos y la ansiedad en adultos diagnosticados con DM2?
- ¿Cuál es la relación entre los trastornos psicológicos y la ansiedad en adultos diagnosticados con DM2?

2.4. Objetivo general

Determinar la relación entre la depresión y la ansiedad en adultos diagnosticados con diabetes mellitus tipo II en el Hospital San José de Chincha en el año 2023.

2.5. Objetivos específicos

Determinar la relación entre la depresión y los síntomas afectivos en adultos diagnosticados con diabetes mellitus tipo II.

- Determinar la relación entre la depresión y los síntomas somáticos en adultos Dx. con DM2.
- Determinar la relación entre el estado afectivo persistente y la ansiedad en adultos Dx. con DM2.
- Determinar la relación entre los trastornos fisiológicos y la ansiedad en adultos Dx. de DM2
- Determinar la relación entre los trastornos psicológicos y la ansiedad en adultos con Dx. de DM2

2.6. Justificación e importancia

La realización de este estudio se justifica debido a la necesidad de abordar una brecha en el conocimiento. En el Hospital San José de Chincha, porque no existen investigaciones previas que se enfoquen en relacionar los constructos ansiedad y depresión.

Los logros, como los resultados obtenidos del estudio adquieren relevancia, ya que constituirán una base sólida para la formulación de futuros proyectos y políticas colectivas, referente a las atenciones como también para la prevención sanitaria. Específicamente, se

espera que estos esfuerzos se orienten hacia la diabetes, ansiedad y depresión, involucrando equipos multidisciplinarios.

Adicionalmente, la sociedad en general se verá beneficiada a través del análisis de estos elementos críticos para la salud pública. La obtención de datos significativos permitirá la elaboración de recomendaciones destinadas, en el cual será de gran ayuda, incluyendo los residentes de Chíncha como a los usuarios del HSJ. Este enfoque preventivo y proactivo contribuirá al bienestar general de la comunidad.

Finalmente, la justificación para el estudio realizado tiene como base la necesidad central de las investigadoras por estudiar este tema de álgido interés tanto en profesionales médicos, como en profesionales de salud mental.

2.7. Alcances y limitaciones

El alcance de una investigación es el horizonte de mayor expectativa en torno a lo que se desea abordar relacionado a la materia que se estudia Hernández, et. al. (2014), en tal caso se puede consolidar que los alcances de presente trabajo son:

- La muestra está determinada por participantes con diagnóstico de diabetes mellitus II atendidos en el Hospital.
- El grupo etáreo que se estudia está compuesto por adultos de ambos sexos.
- Se emplea como instrumentos para el recojo de datos a las escalas de autoevaluación de la ansiedad como también de la depresión validadas en el Perú.

Por otro lado, las limitaciones de la investigación son los aspectos o barreras que no se cubren por el investigador durante el proceso de estudio de las variables que le interesen, sean por diversos motivos entre los cuales están la propia focalización en delimitaciones

específicas con un fin de adecuación metodológica Hernández, et al. (2014). En base a ello, se plantean las siguientes limitaciones:

- No se estudia en su totalidad a los pacientes que han acudido al HSJ de Chincha, sino únicamente a aquellos que son diagnosticados con DM2.
- No se involucra ni se considera como participantes de la investigación a los usuarios que habiendo sido diagnosticados con DM2, incumplen sus citas de seguimiento metabólico y control clínico.
- No se estudia la totalidad de la estructura psicológica de la persona, sino únicamente dos constructos patológicos como: la depresión y ansiedad buscando la relación con el Dx de DM2.

III. MARCO TEÓRICO

3.1. Antecedentes

3.1.1. Internacionales

García (2018) llevó a cabo el estudio titulado buscando la correlación entre depresión y DM2 en pacientes de un hospital de Guayaquil, Ecuador, 2017 como parte de los requisitos para obtener su titulación en Medicina de la Universidad Católica Santiago. La autora trabajó con 100 pacientes comprendidos de 18 años a más, todos previamente diagnosticados con las enfermedades crónicas de curso indefinido. Para evaluar los niveles de trastornos ansiosos como depresivos, se empleó (Test de HADS). Llegando a la conclusión que, dentro de la muestra estudiada, el 15% de las mujeres fueron identificadas como "Posible caso depresivo", en comparación con el 8,5% de los hombres. Además, García determinó que la edad y la presencia de complicaciones se asocian significativamente al puntaje en el test de HADS. Como conclusión, la autora señaló que es un trastorno psiquiátrico la depresión que se relacionan con diversos indicadores en pacientes que padecen enfermedades crónicas, especialmente en la diabetes mellitus.

Borges (2018) llevó a cabo su estudio de la depresión y ansiedad aplicando el PHQ, Venezuela, donde examinó a 441 pacientes con depresión y ansiedad a través de la entrevista semiestructurada MINI Plus. Durante el estudio, identificó que las variables económicas, sociales e ideológicas que repercute de manera determinante en el desarrollo del estado depresivo-ansioso en los individuos. Concluyó que es necesario continuar y ahondar el estudio de ansiedad y depresión en usuarios con alto riesgo social para impulsar una cultura de paz y preservación de la salud.

Díaz, et. al. (2016) realizaron una investigación titulada Niveles de depresión en usuarios con DM2 en México. Utilizaron el

Cuestionario Beck (BDI) de depresión para recopilar datos de 232 usuarios entre 20 y 84 años que asisten a la Clínica Social de la ciudad de Durango. Los resultados establecieron que el 72% de los participantes no presentaban síntomas depresivos, llevando a los autores a concluir que no hay una relación o asociación evidente entre la depresión y el diagnóstico de la diabetes, aunque sugirieron investigar si la depresión afecta a los usuarios diabéticos en el cumplimiento del tratamiento.

Antúnez y Bettioli (2016) llevaron a cabo los estudios de Depresión en los usuarios con DM2 en Venezuela, que asisten a la cita médica a la especialidad de medicina interna". El estudio tenía como objetivo definir la frecuencia del cuadro depresivo en venezolanos diabéticos. Participaron 100 pacientes diabéticos encuestados con el Inventario Beck- depresión. Los resultados revelaron una frecuencia del 82% de diabetes tipo 2, los resultados fueron entre las variables hay una relación significativa, como la edad (39-48 años), estado civil soltero y sin empleo conocido. Los autores concluyeron que estas variables constituyen causas de riesgo comunes para la depresión durante el proceso diabético.

Rodríguez, et. Al. (2015) llevaron a cabo la investigación "Frecuencia de la depresión en la DM2" mediante un estudio transaccional con usuarios diabéticos tipo II en un hospital de España. Se utilizó el Inventario de Beck-depresión y un dialogo estructurada para evaluar el cuadro depresivo en 275 participantes con edad promedio de 65 años. La frecuencia estimada de la depresión es del 33%, y el 35% de los participantes donde lograron una puntuación BDI superior a 16 puntos sin presentar depresión.

Cosios (2015) desarrolló una investigación en adolescentes de un colegio Calasanz De Loja mediante una prueba 23 del Ministerio de Salud, Ecuador. El estudio incluyó a 386 alumnos que estaban

cursando la educación secundaria de I.E.P, Ecuador. Utilizaron el Cuestionario de Beck- depresión como instrumentos, y los datos se procesaron mediante el software estadístico R con técnicas descriptivas y correlacionales. Se determinó que el 54% de los estudiantes presentaban síntomas depresivos, mientras que el 56% mostraba síntomas ansiosos. Además, se encontró un coeficiente de correlación fuertemente positivo ($r=0.899$; $p=0.321$).

3.1.2. Antecedentes Nacionales:

Ccama y Yucra (2017) investigaron sobre la relación de depresión y la DM2 en pacientes de tercera edad que asisten al C.S Nueva Alborada Arequipa, como parte de su proceso de licenciatura en la Universidad San Agustín - Perú. La muestra consistió en 61 adultos mayores atendidos en el C.S Nueva Alborada, con el propósito de determinar la relación entre las variables DM2 La metodología fue cuantitativa, con un diseño correlacional simple y el uso de la encuesta como técnica, y el YESAVAGE que es una escala que mide la depresión en personas geriátricas. Conforme a los resultados presentan: relación significativa Diabetes y la patología depresiva ($r=.768$; $p=.000$).

Casas (2017) llevó a cabo la investigación "Depresión y resiliencia en usuarios con DM2 que han sido atendidos en el Hospital General del Cusco, 2016". Evaluó a 148 pacientes que asisten a controles mensuales al servicio de Endocrinología del Hospital Regional del Cusco en Perú. Utilizó la Escala de Resiliencia de Wagnild / Young y el Inventario de Depresión de Beck. En los resultados obtenidos indican una relación inversa entre las variables "depresión" y "resiliencia", mencionando la importancia de estudiar la resiliencia como un factor clave.

Díaz y Serrato (2017) llevaron a cabo su estudio tocando los constructos de ansiedad y depresión en el sexo femenino infectadas Dx. VIH-Sida, incluidas en una asociación en la ciudad de Chiclayo, privado, julio-noviembre, 2016 en Lambayeque. Estudiaron descriptivamente la ansiedad y depresión en féminas infectadas utilizando el instrumento zung. de ansiedad y para la depresión Beck. Así mismo Los resultados mostraron resultados que son, alta prevalencia de depresión (76.8%) y una baja prevalencia de ansiedad (30.9%), con una relación significativa entre ambas ($r=0.879$; $p=.04$). Concluyeron que es necesario abordar la ansiedad como también depresión en los usuarios Dx. VIH.

Anchante (2017) llevó a cabo su estudio referente a la calidad de vida en los usuarios adultos con diagnosticados DM2 del HSJ Chíncha, entre enero - junio 2017. Participaron 76 pacientes que tenían DM2. Conforme a resultados mostraron que la calidad de vida fue alta (61%), regular (37%) y baja (3%). Aunque no se estudió directamente la depresión, se exploró una variable asociada, la calidad de vida, como antecedente para investigaciones futuras en el mismo establecimiento de salud.

Cuaresma et al. (2019) llevaron a cabo, la investigación en adultos mayores con DM2 donde indagaron sobre la Relación de la funcionalidad familiar con las manifestaciones depresivas, o que estaban en programa de DM2- ente junio - agosto 2018, en Lima, como parte de su título profesional de Lic. En Enfermería en la Universidad Cayetano Heredia. Con respecto al objetivo fue identificar la relación entre las variables en mención: funcionalidad familiar con indicadores depresivos donde se realizó en adultos mayores con DM2, en el HN 2 de mayo, utilizaron el enfoque de estudio cuantitativo, diseño discriptivo-correlacional, su muestra consistió en 196 mayores.

Siendo como resultado, evidenciaron una correlación mediana con las variables de estudio.

3.1.3. Antecedentes Regionales o locales

Díaz (2019) llevó a cabo la investigación que indaga el Estilos de vida que tienen las alumnas de enfermería de la UPSJB, con las variables depresión, ansiedad y estrés en chincha. En este estudio, correlacionó de manera multivariada los estilos de vida con la depresión, y a su vez, con la ansiedad y el estrés. La muestra incluyó a 1,193 alumnas de enfermería de todas las filiales de la universidad a nivel nacional. Donde se analizó los datos mediante el software SPSS, revelando una correlación de todas las variables que conforman el estudio. Llegando a la conclusión que estilos de vida tiene una influencia independiente sobre la depresión, la cual, a su vez, afecta la ansiedad en las estudiantes y también el estrés. Concluye que es imperativo proporcionar entrenamiento en buenos hábitos para fortalecer la forma de vida en los estudiantes, con el fin de protegerlos contra posibles trastornos psicológicos depresivos, ansiosos o estresantes.

3.2. Bases teóricas

3.2.1. La depresión

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2015), la depresión es un trastorno mental correspondiente a la categoría de los desórdenes afectivos del estado del ánimo o del humor.

En este sentido, la depresión afecta a las personas a través de profundos sentimientos de tristeza, los cuales pueden producir incapacidad a distintos niveles de complejidad y determinancia, de hecho, muchas veces dificulta el normal funcionamiento del sujeto en la sociedad puesto que el sujeto deprimido no trabaja ni estudia de la misma manera en comparación que un sujeto con salud mental.

De hecho, la depresión también influye en la tendencia apática y percepción de fatalidad sobre el futuro, es común también que los depresivos tengan problemas para dormir, además de experimentar ideaciones de infravaloración (Casas, 2017).

A. Indicadores depresivos

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2015), los indicadores depresivos no necesariamente son homogéneos en todos los pacientes con depresión, sino que pueden variar en unos u otros, quizás no en extremo, pero si en algunas particularidades específicas limitadas.

- Estado anímico decaído
- Sensación de tristeza
- Sentimientos de culpabilidad e inutilidad
- Sentimientos de desamparo
- Ideas de desesperanza
- Tendencia conductual al pesimismo
- Disminución de la energía vital
- Pérdida de peso
- Dificultad para concentrarse
- Ideación suicida
- Intenciones autodestructivas
- Pérdida de apetito
- Problemas para conciliar el sueño

Asimismo, de acuerdo con Cárdenas (2015), pueden presentarse algunas enfermedades orgánicas producto de la influencia de la depresión tales como: cefalea, diarreas, hipertensión, diabetes e incluso problemas en la piel.

B. Clases de depresión

Se encuentran diferentes tipos o clases de depresión, todas clasificadas en manuales diagnósticos, tales como la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) o el Manual de Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM 5). Menciona a cada clase de depresión, la frecuencia, la gravedad y las características de los síntomas, particularizan cada tipo de depresión (OMS, 2012).

- Depresión severa

Según la Organización Mundial de la Salud (2012), esta clase de depresión se presenta por una mezcla de signos y síntomas que difieren e influyen con la actividad laboral rutinaria, asimismo con las actividades generales, así como: el estudio, el dormir, el comer y la capacidad de disfrute para actividad. Este tipo de depresión no es episódico, sino que es constante, además que el depresivo severo tiende a sentirse incapacitado para vivir, llegando al pensamiento de suicida, e incluso a consumir suicidio.

En efecto, el suicidio en este tipo de depresivos no se da de un día para otro, sin embargo, pasa por una serie de fases y señales de alarma, la familia debe prestar atención y servir como apoyo, para advertir de un latente suicidio.

Además, con la depresión severa, los pacientes tienden a ejercer conductas autodestructivas, tales como refugiarse en el alcohol, en las drogas, en el sexo desenfrenado y promiscuidad, así como la automutilación, ejercicio de conductas autodestructivas radicales.

- La distimia

Para Rodríguez, Zapatero y Martín (2015) este tipo de depresión no resulta tan crítica, clínicamente al menos, puesto que no incluye sintomatología crónica, sino que más bien los síntomas resultan de menor intensidad, aunque estos son a largo plazo, y duran años e incluso décadas, sin necesidad de que esto pueda ser parte de un trastorno afectivo, a los ojos de cualquier persona común.

En este tipo de depresión la sensación de bienestar de la persona se ve afectada notablemente, aunque la capacidad de disfrute se ve inhibida sólo algunas veces, por lo cual a veces pareciera que la persona no padece realmente distimia, sino que da la impresión de que está “cansada” o “preocupada”.

La distimia resulta compleja en su diagnóstico, por lo cual siempre se debe valorar las propiedades de la personalidad del individuo para cruzar información y efectuar un diagnóstico diferencial apreciable.

- El trastorno bipolar

Según lo consigna la Organización Mundial de la Salud (2012) este espectro de alteración también denominado como “enfermedad maniaco-depresiva”, y se caracteriza por modificaciones constantes en el estado del humor. De hecho, el sujeto bipolar pasa de un estado de manía a un estado depresivo profundo, conocido como “bajón”.

Estos cambios en el estado de ánimo suelen ser intempestivos, aunque con manifestaciones de expresiones dramáticas. Por ejemplo, el bipolar puede desprender una gran energía física y anímica en un momento determinado, que lo lleva a pensar en proyectos grandiosos o ideas complejas e innovadoras, mientras que un minuto o dos después, empieza a tener ideas desesperanzadoras y llorar por estímulos que, en la realidad objetiva, no existen.

C. Causas de la depresión

Desde unos años, la investigación académica ha demostrado la existencia de factores y condiciones que favorecen el desarrollo del padecimiento depresivo, no sólo de corte social, sino también de corte económico e incluso espiritual.

Para su mejor comprensión, en el presente trabajo de estudio plantea a clasificar las causas en tres apartados, los cuales vienen a ser: causas personales, causas sociales y causas económicas, siguiendo la propuesta de Jervis y Gonzáles (2015).

- Causas personales

Hace referencia a los aspectos psicológicos e internos del propio sujeto asociados al desarrollo del cuadro depresivo. Estos pueden ser: alteraciones hormonales, padecimiento de trastorno límite de la personalidad o persona altamente sensible.

Asimismo, según Jervis y Gonzáles (2015) el padecimiento de alguna enfermedad grave o para toda la vida, que limite el normal desenvolvimiento del sujeto, puede desencadenar depresión, estas enfermedades pueden ser: VIH, diabetes, TBC, etc.

- Causas sociales

Hace alusión a los aspectos de índole social tales como episodios problemáticos experimentados durante la interrelación con otros individuos, y especialmente con la familia y con amigos. Estos pueden ser: problemas familiares, existencia de dinámica familiar disfuncional, presencia de violencia en la pareja, conflictos con amigos y malentendidos con vecinos u otros.

La familia, la cual debería ser el motor de apoyo del sujeto, como se ha revisado en este punto, más bien se vuelve en un factor de riesgo y que atenta contra la integridad emocional del individuo, de allí a pretender desarrollar condiciones favorables en la sociedad, principalmente en la familia, para el reestablecimiento de la salud mental de un colectivo (Jervis y Gonzáles, 2015).

- Causas económicas

Las causas económicas tienen que ver con el desempleo, las deficiencias remunerativas, la ausencia de un hogar propio, así como

la imposibilidad para acceder a bonos crediticios, préstamos o hipotecas para hacer cumplir sueños y objetivos como parte del proyecto de vida del individuo (Jervis y Gonzáles, 2015).

D. La depresión en la mujer

La literatura disponible refiere que las féminas tienen la mayor posibilidad a desarrollar depresión en algún momento de sus vidas. Ello a raíz de sus características endocrinológicas, así como el exceso de labor, por la propia sociedad machista en la que se vive actualmente, en donde la administración y cuidado de los niños, así como el mantenimiento y aseo del hogar dependen únicamente de ella misma (Ballesteros, Vitriol, Florenzano, Vacarezza, y Calderón, 2017).

Incluso, existe un tipo de depresión posterior al parto que, aunque sea temporal, da cuenta de la naturaleza psíquica con la que las féminas se adecúan a la nueva etapa de maternidad, salir y superar este cuadro, dependerá del grado de apoyo que le brinden tanto su pareja como sus padres.

E. La depresión en el hombre

Aunque es cierto que los varones tienen menores probabilidades de desarrollar depresión durante su vida, según Gálvez (2015) si es que la llegasen a desarrollar, éstas tienden a acumularse, no siendo expresadas en su momento ni tampoco liberadas, por tanto, se juntan y se incrementan, convirtiendo la psiquis del sujeto en una bomba de tiempo emocionales, que puede explotar en cualquier momento con emociones negativas adversas.

La depresión en el hombre tiende a manifestarse con ira y desaliento, además se percibe a grandes rasgos sensaciones de frustración que expresa de forma inadecuada con violencia.

Es importante recalcar en este punto que la depresión en el varón muchas veces es vista como sinónimo de debilidad, lo que da cuenta del sesgo y las creencias irracionales a las que están expuestos los seres humanos de este sexo.

F. Abordaje psicoanalítico de la depresión

De acuerdo con Población (2019), en el proceso de padecer depresión y su tratamiento siempre se puso la atención en las causas, en los porqués de la existencia de síntomas depresivos, mas no en la forma en que se manifestaban éstos desde el lado consciente e inconsciente de la estructura psíquica.

Es así que, a partir del siglo XIX, con la creación del psicoanálisis por parte de Freud, que persigue conocer los mecanismos del enfermar psicológico y de algunos cuadros orgánicos si es que se puede separar lo psíquico y lo orgánico, se persistió de nuevo en centrarse en los porqués del enfermar con la esperanza de que este conocimiento llevara también a la curación.

Esta posición se ha mantenido hasta nuestros días, no solo en la psicoterapia sino también en el tratamiento de los enfermos somáticos. El nacimiento del término “medicina psicosomática” es un exponente de esta equívoca postura, puesto que da por cierto que lo “psíquico” (que se olvida que es también orgánico), es la causa de algunos modos de deprimirse.

Asimismo, como en toda terapia que intenta ser profunda, entendiendo profundidad no en remover recovecos metapsicológicos sino en llegar al fondo de lo que ocurre o que impide el bienestar, se ha de abordar la depresión aplicado mecanismos de auxilio psicológico y contención emocional percibiendo a la depresión, por parte del clínico, como un dolor que no es superficial, sino que viene desde dentro del propio individuo, de hecho, el psicoanálisis afirma que cuando una persona se deprime, está muerta en vida.

Ahora bien, para poder extraer al paciente de ese estado de muerte o depresión, se ha de tomar vital relevancia al grado de poder que ejerce el terapeuta sobre el paciente. Entiéndase como “poder” a la capacidad para realizar algo, es decir que el terapeuta esté capacitado y sea competente a nivel clínico y terapéutico para darle la seguridad y confianza al paciente que saldrá de la depresión que experimenta.

Desde el punto de vista psicosocial existen dos posiciones familiares que pueden favorecer la aparición de actitudes de poder. Una de ellas es la del “hijo único, nieto único, único, único...”, que desde esta posición onfálica se identifica a sí mismo como el centro del mundo, con derecho a todo, hasta que descubre en el transcurso de la vida la inseguridad que surge de esta posición. Cuando hablemos de poder de arriba y de abajo veremos cómo remiten a estas dos posiciones (Población, 2019).

La otra posibilidad nace de una falta de amor y de aprecio hacia el niño, que se siente inseguro e intenta construir y desarrollar una estructura compensatoria de autovaloración, con lo que nos encontramos de nuevo con las dos posiciones extremas (Población, 2019).

Asimismo, el psicoanálisis se fundamenta en conceptualizar la depresión como un conjunto de desequilibrios en la relación amor-poder o de los conflictos en los que predomina el dolor del desamor o la presencia excesiva del poder obedecen, sobre todo, al tratamiento desde el psicodrama sistémico, acentuando a darse cuenta de la influencia del poder como factor patógeno, antes que otros conflictos que puedan parecer dentro de una posición instintiva.

Asimismo, se ha comprobado la eficacia de una terapia para describir la terapia de la finalidad, por su carácter incisivo en los orígenes, es decir en lo que se ha perseguido con las respuestas disfuncionales y que se desea perseguir en realidad con otras respuestas más adecuadas. Los ejemplos sobre la depresión como

patología del poder pueden multiplicarse y aparecen en todos los sistemas humanos.

G. La diabetes

De acuerdo con Llanes (2012), la diabetes es una enfermedad incapacitante y de muerte en todo el mundo, que se da cuando el organismo no produce insulina o no lo utiliza adecuadamente.

Se debe considerar que la glucosa en sangre es la fuente por excelencia de energía, puesto que resulta de la síntesis de los alimentos ingeridos tras la digestión humana.

- Tipos de diabetes

Siguiendo la clasificación de la OMS (2012), la diabetes se divide en:

Diabetes Tipo 1:

En este grupo de diabetes, el organismo no produce o produce poca insulina esto se da por la afección crónica del páncreas a causa de la destrucción a de las células islote del páncreas por parte del sistema inmunológico. Aunque suele diagnosticarse en niños y jóvenes, se han reportado casos en adultos mayores en el siglo XXI (OMS, 2012).

Diabetes Tipo 2:

En el caso de la diabetes mellitus tipo II, es más frecuentes en adultos y se da por la falla en la secreción de insulina por las células beta del páncreas, generalmente se presenta en la edad adulta, con hábitos alimenticios inadecuados y dietas ricas alto en carbohidratos, azúcares sintéticas y grasas saturadas (OMS, 2012).

Diabetes gestacional

Este tipo de diabetes afecta a las féminas durante el periodo de gestación o también denominado periodo prenatal. Sin embargo, desaparece cuando sucede el alumbramiento, estudios refieren que este tipo de diabetes se debe a las alteraciones orgánicas que se dan producto de la formación del nuevo ser por nacer (OMS, 2012).

H. Problemas de salud relacionados a la diabetes

Según Díaz, Vásquez y Fernández (2016), los problemas de salud en torno a la diabetes son variados puesto que esta condición clínica, al ser de por vida, tiende a asociarse con cuadros médicos agudos y a veces, cuando no existe control riguroso, generan complicaciones para los pacientes diabéticos.

Estas enfermedades pueden ser:

- Depresión
- Ansiedad
- Dificultades en la coagulación
- Lesiones nerviosas
- Patologías dentales
- Deficiencia renal
- Reducción de la agudeza visual

I. Alimentación y diabetes

La programación de la alimentación saludable es la estructura principal en el abordaje terapéutico de la diabetes, puesto que, sin la presencia de ella, resulta sumamente complejo lograr un control metabólico eficiente y a beneficio de la estabilidad orgánica del individuo, aunque, si bien es cierto, actualmente ya se han implementado al tratamiento de la diabetes, un conjunto de medicamentos hipoglicemiantes de alta potencia, los cuales, sumados a la actividad física, constituye la estrategia terapéutica más adecuada (Durán et. al., 2012).

Por ende, se recomienda que la dieta destinada a personas con diabetes contemple un rango de 50 a 65% de la ingesta diaria de energía, valores que se asemejan a las indicaciones para la población general. No obstante, es crucial considerar que, junto con el nivel y tipo de carbohidratos (CHO), esto puede influir en la respuesta de la glucosa, contribuyendo a aproximadamente el 40% de la variabilidad en la respuesta glicémica después de consumir los alimentos Durán et al., 2012.

La enorme ingesta de azúcar refinada y el exceso de consumo de carbohidratos se asocia al aumento de masa corporal y el riesgo elevado de diabetes lleva a complicaciones como la retinopatía diabética, pie diabético, alteraciones cardiovasculares, daño renal, Sin embargo, la situación es completamente diferente con respecto al azúcar presente en las frutas. A pesar de contener azúcares naturales, cuando se consumen junto con las verduras y cereales integrales y proteínas, en consejo actual es aumentar su ingesta. Esto se hace para asegurar la eficiencia del sistema inmunológico frente a posibles bacterias, virus o patologías autoinmunes que puedan surgir y agravar el cuadro diabético.

Supuestamente la contradicción de las consecuencias del azúcar contenido en las frutas tiene su origen en la presencia de fibra en la dieta. Estos elementos reducen la rapidez de absorción en el intestino, afectando la respuesta glicémica y disminuyéndola Duran et al. (2012).

3.2.2. La ansiedad

La Organización Mundial Salud (2012), manifiesta que la ansiedad es el conjunto síntomas somáticos, psicológicos y afectivos que perjudica la vida del individuo de forma tal que no le permite vivir fluidamente, puesto que se ve desbordado con excesivas

preocupaciones y tensiones que no le dejan disfrutar todos los momentos y esferas de acción.

En tal sentido, se sabe que la ansiedad es un tipo de trastorno anímico que perjudica la multidimensionalidad humana, debido a que la tensión que se desborda suele terminar por agotar la capacidad de afrontamiento del individuo, el cual experimenta diversos síntomas que le afectan en mediana o gran medida (OMS, 2012).

Asimismo, la ansiedad suele manifestarse en una gama de signos y síntomas que implican el alcance total de la integralidad humana, en este caso, la OMS (2012) indica que cada síntoma ansioso es más complejo que el otro, incluyendo la cronicidad de los mismos.

Los ataques de ansiedad también suelen componer la dinámica ansiosa, sin embargo, se aproximan más al Trastorno de Ansiedad Generalizado el cual es tipificado por OMS (2012) en la Clasificación Internacional de Enfermedades originado por un desencadenante particular procedente de la percepción en torno al mundo que le rodea con respecto al individuo.

A. Dimensiones de la ansiedad

Según la Organización Mundial de la Salud (2012), las dimensiones de la ansiedad tienen que ver con sus síntomas, los cuales pueden dividirse en síntomas somáticos y síntomas afectivos, de modo que pueda diferenciarse claramente uno de otro.

La dimensión de los síntomas somáticos tiene que ver con el conjunto de indicadores patológicos que se presentan a nivel corporal u orgánico en torno a la evolución del proceso ansioso y que necesariamente afectan el soma o cuerpo, estos síntomas pueden manifestarse en distintos sistemas corporales.

Con respecto a la dimensión afectiva, esta es puramente psíquica, puesto que el proceso ansioso en este caso se manifiesta mediante desórdenes a nivel emocional y sentimental básicamente originados a partir de contenidos cognitivos que desbordan la capacidad de control afectivo del individuo.

Así pues, los síntomas de la ansiedad en torno a las dimensiones descritas pueden ser (OMS, 2012):

- Tensión excesiva
- Preocupación sin un estímulo en concreto
- Dificultades para dormir
- Alteraciones en la atención y concentración
- Irritabilidad
- Sentimientos de desgano
- Falta de energía
- Temblores en el cuerpo
- Sensación de presión absoluta permanente y continuada
- Operatividad conductual apresurada permanente

Asimismo, se pueden destacar síntomas somáticos que tienen que ver con alteraciones cardiacas, cefalea, náuseas, diarreas, resequedad, sudoración excesiva, sensación de desmayo e incluso aparición de heridas que no son explicadas por causa orgánica (OMS, 2012).

B. Etiología de la ansiedad

Según la Organización Mundial de la Salud (2012) las causas que dan pie a la aparición de la ansiedad son variados, yendo desde implicancias sociales, económicas y en base a su bienestar propio y forma de vida, por ello a continuación se hará una lista de posibles desencadenantes de la ansiedad:

- Presión laboral excesiva

- Presión económica en torno a pagos, deudas o a ganancias determinadas por lograr.
- Conflictos en el círculo familiar
- Conflictos con la pareja
- Atravesamiento del proceso de duelo
- Preocupaciones judiciales
- Preocupación sobre la situación de algún familiar en el marco del pensamiento protector.
- Preocupación excesiva por la necesidad de aprender algo nuevo y no poder lograrlo en el tiempo o de la forma esperada.
- Aparición de una enfermedad no esperada.

- Expectativa en torno a algún resultado definitivo que tenga carácter influyente en la vida del ser humano.
- Mudanza de hogar o cambio de trabajo.
- Desempleo laboral.
- Cumplimiento de tareas, horarios y entregas que desbordan la capacidad del individuo.

3.3. Marco conceptual

- Adultez.

Periodo del desarrollo humano en el que el individuo se encuentra desarrollado a plenitud, normalmente comprende entre los 22 y 40 años de vida (OMS, 2012).

- Alteración.

Desorden psicológico que no corresponde a la normalidad (OMS, 2012).

- Ansiedad.

Desorden afectivo referencia a la preocupación o tensión excesiva (OMS, 2012).

- Cuadro clínico.

Este concepto hace mención al conjunto de signos y síntomas que componen una entidad clínica (OMS, 2012).

- Depresión.

Desorden afectivo referente al estado anímico (OMS, 2012).

- Diabetes.

Enfermedad que refiere la elevación o cantidad excesivo de azúcar en sangre (OMS, 2012).

- Enfermería.

Disciplina científica especializada en el cuidado y seguimiento del paciente médico (OMS, 2012).

- Glucosa.

Monosacárido que ingresa en el organismo por medio de la metabolización durante la ingesta de alimentos (OMS, 2012).

- Hipersudoración.

Sudoración excesiva que puede ser debida a una alteración psíquica u hormonal (OMS, 2012).

- Hombre.

Dícese del género masculino en humanos (OMS, 2012).

- Hospital.

Establecimiento o nosocomio dedicado a la atención ambulatoria e internista en salud (OMS, 2012).

- Metabolismo.

Conjunto de modificaciones químicas continuas producidas a partir de la interacción celular (OMS, 2012).

- Mujer.

Dícese del género femenino en humanas (OMS, 2012).

Neurológico. Referente a la dinámica encefálica interna del ser humano como parte del sistema nerviosos central (OMS, 2012).

- Patología.

Trastorno psicológico que no corresponde a la normalidad psicológica (OMS, 2012).

- Síntoma.

Indicador de alguna condición patológica (OMS, 2012).

- Somático.

Síntoma de la ansiedad consistente en la fisiología sintomatológica (OMS, 2012).

- Suicidio.

Acto de destrucción propiciado por el propio individuo con la finalidad de dejar de existir (OMS, 2012).

- Trastorno de ansiedad generalizado.

Alteración psicológica compuesta por un conjunto de síntomas basados en la tensión o preocupación (OMS, 2012).

- Trastorno.

Hace referencia a un desorden o alteración en alguna dimensión que compone la psiquis humana (OMS, 2012).

IV. METODOLOGÍA

4.1. Tipo y nivel de investigación

Según Hernández, Fernández y Baptista (2014) el tipo de investigación de un estudio puede ser aplicada porque se aplican los conocimientos existentes para resolver problemas o fenómenos que interesa al investigador. Por lo tanto, el tipo de investigación correspondió a Aplicada porque se aplicaron conocimientos e instrumentos existentes para resolver la pregunta de investigación.

En relación al nivel de la investigación, Hernández, Fernández y Baptista (2014) argumentan que la investigación correlacional se compone de dos o más variables las cuales influyen en alguna medida entre sí, dándose correspondencias de asociación o relación estadística entre la naturaleza y existencia de las mismas, por ello el nivel del presente estudio fue Correlacional porque se correlacionaron la depresión con la ansiedad.

4.2. Diseño de investigación

El diseño de la investigación, según a lo manifestado por Hernández, Fernández y Baptista (2014) es el enfoque técnico que el investigador adopta con respecto a su investigación para la ejecución de sus propósitos, fines y objetivos de estudio.

En tal sentido, Hernández, Fernández y Baptista (2014) explican que la investigación es de diseño no experimental cuando se caracteriza por que no se manipularon ni se alteraron las variables que es materia de estudio.

Así pues, el diseño de investigación se ajustó al estudio realizado en razón a que no se procedió a manipular las variables, únicamente se observó el comportamiento de las variables depresión y ansiedad en su contexto natural.

De mismo modo Hernández, Fernández y Baptista (2014) indican que el diseño transversal de la investigación tiene que ver con

la observación por única ocasión de la variable de estudio, por ello, el estudio fue de corte transversal, puesto que se tomaron los datos y se cuantificaron las variables depresión y ansiedad en un único momento a la población de estudio.

4.3. Hipótesis general y específica

Hipótesis general

H1: Existe relación positiva y significativa entre la depresión y la ansiedad en adultos diagnosticados con diabetes mellitus tipo II en el Hospital San José de Chincha en el año 2023.

Hipótesis específicas

- Existe relación positiva y significativa entre la depresión y los síntomas afectivos en adultos Dx. Con DM2.
- Existe relación positiva y significativa entre la depresión y los síntomas somáticos en adultos Dx. Con DM2.
- Existe relación positiva y significativa entre el estado afectivo persistente y la ansiedad en adultos Dx con DM2.
- Existe relación positiva y significativa entre los trastornos fisiológicos y la ansiedad en adultos Dx. Con DM2.
- Existe relación positiva y significativa entre los trastornos psicológicos y la ansiedad en adultos Dx. Con DM2.

4.4. Identificación de las variables

Variable 1 : Depresión

Definición de Depresión

Anomalía afectiva configurada como una alteración mental caracterizado por la experimentación de tristeza profunda y decaimiento general (Zung, 1965).

- Dimensión 01: Estado afectivo persistente
- Dimensión 02: Trastornos fisiológicos
- Dimensión 03: Trastornos psicológicos

Variable 2 : Ansiedad

Definición de Ansiedad

No corresponde a una emoción primaria o simple sino está relacionada al miedo, la vergüenza, culpa y asco que en un alto grado genera síntomas patológicos como corporales, conductuales y cognitivos afectivos (Zung, 1965)

- Dimensión 01: Síntomas afectivos
- Dimensión 02: Síntomas somático

Variables sociodemográficas

Tabla 1
Datos sociodemográficos principales de los participantes del estudio

Descripción de las variables	Valores de las variables
Edad	Rango de edades de 20 a 83
Sexo	1 = Masculino 2= Femenino

Nota: Datos obtenidos del Instrumento psicométrico.

4.5. Matriz de Operacionalización de variables

Tabla 2
Operacionalización de Depresión con sus dimensiones e indicadores

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Nº de ítems	Escala de valores	Niveles y rangos	Tipo de variable estadística
Depresión	¿Cómo se mide?	Estado afectivo persistente	Tristeza	1,3	1	No hay depresión (Menos de 50 puntos)	Variable ordinal
			Llanto		2 (Casi nunca)		
	Trastornos fisiológicos	Insomnio Energía vital Apetito Adelgazamiento Estreñimiento Apetito sexual Cansancio excesivo Palpitaciones anormales	2,4,5,7,6,8 9,10	3 (A veces)	Depresión leve (De 51 a 59)		
Trastornos psicológicos	Agitación psicomotriz Retardo psicomotor Confusión Sensación de vacío Desesperanza Indecisión Irritabilidad Disgusto Desvaloración personal Ideas suicidas	13,12,11 18,14,16 15,20,17, 19	4 (Siempre)	Depresión moderada (De 60 a 69) Depresión intensa (De 70 a más)			
Consiste en medir en base a dimensiones e indicadores un conjunto de estados de ánimos de las personas mediante una escala de Likert (Zung, 1965)							

Tabla 3
Operacionalización de Ansiedad con sus dimensiones e indicadores

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Nº de ítems	Escala de valores	Niveles y rangos	Tipo de variable estadística
Ansiedad	Escala de ansiedad que consta de 20 ítems que describe o relata a cada uno de las conductas ansiosas, con cuatro alternativas para marcar (Zung, 1971)	Síntomas afectivos	Desintegración mental Aprehensión Miedo Ansiedad	1,2,5,9,20	1 (Nunca) 2 (Casi nunca) 3 (A veces) 4 (Siempre)	No hay ansiedad (Menos de 50) Ansiedad leve (51 a 59) Ansiedad moderada (60 a 69) Ansiedad intensa (70 a más)	Variable ordinal
		Síntomas somáticos	Temblores Dolores y molestias corporales Tendencia a la fatiga y debilidad Intranquilidad Palpitaciones, desmayos Transpiración Parestesias Náuseas y vómitos Frecuencia urinaria Bochornos Insomnio, Pesadillas	3,4,6,7 8,10,11, 12,13,14, 15,16,17, 18,19			

Nota: Recuperado de Escalas de autoevaluación de depresión y ansiedad de Zung

4.6. Población y muestra

Supo (2014) define como el conjunto de unidades de análisis a la población de estudio, que el investigador tiene la intención de examinar. En concordancia con este concepto, en el presente desarrollo del estudio se tiene como la población 100 usuarios,

Está compuesta por 100 pacientes previamente diagnosticados con DM2 que reciben atención médica en el HSJ de Chincha:

$$N = 100$$

Supo (2014) señala que la muestra es un subconjunto que consiste en una porción más reducida en relación con la medida total de un grupo global (población), y fundamental representan adecuadamente de dicha muestra población.

En tal sentido, manifiesta para el cálculo del respectiva medida muestral se debe efectuar el muestreo probabilístico aleatorio, que va a significar asignar un margen el cual consiste en asignar un margen de error-fiabilidad por lo tanto para sacar el cálculo muestral se consideró y se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{e^2 * (N - 1) + (Z^2 * p * q)}$$

En donde:

n = Muestra

Z = Nivel de confiabilidad

p = Población con la característica deseada

q = Población sin la característica deseada

e = Error máximo tolerado

N = Población

Considerando un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95%, el cálculo para determinar el tamaño de la muestra arrojaría un resultado de 80. Por lo tanto, se requeriría evaluar a 80 pacientes diabéticos mediante los instrumentos de evaluación:

$$n = 80$$

Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- A. Adultos diagnosticados con DM2.
- B. Firma de consentimiento informado para autorización
- C. Pacientes registrados en la agenda de control de la diabetes del HSJ de Chincha.

Criterios de exclusión:

- A. Usuarios que manifiesten su negación a firmar el consentimiento informado para acceder a la investigación.
- B. Pacientes que acudan al HSJ y hayan sido Dx. con DM2 pero desaparezcan después de su diagnóstico no asistiendo a sus controles clínicos.
- C. Pacientes menores de edad

Criterio de selección de los 80 participantes:

- Según como llegaron a su tratamiento médico, fueron consultados y mediante su autorización se procedió a la aplicación de los instrumentos psicométricos.
- Se utilizó este procedimiento hasta completar el número de 80. No se tuvo preferencias, todos tuvieron la misma posibilidad de participar.

4.7. Técnicas e instrumentos de recolección de información

Según Supo (2014), para realizar esta técnica de recolección de información se refieren al conjunto de procedimientos utilizados por el investigador para o los datos necesarios de la muestra.

En esta investigación, la técnica de recolección de datos seleccionada es el "instrumento", definido como un documento que consta de preguntas diseñadas para evaluar las variables de interés del investigador (Supo, 2014).

Para ejecutar esta técnica para el recojo de información, se utilizarán dos instrumentos distintos, uno para cada variable. Estos instrumentos son el cuestionario de Ansiedad de Zung y en cuestionario de Depresión de Zung.

De este modo presentamos las fichas técnicas de cada instrumento:

Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung

Nombre : Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung

Autor : William Zung

Aplicación : Individual o colectiva

Ámbito de aplicación: Clínica e investigación

Duración : no tiene límites de tiempo

Objetivo : Valoración de los síntomas ansiosos

Dimensiones : Síntomas afectivos/Síntomas somáticos

Adaptación peruana: Novara, Sotillo y Warthon (1985)

La Escala de Autoevaluación de la Ansiedad de Zung, conocida comúnmente como el Test de Síntomas Ansiosos, se apoya en ciertos criterios clínicos nosológicos para evaluar la sintomatología de la ansiedad en comportamientos individuales. Este cuestionario consta de 20 ítems formulados como relatos, el paciente debe describir su experiencia con alteraciones afectivas emocionales ansiosas.

La modalidad de intervención se realiza con un informe temporal de tipo Likert, en la cual el paciente debe seleccionar una de las siguientes

alternativas opcionales: "Nunca o Casi Nunca", "A veces", "Con bastante frecuencia" y "Siempre o Casi Siempre".

La confiabilidad y validez de este cuestionario fueron examinadas por Zung (1971), que llevó a cabo a un estudio de validación en 1,102 pacientes entre 16 y 40 años. Los resultados obtenidos indicaron una fiabilidad de .874 y una validez de .745.

Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung

Nombre : Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung

Autor : William Zung

Aplicación : Individual o colectiva

Ámbito de aplicación: Clínica e investigación

Duración : no tiene límites de tiempo

Objetivo : Valoración de los síntomas depresivos

Dimensiones : Estado afectivo persistente/Trastornos fisiológicos/Trastornos psicológicos

Adaptación peruana: Novara, Sotillo y Warthon (1985)

La Escala de Autoevaluación de la Depresión de Zung, conocida comúnmente como el Test de Síntomas Depresivos, se apoya en criterios clínicos nosológicos para evaluar la sintomatología de la depresión en comportamientos individuales. Explicando que tiene 20 reactivos, el cual está elaborado en forma de relatos, donde el paciente va describir sus experiencias con relación a los trastornos del test que son afectivos - emocionales depresivos que corresponden a individuos depresivos

El método o manera de responder se lleva a cabo mediante un informe temporal tipo Likert, donde el usuario debe seleccionar entre las siguientes alternativas opcionales: "Nunca o Casi Nunca", "A veces", "Con bastante frecuencia" y "Siempre o Casi Siempre".

En este caso su confiabilidad y también la validez fueron evaluadas por su autor Zung (1965), también realizó los análisis del test para la validación, participaron 1,102 individuos entre las edad 16 y 40 años. Los resultados obtenidos indicaron una fiabilidad del .786 y una validez de .854.

4.8. Técnicas de análisis y procesamiento de datos

Se emplearon dos formas de procedimientos estadístico, por un lado, se utilizó la estadística descriptiva empleando medidas de tendencia central tales como el porcentaje y el conteo de frecuencias absolutas, posteriormente se analizaron los datos en torno a la normalidad de los datos, para poder tomar la decisión no paramétrica de aplicar la prueba de correlación de Spearman para hallar la relación entre las variables que han sido materia de investigación.

Todo este procedimiento se llevó a cabo en el programa SPSS versión 24, aplicable para Windows 10., mediante una base de datos estructurada de acuerdo al criterio de valores del manual del instrumento.

Tabla 4
Valores para las correlaciones de Rho de Spearman

Nivel de medición de las variables ordinales en una correlación

Interpretación: el coeficiente Rho de Spearman puede variar de -1.00 a $+1.00$, donde:

-1.00	= Correlación negativa perfecta. ("A mayor X, menor Y" o también "A menor X, mayor Y")
-0.90	= Correlación negativa muy fuerte.
-0.75	= Correlación negativa considerable
-0.50	= Correlación negativa media
-0.25	= Correlación negativa débil
-0.10	= Correlación negativa muy débil
$0,00$	= No existe correlación alguna entre las variables
$0,10$	= Correlación positiva muy débil
$0,25$	= Correlación positiva débil
$0,50$	= Correlación positiva media.
$0,75$	= Correlación positiva considerable.
$0,90$	= Correlación positiva muy fuerte
$1,00$	= Correlación positiva perfecta ("A mayor X, mayor Y" o "A menor X, menor Y")

Nota: Tomado de Hernández, Fernández y Baptista (2014)

V. RESULTADOS

5.1. Presentación de resultados

5.1.1. Descriptivos de los participantes del estudio

Tabla 5
Estadísticos descriptivos de los participantes del estudio

Variables sociodemográficas	N	%	M	DE
Sexo				
Masculino	38	47.5		
Femenino	42	52.5		
Edad (general)			57.25	13.73
Masculino			58.37	13.54
Femenino			56.08	14.00

Nota: Valores obtenidos de la base de datos sociodemográficas y calculadas en el SPSS.

Interpretación de la Tabla 5

En la Tabla 5 se observa la distribución de frecuencias y porcentajes con respecto al sexo de participantes de la investigación, en donde se ha registrado que el 47.5% son de sexo masculino (n=38), mientras que el 52.5% son de sexo femenino (n=42).

5.1.2. Niveles de Depresión en usuarios con DM 2 del HSJ de Chincha

Tabla 6
Niveles de Depresión con sus respectivas dimensiones

Dimensiones	Niveles de Depresión							
	No hay depresión		Depresión leve		Depresión moderada		Depresión intensa	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Estado afectivo persistente	31	39	31	39	10	13	8	10
Trastornos fisiológicos	26	33	27	34	24	30	3	4
Trastorno psicológicos	38	48	20	25	18	23	4	5
Global de Depresión	33	41	32	40	13	16	2	3

Nota: Frecuencias obtenidas de la base de datos y procesados en Excel en función al Manual del Instrumento de Depresión

Tabla 7
Distribución de las frecuencias por ítems de la dimensión Estado afectivo persistente

Dimensión Estado afectivo persistente	Nunca o casi nunca		A veces		Con Bastante frecuencia		Siempre o casi siempre	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Indicadores								
Tristeza	18	22.5	50	62.5	8	10	4	5
Llanto	25	31.25	40	51,25	11	13,75	3	3,75

Nota: Frecuencias obtenidas de la base de datos y procesados en Excel en función al Manual del Instrumento de Depresión.

Tabla 8
Distribución de las frecuencias por ítems de la dimensión trastornos fisiológicos

Dimensión de trastornos fisiológicos	Nunca o casi nunca		A veces		Con Bastante frecuencia		Siempre o casi siempre	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Indicadores								
Energía vital	27	33,75	14	17,5	29	36,25	10	12,5
Insomnio	25	31,25	27	33,15	10	12,5	18	22,5
Apetito	27	33.75	12	15	29	36,25	12	15
Apetito sexual	30	37,5	11	13,75	21	26,25	18	22,5
Adelgazamiento	16	20	19	23,75	38	47,5	7	8,75
Estreñimiento	30	37,5	38	47.5	10	12,5	2	2.5
Palpitaciones anormales	38	47,5	36	45	6	7.5	0	0
Cansancio excesivo	27	33,75	35	43,75	12	15	6	7,5

Nota: Frecuencias obtenidas de la base de datos y procesados en Excel en función al Manual del Instrumento de depresión.

Tabla 9
Distribución de las frecuencias por ítems de la dimensión trastornos psicológicos

Dimensión trastornos psicológicos	Nunca o casi nunca		A veces		Con Bastante frecuencia		Siempre o casi siempre	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Indicadores								
Confusión	29	36,25	14	17,5	33	41,25	4	5
Retardo psicomotor	20	25	13	16,25	37	46,25	10	12,5
Agitación psicomotora	29	36,5	34	42,5	12	15	5	6,25
Desesperanza	46	57,5	15	18,75	15	18,75	4	5
Irritabilidad	16	20	34	42,5	23	28,75	7	8,75
Indecisión	33	41,25	11	13,75	30	37,5	6	7,5
Desvaloración personal	44	55	15	18,75	15	18,75	6	7,5
Sensación de vicio	38	47,5	7	8,75	29	36,25	6	7,5
Ideas suicidas	61	76,25	15	18,75	1	1,25	3	3,75
Disgusto	30	37,5	5	6,25	34	42,5	11	13,75

Nota: Frecuencias obtenidas de la base de datos y procesados en Excel en función al Manual del Instrumento de Depresión.

5.1.3. Niveles de Ansiedad en usuarios con DM2 del HSJ Chincha

Tabla 10
Niveles de Ansiedad con sus respectivas dimensiones

Dimensiones	Niveles de Ansiedad							
	No hay ansiedad		Ansiedad moderada		Ansiedad severa		Ansiedad en grado máximo	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Síntomas afectivos	26	33	34	43	19	24	1	1
Síntomas somáticos	24	30	49	61	7	9	0	0
Global de Ansiedad	29	36	47	59	4	5	0	0

Nota: Valores estadísticos obtenidos de la base de datos del estudio y procesados en SPSS V26.

Tabla 11
Distribución de las frecuencias por ítems de la dimensión síntomas afectivos de ansiedad

Dimensión Síntomas afectivos de ansiedad	Nunca o casi nunca		A veces		Con Bastante frecuencia		Siempre o casi siempre	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Indicadores								
Ansiedad	26	32,5	40	50	9	11,25	5	6,25
Miedo	36	45	31	38,75	6	7,5	7	8,75
Desintegración mental	25	31,25	13	16,25	31	38,75	11	13,75
Aprehensión	28	35	10	12,5	31	38,75	11	13,75
Miedo	61	76,25	14	17,5	3	3,75	2	2,5

Nota: Frecuencias obtenidas de la base de datos y procesados en Excel en función al Manual del Instrumento de Ansiedad.

Tabla 12
Distribución de las frecuencias por ítems de la dimensión síntomas somáticos de ansiedad

Dimensión Síntomas somática de ansiedad	Nunca o casi nunca		A veces		Con Bastante frecuencia		Siempre o casi siempre	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Indicadores								
Pesadillas	41	51,25	17	21,25	10	12,5	12	15
Dolores y molestias corporales	50	62,5	25	31,25	3	3,75	2	2,5
Temblores	39	48,75	28	35	11	13,75	2	2,5
Intranquilidad	23	28,75	37	46,25	17	21,25	3	3,75
Tendencia a la fatiga y debilidad	12	15	46	57,5	16	20	6	7,5
Palpitaciones	34	42,5	41	51,25	3	3,75	2	2,5

Mareos	47	58,75	28	35	2	2,5	3	3,75
Desmayos	61	76,25	16	20	2	2,5	1	1,25
Transpiración	41	51,25	17	21,25	10	12,5	12	15
Parestesias	34	42,5	30	37,5	14	17,5	2	2,5
Náuseas y vómitos	24	30	41	51,25	13	16,25	2	2,5
Frecuencia urinaria	4	5	26	32,5	40	50	10	12,5
Transpiración	10	12,5	7	8,75	21	26,25	42	52,5
Bochornos	42	52,5	26	32,5	8	10	4	5
Tendencia a la fatiga y debilidad	38	47,5	10	12,5	25	31,25	7	8,75

Nota: Frecuencias obtenidas de la base de datos y procesados en Excel en función al Manual del Instrumento de Ansiedad.

5.2. Interpretación de los resultados

Interpretación de la Tabla 6

Se determinó que el 39% (31) presentaron niveles de depresión leve en la dimensión Estado afectivo persistente. Porque el 62.5% (50) tuvieron frecuencias de que a veces sintieron tristeza y el 51.25% (40) también a veces presentaron llanto.

También se determinó que el 34% (27) tuvieron niveles de depresión leve en la dimensión trastornos fisiológicos. Porque se evidenció que el 36.25% (29) tuvieron con bastante frecuencia la energía vital. También el 33.15% (27) presentaron que a veces tuvieron insomnio. Por otro lado, no descuidaron el apetito alimenticio porque presentaron con bastante frecuencia con 36.25% (29) tener apetito. Por la misma condición de los participantes indicaron que nunca o casi nunca con el 37.5% (30) no tener apetito sexual. Sobre el adelgazamiento se encontró que el 47.5% (38) lo hacen con bastante frecuencia. Sobre el estreñimiento con el 47.5% (38) solo les ocurrió a veces. Así mismo, las palpitaciones anormales se presentaron en un 47.5% (38) con

frecuencia de nunca o casi nunca. Finalmente se obtuvo que el 43.75% (35) a veces manifestaron tener cansancio excesivo.

Por otro lado, se determinó que en la dimensión trastornos psicológicos presentaron niveles de depresión moderada en un 23% (18) y Depresión intensa con 5% (4). Porque el 41.25% (33) indicaron tener con bastante frecuencia confusión. El 46.25% (37) tuvieron retardo psicomotor con bastante frecuencia. Sobre indecisión se tuvo con bastante frecuencia al 37.5% (30). En relación a la sensación de vacío se obtuvo que el 36.25% (29) lo sintieron con bastante frecuencia y finalmente el 42.5% (34) presentaron disgusto con bastante frecuencia.

Interpretación de la Tabla 10

En la Tabla 10 se obtuvo que, en los Síntomas afectivos, el 43% (34) obtuvieron el nivel de ansiedad moderada. Se justifica en que los participantes respondieron a que sólo a veces con 50% (40) se sienten nerviosos y ansiosos más de lo normal. Además, manifestaron que nunca o casi nunca con 45% (36) se sintieron con temor sin tener alguna razón y finalmente manifestaron que nunca o casi nunca con 76% (61) tener pesadillas. En los Síntomas somáticos el 61% (49) obtuvieron el nivel de ansiedad moderada. Este nivel se explica porque los participantes respondieron que Nunca o casi nunca con 63% (50) tener sensaciones de reventar o partirse en pedazos. También manifestaron que a veces con 58% (46) se sienten débiles y cansados. Además, Nunca o casi nunca con 76% (61) manifestaron no sufrir de desmayos o presentimiento de desmayo.

VI. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

6.1. Análisis inferencial

a) Prueba de normalidad

Tabla 13

Análisis estadístico de Prueba de normalidad de Ansiedad y Depresión

	Kolmogorov-Smirnov ^a		
	Estadístico	gl	Sig.(p)
Dimensión Síntomas Afectivos	0,218	80	0,000
Dimensión Síntomas somáticos	0,341	80	0,000
Ansiedad	0,348	80	0,000
Dimensión Estado afectivo persistente	0,249	80	0,000
Dimensión Trastornos fisiológicos	0,207	80	0,000
Dimensión Trastorno psicológico	0,291	80	0,000
Depresión	0,253	80	0,000

a. Corrección de significación de criterios.

Nota:

- Criterios de la prueba de normalidad
H0 = Existe distribución normal entre ansiedad y depresión
H1 = No existe distribución normal entre ansiedad y depresión
Nivel de significancia: 5% (0.05)
Si $p \geq 0.05$ entonces se acepta H0
Si $p < 0.05$ entonces se rechaza H0

- Toma de decisión
 $p = 0.000 < 0.05$ entonces se rechaza H0 y se acepta H1
Esto quiere decir que al aceptarse H1 entonces No existe distribución normal entre depresión y ansiedad

- Conclusión:

Al determinarse que No existe distribución normal entonces corresponde utilizar para la prueba de hipótesis el estadístico No paramétrico Rho de Spearman.

b) Prueba de hipótesis

- Prueba de hipótesis general

H1: Existe relación positiva y significativa entre la depresión y la ansiedad en adultos diagnosticados con DM2 en el HSJ de chincha.

H0: No existe relación positiva y significativa entre la depresión y la ansiedad en adultos diagnosticados DM2 en el HSJ de chincha.

- Criterios de la prueba de hipótesis general y específicos

El margen de error fue $\alpha = 5\% = 0.05$

Si la Sig. o p (valor) $< \alpha$ entonces se acepta H1

Si la Sig. o p (valor) $> \alpha$ entonces se acepta H0

- Presentación de la prueba de hipótesis del estudio

Tabla 14

Prueba de hipótesis de Depresión y Ansiedad con sus dimensiones

		Depresión y sus dimensiones				
			Dimensión Estado afectivo persistente	Dimensión Trastornos fisiológicos	Dimensión Trastorno psicológico	Depresión
Ansiedad y sus dimensiones	Dimensión Síntomas Afectivos	Rho Spearman	0,304**	0,213	0,451**	0,438**
		Sig. (bilateral)	0,006	0,058	0,000	0,000
	Dimensión Síntomas somáticos	Rho Spearman	0,269*	0,382**	0,348**	0,444**
		Sig. (bilateral)	0,016	0,000	0,002	0,00
	Ansiedad	Rho Spearman	0,344**	0,340**	0,459**	0,545**
		Sig. (bilateral)	0,002	0,002	0,000	0,000

Nota: Prueba no paramétrico Rho de Spearman realizada a partir de la base de datos del estudio y procesada en el Software estadístico IBM SPSS Statistics V26.

- Interpretación de la Prueba de hipótesis de Depresión y Ansiedad
La Tabla 14 determinó la relación entre depresión y ansiedad en adultos diagnosticados con DM2, donde se demostró que:
 - o Con una probabilidad de un margen de error del $\alpha = 5\% = 0.05$ y una Sig. $p = 0.000 < \alpha$ entonces se acepta H1 y se rechaza H0
 - o La correlación entre Depresión y Ansiedad fue de Rho Spearman = 0,545 lo que equivale a una Correlación positiva considerable (según Tabla 4)
 - o Se explica que la correlación fue considerable positiva debido a que se encontró correlaciones significativas entre las dimensiones de Trastorno psicológico de Depresión con la dimensión Síntomas Afectivos de Ansiedad. Los participantes demostraron una adecuada gestión del manejo de las ideas suicidas y del miedo.
 - o Por lo tanto, al incrementar la Depresión, también aumenta la Ansiedad en los usuarios con DM2 HSJ Chincha.

c) Prueba de hipótesis específicas

1. Depresión y los síntomas afectivos

- Primera prueba de hipótesis específica:
 - H1: Existe relación positiva y significativa entre la depresión y los síntomas afectivos en adultos diagnosticados con DM2 en el HSJ de chincha.
 - H0: No existe relación positiva y significativa entre la depresión y los síntomas afectivos en adultos diagnosticados DM2.

- Interpretación de la Prueba de hipótesis específica:

La Tabla 14 se determinó la relación entre Depresión y la dimensión Síntomas afectivos de ansiedad donde la significancia fue p (valor) = $0.000 < \alpha$ (0.05), por lo tanto, se acepta H_1 y se rechaza H_0 en la primera prueba de hipótesis específica. La correlación en la prueba fue $Rho = 0.438$ que significa una correlación positiva media. Se explica el resultado porque no se pudo demostrar una correlación entre la dimensión trastornos fisiológicos de depresión con la dimensión síntomas afectivos de la ansiedad (Sig. = 0.058). Sin embargo, si se demostró correlaciones positivas medias entre estado afectivo persistente de depresión con la dimensión síntomas afectivos de ansiedad (Sig. = 0.006, $Rho = 0.304$) y trastornos psicológicos de depresión con la dimensión síntomas afectivos de ansiedad (Sig. = 0.000, $Rho = 0.451$). Entonces a medida que se eleva la depresión también eleva la dimensión síntomas afectivos de ansiedad sólo en nivel de coeficiente Rho de positiva media.

2. Depresión y los síntomas somáticos

- Segunda prueba de hipótesis específica:

H_1 : Existe relación positiva y significativa entre la depresión y los síntomas somáticos en adultos diagnosticados con DM2 en el HSJ de chincha.

H_0 : No existe relación positiva y significativa entre la depresión y los síntomas somáticos en adultos diagnosticados con DM2.

- Interpretación de la segunda Prueba de hipótesis específica:

La Tabla 14 se definió la relación entre Depresión y la dimensión Síntomas somáticos de ansiedad donde la significancia fue p (valor) = $0.000 < \alpha$ (0.05), por lo tanto, se acepta H_1 y se rechaza H_0 en la segunda prueba de hipótesis específica. La correlación en la prueba fue $Rho = 0.444$ porque entre las dimensiones de depresión con los síntomas somáticos de ansiedad se encontraron correlaciones positivas medias lo que significa que

a medida que se incrementa la depresión también incrementa la dimensión síntomas somáticos de ansiedad, sólo en nivel de coeficiente Rho de positiva media.

3. Dimensión Estado afectivo persistente y la ansiedad

H1: Existe relación positiva y significativa entre el estado afectivo persistente y la ansiedad en adultos con Dx de DM2 en el HSJ de chincha.

H0: No existe relación positiva y significativa entre el estado afectivo persistente y la ansiedad en adultos con Dx de DM2.

- Interpretación de la tercera Prueba de hipótesis específica:

La Tabla 14 determinó la relación entre la dimensión Estado afectivo persistente de depresión con Ansiedad donde la significancia fue p (valor) = $0.002 < \alpha$ (0.05), por lo tanto, se acepta H1 y se rechaza H0 en la tercera prueba de hipótesis específica. La correlación en la prueba fue $Rho = 0.344$ porque entre las dimensiones de ansiedad con la dimensión Estado afectivo persistente de depresión se encontraron correlaciones positivas medias lo que significa que a medida que aumenta la dimensión estado afectivo persistente de depresión también aumenta la ansiedad, sólo en nivel de coeficiente Rho de positiva media.

4. Dimensión Trastornos fisiológicos y la ansiedad

Hi: Existe relación positiva y significativa entre los trastornos fisiológicos y la ansiedad en adultos diagnosticados con DM2.

H0: No existe relación positiva y significativa entre los trastornos fisiológicos y la ansiedad en adultos diagnosticados con DM2.

- Interpretación de la cuarta Prueba de hipótesis específica:

La Tabla 14 se determinó la relación entre la dimensión Trastornos fisiológicos de depresión con Ansiedad donde la significancia fue p (valor) = $0.002 < \alpha$ (0.05), por lo tanto, se acepta H_1 y se rechaza H_0 en la cuarta prueba de hipótesis específica. La correlación en la prueba fue $Rho = 0.340$ porque entre las dimensiones de ansiedad con la dimensión Trastornos fisiológicos de depresión se encontraron correlaciones positivas medias lo que significa que a medida que se incrementa la dimensión Trastornos fisiológicos de depresión también incrementa la ansiedad, sólo en nivel de coeficiente Rho de positiva media.

5. Dimensión Trastornos psicológicos y la ansiedad

Hi: Existe relación positiva y significativa entre los trastornos psicológicos y la ansiedad en adultos diagnosticados con DM2.

H0: No existe relación positiva y significativa entre los trastornos psicológicos y la ansiedad en adultos diagnosticados DM2.

- Interpretación de la quinta Prueba de hipótesis específica:

La Tabla 14 determinó la relación entre la dimensión Trastornos psicológicos de depresión con Ansiedad donde la significancia fue p (valor) = $0.000 < \alpha$ (0.05), por lo tanto, se acepta H_1 y se rechaza H_0 en la quinta prueba de hipótesis específica. La correlación en la prueba fue $Rho = 0.459$ porque entre las dimensiones de ansiedad con la dimensión Trastornos psicológicos de depresión se encontraron correlaciones positivas medias lo que significa que a medida que incrementa la dimensión Trastornos psicológicos de depresión también se incrementa la ansiedad, sólo en nivel de coeficiente Rho de positiva media.

VII. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

7.1. Comparación de resultados.

En esta investigación se ha encontrado que existe correlación entre la depresión y la ansiedad en adultos diagnosticados con DM2 del HSJ de chincha ($r=0.545$ $n=80$), lo que implica que la postulación teórica propuesta por Zung (1971) argumentando que tanto la ansiedad como la depresión configuran unas entidades nosológicas relacionadas, es válida de acuerdo a los resultados encontrados.

Se puede apreciar los niveles de depresión en donde se ha registrado que el 41% (33) de pacientes no tienen depresión, el 40% (32) mostraron depresión leve, el 16% (13) muestran depresión moderada, mientras que el 3% (2) presenta depresión intensa.

También se puede notar los niveles de ansiedad en la que se ha registrado que el 36% (29) de pacientes no registra ansiedad, el 59% (47) muestra ansiedad en nivel moderado, mientras que el 5% (4) reporta ansiedad en grado severo.

Díaz y Serrato (2017) en su investigación correlacional entre ansiedad y depresión obtuvieron una correlación significativa de 0.879 con p-valor de 0.04 en una población de mujeres con Sida. En el presente estudio se obtuvieron correlaciones inferiores (Rho de 0.545, p-valor= 0.000) porque la población es diferente, debido a que los usuarios que sufren diabetes mellitus tipo 2 muestran correlaciones positivas medias en sus dimensiones.

Por su parte, Ccama y Yucra (2017) hallaron que existe relación entre la depresión y los síntomas de ansiedad ($r=.768$; $p=.000$) presentes durante el curso de una patología diabética, lo cual puede asociarse con lo hallado en la presente investigación, ya que encontramos correlaciones similares donde se ha registrado (Rho de 0.545, p-valor= 0.000) que nos indica que

los síntomas ansiosos y depresivos que conforman los factores de riesgo para el agravamiento del cuadro diabético.

Anchante (2017) llevo a cabo su estudio referente a la calidad de vida de los usuarios con DM 2 se ve afectada principalmente por las afectaciones que proceden desde el estado anímico, reconociendo que tanto la ansiedad como la depresión pueden presentarse como entidades nosológicas relacionadas debido a que comparten una estructura clínica homogénea, esto coincide con los datos hallados debido a que se detectó que aquellos pacientes diabéticos que presentaron depresión, también registraron ansiedad.

VIII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

8.1. Conclusiones

- A. Se encontró relación entre la depresión y la ansiedad, de modo que se puede concluir que estos trastornos comparten características clínicas cuando se presentan en un individuo, de modo que aquel individuo que presenta depresión es vulnerable al padecimiento de un cuadro ansioso, que al incrementa la depresión también se incrementara la ansiedad, lo cual podría complejizar ambas patologías concomitantes.
- B. La depresión y los síntomas afectivos de ansiedad existe correlación positiva media $Rho = 0.438$, $p = (0.000)$ $n=80$ que forman parte de un eje clínico que se comparte, principalmente debido a que están relacionadas a nivel empírico, teórico y también a nivel emocional.
- C. La depresión y la dimensión síntomas somáticos de ansiedad se registra los resultados $Rho = 0.444$, $p = (0.000)$ $n=80$ donde se encontraron correlaciones positivas medias lo que significa que cuando aumenta la depresión también aumenta la dimensión síntomas somáticos de ansiedad, sólo en nivel de coeficiente Rho de positiva media.
- D. El estado afectivo persistente de la depresión y ansiedad se encontró correlaciones positivas media donde la significancia fue $Rho = 0.344$, $p=$

(0.002), $n = 80$, teniendo como significado que a medida que se incrementa la dimensión estado afectivo persistente de depresión también se incrementa la ansiedad, sólo en nivel de coeficiente Rho de positiva media.

- E. Los “trastornos fisiológicos de depresión” y ansiedad se registra los resultados $Rho = .340$, $p = .0002$, $n = 80$, donde se encontraron correlaciones positivas medias lo que significa que a medida que aumenta la dimensión Trastornos fisiológicos de depresión también aumenta la ansiedad, sólo en nivel de coeficiente Rho de positiva media.. también pueden constituir un cuadro ansioso.

- F. Se registra los resultados para la dimensión “Trastornos psicológicos” y la Ansiedad, obteniéndose que $Rho = .0$, $p = .459$, $n = 80$, porque entre las dimensiones de ansiedad con la dimensión Trastornos fisiológicos de depresión se encontraron correlaciones positivas medias teniendo en cuenta que a medida que se incrementa la dimensión Trastornos fisiológicos de depresión también se incrementa la ansiedad, sólo en nivel de coeficiente Rho de positiva media.

8.2. Recomendaciones

- A. A los participantes que presentan trastornos de depresión y ansiedad tomar intervenciones psicológicas que les permita atender desde un estudio clínico los casos particulares para una gestión adecuada de dichos trastornos.
- B. A los participantes que presentan niveles de depresión en relación a los síntomas afectivos de ansiedad que mediante intervenciones psicológicas deben gestionar sus niveles emocionales para afrontar progresivamente los trastornos.
- C. A los participantes que presentan niveles moderados de depresión y síntomas somáticos que la gestión adecuada de los trastornos depresivos aumenta cada vez que el otro también aumenta por lo que participar en intervenciones psicológicas en centros de salud podría aumentar sus controles emocionales.

- D. A los participantes que el estado afectivo persistente y la ansiedad son emociones de nivel medio que se pueden controlar y gestionar adecuadamente si se atienden frecuentemente con intervenciones en los establecimientos de salud.
- E. A los participantes que los trastornos fisiológicos de depresión y ansiedad se encuentran relacionadas porque si no gestionan lo primero implica que no mejoran el segundo por lo que puede generar cuadros ansiosos sin embargo las asistencias psicológicas del centro de salud ayudaría a gestionarlos adecuadamente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anchante, E. (2017). *Calidad de vida de los pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 del hospital San José de Chíncha, enero a junio de 2017*. [Tesis de maestría, Universidad Autónoma de Ica]. Repositorio UAI.
- Antúnez, M., y Bettioli, A. (2016). Depresión en pacientes con diabetes tipo 2 que acuden a una consulta externa de medicina interna. *Acta Médica Colombiana*, 42(2), 102-110.
- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación*. Caracas: Episteme.
- Ballesteros, S., Vitriol, V., Florenzano, R., Vacarezza, A., y Calderón, A. (2017). Mujeres con depresión severa: Relación entre trauma infantil y gravedad de síntomas clínicos. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 4(45), 288-295.
- Borges, L. (2018). *Estudio sobre la depresión y ansiedad mediante el PHQ en Venezuela*. [Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid]. Repositorio UCM.
- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Medica Herediana*, 29(3), 182-191. Recuperado
- Cárdenas, U. (2015). *Las enfermedades del cuerpo en la mente*. Santiago: HugoBox.
- Casas, E. (2017). *Depresión y resiliencia en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un Hospital General del Cusco, 2016*. [Tesis para optar el título profesional en Psicología, Universidad Andina del Cusco]. Repositorio UAC.
- Castaño, B. (2015). *Manual de diagnóstico psicopatológico rápido*. EE.UU.: Aeco.

- Ccama, L., y Yucra, P. (2017). *Relación entre Diabetes mellitus y depresión en los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Nueva Alborada Arequipa 2017*. [Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería, Universidad Ciencias de la Salud]. Repositorio UCS.
- Cosios, A. (2015). *Depresión Y Ansiedad En Adolescentes Del Colegio Calasanz De Loja Mediante La Herramienta 23 Del Ministerio De Salud Pública*. [Tesis para optar el título profesional en Medicina Humana, Universidad Nacional de Loja]. Repositorio UNL.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16(1), 297-334.
- Díaz, C. y Serrato, K. (2017). *Nivel de ansiedad y depresión en mujeres viviendo con vih/sida integradas en una asociación civil privada de Chiclayo. Julio- noviembre, 2016*. [Tesis para optar el título profesional en Psicología, Universidad Señor de Sipán]. Repositorio USS.
- Díaz, J. (2019). *Estilos De Vida, Depresión, Ansiedad Y Estrés De Los Estudiantes De Enfermería De La Universidad Privada San Juan Bautista Durante El 2018*. [Tesis para optar el título profesional en Enfermería, Universidad Privada San Juan Bautista]. Repositorio UPSJB.
- Díaz, L., Vásquez, M., y Fernández, J. (2016). Niveles de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista iberoamericana de producción académica y gestión educativa*, 3(6), 627.
- Durán Agüero, S., Carrasco Piña, E. y Araya Pérez, M. (2012). Alimentación y diabetes. *Nutrición Hospitalaria*, 27(4),
- Esquirol, D. (1835). *Diccionario de la Academia Francesa*. París.

- Gálvez, A. (2015). *Las mentes enfermas y una solución práctica*. Lima: Navas.
- García, S. (2018). *Relación Entre Depresión Y Diabetes Mellitus Tipo 2 En Pacientes Del Hospital General Guasmo Sur De Guayaquil-Ecuador Del Año 2017* (Tesis de pregrado). Universidad Católica Santiago de Guayaquil, Ecuador.
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F. McGraw-Hill.
- Hipócrates. (2003). *Tratados hipocráticos*. Madrid: Gredos.
- Jackson, S. (1986). *Historia de la Melancolía y la Depresión*. Madrid: Turner.
- Jervis, G., y Gonzáles, J. (2015). *La depresión: dos enfoques complementarios*. Caracas: Fundamentos.
- Lavandera, H., y Fertrosi, W. (2016). *Tratado de psicopatología y neuropsicología*. Ecuador: Greco.
- Llanes, R. (2012). Nuevas evidencias en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2. *Medifam*, 12(9).
- OMS. (20 de febrero de 2015). *Paho.org*. Recuperado de Paho:
- OMS. (2012). *Clasificación Internacional de los trastornos mentales y del comportamiento CIE 10*. Madrid: Meditor.
- OMS. (2018). *La diabetes mellitus en el mundo*. Medellín: PAHO.
- Pérez, E. (2014). Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. *Nutrición Hospitalaria*, 29(4), 901-906.
- Pineda, C. (2012). *Metodología de la investigación*. Lima: Apogeo.
- Pinel, P. (1801). *Tratado Médico-Filosófico de la Enajenación Mental o Manía*. EE.UU: Zoumend.

- Pino, R. (2017). *Metodología de la investigación*. Perú: San Marcos.
- Población, H. (2019). *Terapia psicodinámica de la depresión*. Argentina: Paidós.
- Ríos, L. (2013). *Frecuencia De Depresión En Pacientes Con Diabetes Mellitus Tipo 2*. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional de Trujillo, Perú.
- Rodríguez, J., Zapatero, A., y Martín, M. (2015). Prevalencia de la depresión en la diabetes mellitus tipo 2. *Revista clínica española*, 215(3), 156-164.
- Sánchez, Y. (2015). *Nivel de ansiedad de las enfermeras de emergencia y trauma del hospital Víctor Ramos Guardia*. [Tesis para optar el título de segunda especialidad en Emergencias y Desastres, Universidad Autónoma de Ica] Repositorio UAI.
- Tasayco, A y Rangel, M (2019) Investigación para universitarios. Documenta Asesoría y Servicios Generales. ISBN: 978-612-48037-0- 3
- Valdés, M., González, J., & Salisu, M. (2017). Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(4), 34 – 47.
- Vega, J., Coronado, O. y Mazotti, G. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de depresión de Beck en pacientes hospitalizados de Medicina General. *Revista de Neuropsiquiatría*, 77(2), 98 – 102.
- Zung, W. (1971). A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics*, 12, (6), 371-379.
- Zung W. (1965). A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry*, 1(12): 63-70.

ANEXOS

Anexo 01. Matriz de Consistencia

Tabla 15
Matriz de consistencia del estudio

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES Y DIMENSIONES	METODOLOGÍA
<p>Problema general: PG: ¿Cuál es la relación entre la depresión y la ansiedad en adultos diagnosticados con diabetes mellitus tipo II en el Hospital San José de Chincha en el año 2023?</p> <p>Problema específico 01: - ¿Cuál es la relación entre la depresión y los síntomas afectivos?</p> <p>Problema específico 02: - ¿Cuál es la relación entre la depresión y los síntomas somáticos?</p> <p>Problema específico 03: - ¿Cuál es la relación entre el estado afectivo persistente y la ansiedad?</p> <p>Problema específico 04: - ¿Cuál es la relación entre los trastornos fisiológicos y la ansiedad?</p> <p>Problema específico 05: - ¿Cuál es la relación entre los trastornos psicológicos y la ansiedad?</p>	<p>Objetivo general: Determinar la relación entre la depresión y la ansiedad en adultos diagnosticados con diabetes mellitus tipo II en el Hospital San José de Chincha en el año 2023.</p> <p>Objetivos específicos: - Determinar la relación entre la depresión y los síntomas afectivos. - Determinar la relación entre la depresión y los síntomas somáticos. - Determinar la relación entre el estado afectivo persistente y la ansiedad. - Determinar la relación entre los trastornos fisiológicos y la ansiedad. - Determinar la relación entre los trastornos psicológicos y la ansiedad.</p>	<p>Hipótesis general: Existe relación entre la depresión y la ansiedad en adultos diagnosticados con diabetes mellitus tipo II en el Hospital San José de Chincha en el año 2023.</p> <p>Hipótesis específicas - Existe relación entre la depresión y los síntomas afectivos. - Existe relación entre la depresión y los síntomas somáticos. - Existe relación entre el estado afectivo persistente y la ansiedad. - Existe relación entre los trastornos fisiológicos y la ansiedad. - Existe relación entre los trastornos psicológicos y la ansiedad.</p>	<p>V_x: Depresión (Variable independiente) D1: Estado afectivo persistente D2: Trastornos fisiológicos D3: Trastornos psicológicos.</p> <p>V_y: Ansiedad (Variable dependiente) D1: Síntomas afectivos D2: Síntomas somáticos</p>	<p>Tipo de investigación: Cuantitativa</p> <p>Nivel de la investigación: Descriptiva – correlacional</p> <p>Población y muestra: N = 100 pacientes diabéticos n = 80 pacientes diabéticos</p> <p>Técnica de muestreo: Muestreo probabilístico aleatorio (5% de error tolerado; 95% valor de la fiabilidad)</p> <p>Instrumentos: Escala de Ansiedad de Zung (EAA) Escala de Depresión de Zund (EAD)</p>

Anexo 02: Instrumento de recolección de información

ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG

A continuación, se presentan una serie de frases que pueden presentarse en usted, por favor responda con sinceridad cada una de ellas.

Edad: ____ (Escriba la edad actual)

Sexo: () Masculino () Femenino

		Nunca o Casi Nunca	A veces	Con bastante frecuencia	Siempre o casi siempre
1	Me siento abatido y melancólico.				
2	Por las mañanas es cuando me siento mejor.				
3	Tengo acceso de llanto o ganas de llorar.				
4	Duermo mal.				
5	Tengo tanto apetito como antes.				
6	Aún me atraen las personas de sexo opuesto.				
7	Noto que estoy perdiendo peso.				
8	Tengo trastornos intestinales y estreñimiento.				
9	Me late el corazón más a prisa que de costumbre.				
10	Me canso sin motivo.				
11	Tengo la mente tan clara como antes.				
12	Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13	Me siento nervioso(a) y no puedo estar quieto.				
14	Tengo esperanza en el futuro.				
15	Estoy más irritable que antes.				
16	Me es fácil tomar decisiones.				
17	Me siento útil y necesario.				
18	Me satisface mi vida actual.				
19	Creo que los demás estarían mejor si yo muriera.				
20	Disfruto de las mismas cosas que antes.				

ESCALA DE AUTO-EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD DE ZUNG

A continuación, se presentan una serie de frases que pueden presentarse en usted, por favor responda con sinceridad cada una de ellas.

Edad: 62 (Escriba la edad actual)

Sexo: () Masculino () Femenino

		Nunca o Casi Nunca 1	A Veces 2	Con bastante Frecuencia 3	Siempre o casi siempre 4
1	Me siento más nervioso(a) y ansioso(a) que de costumbre.		X		
2	Me siento con temor sin razón.	X			
3	Despierto con facilidad o siento pánico.				X
4	Me siento como si fuera a reventar y partirme en pedazos.	X			
5	Siento que todo está bien y que nada malo puede suceder				X
6	Me tiemblan las manos y las piernas.			X	
7	Me mortifican los dolores de la cabeza, cuello o cintura.		X		
8	Me siento débil y me canso fácilmente.	X			
9	Me siento tranquilo(a) y puedo permanecer en calma fácilmente.				X
10	Puedo sentir que me late muy rápido el corazón.	X			
11	Sufro de mareos.		X		
12	Sufro de desmayos o siento que me voy a desmayar.			X	
13	Puedo inspirar y expirar fácilmente	X			
14	Se me adormecen o me hincan los dedos de las manos y pies.	X			
15	Sufro de molestias estomacales o indigestión.		X		
16	Orino con mucha frecuencia.			X	
17	Generalmente mis manos están sacas y calientes.	X			
18	Siento bochornos.	X			
19	Me quedo dormido con facilidad y descanso durante la noche				X
20	Tengo pesadillas.	X			

Anexo 03: Ficha de validación de instrumentos

Figura 1

Validación del experto a los instrumentos Depresión y Ansiedad



INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación:

"DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADULTOS DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA, 2020"

Nombre del Experto: Narda Hernández Cárdenas

II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO:

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	—
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	—
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	cumple	—
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	cumple	—
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	cumple	—
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	cumple	—
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	cumple	—
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	cumple	—
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	cumple	—

Nota: Ficha de validación del Instrumento proporcionado por la Universidad Autónoma de Ica.

10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumpl	—
-----------------	--	-------	---

III. OBSERVACIONES GENERALES

El instrumento utilizado es el correcto para medir depresión y ansiedad, validado y con confiabilidad mediante una investigación profunda, por lo tanto es innecesario realizar cambios a mi instrumento.

Hernández Cárdenas Narda Milagros
 Apellidos y Nombres del validador:
 Grado académico: Maestro
 N°. DNI: 21863060

Adjunto al formato:

- *Matriz de consistencia de la investigación
- *Matriz de Operacionalización de variables
- *Instrumentos de recolección de datos



INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación:

"DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADULTOS DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA, 2020"

Nombre del Experto: Giorgio Alexander Aguije Cardenas

II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO:

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	Cumple	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	Cumple	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	Cumple	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	Cumple	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	Cumple	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	Cumple	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	Cumple	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	Cumple	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	Cumple.	

10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	Cumple	
-----------------	--	--------	--

III. OBSERVACIONES GENERALES


~~Apellidos y Nombres del validador:~~
Grado académico: **Giorgio A. Aquije Cardenas**
N°. DNI: **45593538** MAESTRO EN INVESTIGACION Y DOCENCIA UNIVERSITARIA

Adjunto al formato:

- *Matriz de consistencia de la investigación
- *Matriz de Operacionalizacion de variables
- *Instrumentos de recolección de datos



INFORME DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

I. DATOS GENERALES

Título de la Investigación: "DEPRESIÓN Y ANSIEDAD EN ADULTOS DIAGNOSTICADOS CON DIABETES MELLITUS TIPO II EN EL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA, 2020"

Nombre del Experto: Ps. Miguel Angel Ronceros Anton

II. ASPECTOS QUE VALIDAR EN EL INSTRUMENTO:

Aspectos Para Evaluar	Descripción:	Evaluación Cumple/ No cumple	Preguntas por corregir
1. Claridad	Las preguntas están elaboradas usando un lenguaje apropiado	CUMPLE	
2. Objetividad	Las preguntas están expresadas en aspectos observables	CUMPLE	
3. Conveniencia	Las preguntas están adecuadas al tema a ser investigado	CUMPLE	
4. Organización	Existe una organización lógica y sintáctica en el cuestionario	CUMPLE	
5. Suficiencia	El cuestionario comprende todos los indicadores en cantidad y calidad	CUMPLE	
6. Intencionalidad	El cuestionario es adecuado para medir los indicadores de la investigación	CUMPLE	
7. Consistencia	Las preguntas están basadas en aspectos teóricos del tema investigado	CUMPLE	
8. Coherencia	Existe relación entre las preguntas e indicadores	CUMPLE	
9. Estructura	La estructura del cuestionario responde a las preguntas de la investigación	CUMPLE	

10. Pertinencia	El cuestionario es útil y oportuno para la investigación	CUMPLE	
-----------------	--	--------	--

III. OBSERVACIONES GENERALES

Ambos instrumentos reúnen propiedades psicométricas y características de comprensibilidad pertinentes para ser aplicados en la muestra de estudio.



MIGUEL ANGEL RONCEROS ANTON
 Psicólogo – Psicoterapeuta
 CPsP 44769
 N°. DNI: 72622758

Adjuntar al formato:

*Matriz de consistencia de la investigación (Cuantitativo) ó matriz de categorización apriorística (cualitativo)

*Matriz de Operacionalización de variables (Cuantitativo) ó matriz de categorías y subcategorías (Cualitativo)

*Instrumento(s) de recolección de datos

Anexo 04: Base de datos

N°	EDAD	SEXO	Ansiedad Síntomas afectivos		Ansiedad Síntomas somáticos		GENERAL ANSIEDAD		Depresión Estado afectivo persistente		Depresión Trastornos fisiológicos		GENERAL DEPRESIÓN	
			PDIR	NIVEL	PDIR	NIVEL	PDIR	NIVEL	PDIR	NIVEL	PDIR	NIVEL	PDIR	NIVEL
1	64	1	35	1	45	2	42,5	1	37,5	1	37,5	1	47,5	1
2	62	1	30	1	55	2	48,8	2	37,5	1	37,5	1	47,5	1
3	58	2	60	3	58,3	2	58,8	2	62,5	3	59,4	3	55	2
4	61	1	35	1	41,7	1	40	1	75	4	50	2	45	1
5	50	2	25	1	48,3	2	42,5	1	37,5	1	40,6	1	35	1
6	49	2	45	2	58,3	2	55	2	50	2	68,8	3	55	2
7	35	1	40	1	41,7	1	41,3	1	50	2	59,4	3	32,5	1
8	80	1	55	2	53,3	2	53,8	2	50	2	62,5	3	35	1
9	57	2	55	2	36,7	1	41,3	1	50	2	43,8	1	45	1
10	70	2	40	1	45	2	43,8	1	37,5	1	59,4	3	25	1
11	62	1	60	3	48,3	2	51,3	2	62,5	3	40,6	1	42,5	1
12	71	1	35	1	33,3	1	33,8	1	50	2	37,5	1	60	3
13	50	1	40	1	36,7	1	37,5	1	37,5	1	53,1	2	35	1
14	36	1	35	1	41,7	1	40	1	50	2	46,9	1	27,5	1
15	48	1	45	2	48,3	2	47,5	2	50	2	50	2	47,5	1
16	64	1	65	3	45	2	50	2	50	2	50	2	50	2
17	82	2	65	3	63,3	3	63,8	3	100	4	81,3	4	67,5	3
18	67	1	55	2	46,7	2	48,8	2	50	2	56,3	2	45	1
19	54	2	50	2	63,3	3	60	3	75	4	68,8	3	37,5	1

20	64	2	25	1	50	2	43,8	1	37,5	1	71,9	4	35	1
21	52	1	35	1	46,7	2	43,8	1	50	2	37,5	1	57,5	2
22	54	2	40	1	61,7	3	56,3	2	50	2	56,3	2	42,5	1
23	76	2	55	2	55	2	55	2	50	2	68,8	3	45	1
24	68	2	40	1	45	2	43,8	1	50	2	50	2	42,5	1
25	66	2	35	1	46,7	2	43,8	1	50	2	62,5	3	52,5	2
26	20	1	50	2	36,7	1	40	1	50	2	46,9	1	30	1
27	69	2	45	2	51,7	2	50	2	50	2	56,3	2	62,5	3
28	62	1	25	1	30	1	28,8	1	25	1	34,4	1	47,5	1
29	55	2	30	1	41,7	1	38,8	1	37,5	1	34,4	1	35	1
30	40	2	35	1	40	1	38,8	1	37,5	1	40,6	1	25	1
31	77	1	45	2	40	1	41,3	1	50	2	46,9	1	35	1
32	73	2	40	1	61,7	3	56,3	2	87,5	4	65,6	3	77,5	4
33	78	2	30	1	38,3	1	36,3	1	25	1	53,1	2	37,5	1
34	59	1	45	2	38,3	1	40	1	37,5	1	46,9	1	45	1
35	48	1	70	3	46,7	2	52,5	2	62,5	3	56,3	2	52,5	2
36	39	1	55	2	38,3	1	42,5	1	50	2	50	2	42,5	1
37	53	1	45	2	56,7	2	53,8	2	62,5	3	46,9	1	52,5	2
38	57	2	45	2	48,3	2	47,5	2	50	2	46,9	1	57,5	2
39	59	1	25	1	41,7	1	37,5	1	25	1	34,4	1	25	1
40	38	1	55	2	41,7	1	45	2	37,5	1	40,6	1	42,5	1
41	66	2	65	3	55	2	57,5	2	37,5	1	56,3	2	60	3
42	63	2	70	3	71,7	3	71,3	3	37,5	1	34,4	1	35	1
43	43	1	30	1	43,3	1	40	1	37,5	1	62,5	3	27,5	1
44	32	2	60	3	46,7	2	50	2	25	1	62,5	3	70	4
45	72	1	60	3	53,3	2	55	2	50	2	53,1	2	65	3

46	43	1	55	2	48,3	2	50	2	37,5	1	50	2	50	2
47	45	1	70	3	48,3	2	53,8	2	50	2	40,6	1	42,5	1
48	47	2	35	1	40	1	38,8	1	37,5	1	59,4	3	47,5	1
49	38	2	70	3	48,3	2	53,8	2	37,5	1	46,9	1	37,5	1
50	72	2	50	2	48,3	2	48,8	2	62,5	3	65,6	3	45	1
51	62	1	55	2	43,3	1	46,3	2	50	2	50	2	55	2
52	68	2	60	3	48,3	2	51,3	2	50	2	56,3	2	65	3
53	73	1	55	2	53,3	2	53,8	2	25	1	62,5	3	67,5	3
54	38	1	45	2	40	1	41,3	1	25	1	46,9	1	42,5	1
55	68	2	45	2	46,7	2	46,3	2	50	2	53,1	2	55	2
56	43	1	50	2	43,3	1	45	2	75	4	50	2	62,5	3
57	46	1	55	2	51,7	2	52,5	2	37,5	1	43,8	1	50	2
58	40	1	55	2	58,3	2	57,5	2	37,5	1	56,3	2	67,5	3
59	50	1	55	2	55	2	55	2	75	4	53,1	2	72,5	4
60	56	2	60	3	48,3	2	51,3	2	37,5	1	62,5	3	52,5	2
61	40	1	45	2	45	2	45	2	37,5	1	56,3	2	47,5	1
62	70	2	75	4	65	3	67,5	3	75	4	68,8	3	67,5	3
63	39	1	55	2	33,3	1	38,8	1	25	1	56,3	2	65	3
64	35	1	35	1	53,3	2	48,8	2	37,5	1	59,4	3	55	2
65	36	1	55	2	45	2	47,5	2	37,5	1	53,1	2	57,5	2
66	68	2	45	2	51,7	2	50	2	50	2	56,3	2	62,5	3
67	66	2	50	2	48,3	2	48,8	2	50	2	43,8	1	57,5	2
68	71	2	35	1	48,3	2	45	2	25	1	50	2	57,5	2
69	83	2	65	3	55	2	57,5	2	62,5	3	56,3	2	57,5	2
70	54	2	60	3	50	2	52,5	2	50	2	65,6	3	55	2
71	54	2	55	2	55	2	55	2	62,5	3	59,4	3	57,5	2

72	72	2	60	3	53,3	2	55	2	50	2	62,5	3	65	3
73	65	1	50	2	48,3	2	48,8	2	75	4	62,5	3	60	3
74	76	2	65	3	56,7	2	58,8	2	62,5	3	71,9	4	67,5	3
75	49	2	60	3	53,3	2	55	2	50	2	68,8	3	70	4
76	70	2	55	2	60	3	58,8	2	62,5	3	65,6	3	67,5	3
77	54	1	60	3	58,3	2	58,8	2	50	2	59,4	3	67,5	3
78	56	1	40	1	45	2	43,8	1	37,5	1	40,6	1	35	1
79	68	2	50	2	40	1	42,5	1	50	2	53,1	2	65	3
80	62	1	25	1	35	1	32,5	1	62,5	3	28,1	1	32,5	1

Anexo 05: Informe turnitin al 28% de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO	AUTOR
08_PEREZ BELTRAN - MARCOS SALVATI ERRA.docx	AURISTELA TECHI MARCOS SALVATI Y OLANDA JOSEFINA PEREZ BELTRAN
RECuento DE PALABRAS	RECuento DE CARACTERES
15798 Words	81150 Characters
RECuento DE PÁGINAS	TAMAÑO DEL ARCHIVO
87 Pages	6.9MB
FECHA DE ENTREGA	FECHA DEL INFORME
Mar 25, 2024 3:51 PM GMT-5	Mar 25, 2024 3:53 PM GMT-5
● 7% de similitud general	
El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.	
<ul style="list-style-type: none">• 7% Base de datos de Internet• Base de datos de Crossref• 4% Base de datos de trabajos entregados	<ul style="list-style-type: none">• 1% Base de datos de publicaciones• Base de datos de contenido publicado de Crossref
● Excluir del Reporte de Similitud	
<ul style="list-style-type: none">• Material bibliográfico	<ul style="list-style-type: none">• Coincidencia baja (menos de 15 palabras)

● 7% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 7% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 4% Base de datos de trabajos entregados
- 1% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

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

1	repositorio.autonomaeica.edu.pe Internet	4%
2	repositorio.ucv.edu.pe Internet	<1%
3	Universidad de San Buenaventura on 2014-11-04 Submitted works	<1%
4	Universidad de San Martín de Porres on 2023-05-15 Submitted works	<1%
5	repositorio.autonomaeica.edu.pe Internet	<1%
6	lamenteesmaravillosa.com Internet	<1%
7	repositorio.ucsg.edu.ec Internet	<1%
8	Submitted on 1691504765248 Submitted works	<1%

9	repositorio.unsaac.edu.pe Internet	<1%
10	Universidad Alas Peruanas on 2023-08-23 Submitted works	<1%
11	Universidad Tecnologica del Peru on 2023-11-29 Submitted works	<1%
12	Universidad de San Martín de Porres on 2023-04-23 Submitted works	<1%
13	repositorio.uladech.edu.pe Internet	<1%
14	Universidad Cesar Vallejo on 2016-03-15 Submitted works	<1%
15	renati.sunedu.gob.pe Internet	<1%
16	view.joomag.com Internet	<1%

Anexo 06: Evidencia fotográfica

Figura 2

Investigadora aplicando instrumentos psicométricos



Figura 3

Investigadora verificando la correcta aplicación de los instrumentos



Figura 4
Investigadora aplicando con medidas de bioseguridad



Figura 5
Investigadora aplicando instrumentos psicométricos



Figura 6
Investigadora aplicando instrumentos psicométricos



Figura 7
Investigadora aplicando instrumentos psicométricos



Figura 9
Investigadora aplicando instrumentos psicométricos



Figura 8
Investigadora aplicando instrumentos psicométricos

