



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**Depresión y ansiedad en pacientes con diabetes en el Hospital de
Yungay, 2021**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE

Licenciada en Psicología

AUTORA:

Alvarado Alegre, Andrea Yvonne (ORCID: 0000-0003-0521-0528)

ASESOR:

Dr. Alva Olivos, Manuel Antonio (ORCID: 0000-0001-7623-1401)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Violencia

HUARAZ- PERÚ

2021

Dedicatoria

A Dios por darme la vida y buena salud para llegar hasta aquí, a mis padres por su amor y apoyo incondicional, por ser la fuente de inspiración para llenarme de fuerzas cuando siento que no puedo más, a mi hermana por sus consejos y motivación para continuar siempre rumbo a cumplir mis metas.

Agradecimiento

A Dios por su amor infinito y las bendiciones que me ha concedido a lo largo de la vida, a mis padres por apoyarme económica y emocionalmente, por enseñarme nunca rendirme y siempre ir tras mis ideales, a mi hermana por ser mi mano derecha y a mi familia en general, gracias por acompañarme a lo largo de este camino que me lleva a cristalizar uno de mis mas anhelados sueños.

De igual manera a mis docentes quienes impartieron conocimientos en mi y me hicieron reafirmar mi compromiso con esta hermosa carrera, a mis asesores por guiarme a lo largo del desarrollo de esta tesis, por su paciencia y dedicación.

Índice de contenidos

| | |
|--|-----|
| Carátula | i |
| Dedicatoria..... | ii |
| Agradecimiento | iii |
| Índice de contenidos | iv |
| Índice de tablas..... | v |
| Resumen | vi |
| Abstract..... | vii |
| I. INTRODUCCIÓN..... | 8 |
| II. MARCO TEÓRICO..... | 12 |
| III. METODOLOGÍA..... | 20 |
| 3.1. Tipo y diseño de investigación | 20 |
| 3.2. Variables y operacionalización | 20 |
| 3.3. Población, Muestra y muestreo | 21 |
| 3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad | 22 |
| 3.5. Procedimientos | 23 |
| 3.6. Método de análisis de datos..... | 24 |
| 3.7. Aspectos éticos | 24 |
| IV. RESULTADOS | 26 |
| V. DISCUSIÓN | 29 |
| VI. CONCLUSIONES..... | 32 |
| VII. RECOMENDACIONES | 33 |
| REFERENCIAS | 34 |
| ANEXO | 37 |

Índice de tablas

| | |
|--|----|
| Tabla 1..... | 26 |
| Correlación entre depresión y ansiedad en pacientes con diabetes del Hospital de Yungay..... | 26 |
| Tabla 2..... | 26 |
| Correlación entre depresión y dimensión Ansiedad- Estado de la ansiedad | 26 |
| Tabla 3..... | 27 |
| Correlación entre depresión y dimensión Ansiedad-Rasgo de la ansiedad | 27 |
| Tabla 4..... | 27 |
| Distribución de la frecuencia de los niveles de depresión en los pacientes | 27 |
| Tabla 5..... | 28 |
| Distribución de la frecuencia de los niveles de Ansiedad en los pacientes | 28 |

Resumen

En el presente estudio se planteo el objetivo general de determinar la relación entre la depresión y la ansiedad en los pacientes con diabetes del Hospital de Yungay; la metodología que se aplicó en el estudio fue de tipo correlacional de diseño no experimental con un corte trasversal, la muestra fue conformada por 80 pacientes pertenecientes al programa de diabetes del hospital de Yungay, para medir nuestros objetivos se aplicaron los instrumentos de Inventario de depresión de Beck II para medir la depresión y por otro lado el Inventario de ansiedad estado – rasgo IDARE para medir la ansiedad, los dos con respuestas tipo Likert. A modo de resultados se obtuvo que si existe una correlación entre la depresión y la ansiedad en pacientes con diabetes ($\rho = ,048$), así mismo existe una correlación entre la dimensión de Ansiedad-Rasgo y la depresión ($\rho = 084$), también se determinó que si existe una correlación entre la dimensión rasgo de la ansiedad y la depresión ($\rho = 029$), Como conclusión se afirma que a mayor ansiedad mayor es la posibilidad de presentar depresión en dichos pacientes.

Palabras clave: ansiedad, depresión, pacientes, diabetes.

Abstract

In the present study, the general objective of determining the relationship between depression and anxiety in patients with diabetes at Yungay Hospital was proposed; The methodology applied in the study was of a correlational type of non-experimental design with a cross section, the sample was made up of 80 patients belonging to the diabetes program of the Yungay hospital, to measure our objectives the Depression Inventory instruments were applied of Beck II to measure depression and, on the other hand, the State Anxiety Inventory - IDARE trait to measure anxiety, both with Likert-type responses. By way of results, it was obtained that if there is a correlation between depression and anxiety in patients with diabetes ($\rho = .048$), there is also a correlation between the Anxiety-Trait dimension and depression ($\rho = 084$), also It was determined that if there is a correlation between the trait dimension of anxiety and depression ($\rho = 029$), as a conclusion it is affirmed that greater anxiety is greater the possibility of presenting depression in these patients.

Key words: anxiety, depression, patients, diabetes.

I. INTRODUCCIÓN

En los últimos meses del año 2020, la sociedad se ha visto afectada en su salud mental, debido a la pandemia del COVID 19, lo que llevó a que las personas tengan que adaptarse a un nuevo estilo de vida, como por ejemplo permanecer las 24 horas del día en sus hogares, alejarse de sus seres queridos e incluso perder algún familiar. Lo cual generó en las personas cambios emocionales como la depresión, según la OMS esta es una mal habitual a nivel internacional; se ha calculado que perturba a más de 300 millones de habitantes. Las cifras indican que la depresión significa una dificultad trascendental para la salud pública, debido a que más del 4% de los habitantes del mundo vive con depresión y los más proclives a sufrir de esta vienen a ser los adultos mayores, personas del sexo femenino mujeres, los jóvenes (OMS, 2020).

Asimismo, a nivel mundial este trastorno simboliza el cuarto principio de discapacidad en cuanto a la merma de años de vida saludables puede convertirse en un grave problema de salud, principalmente cuando perdura durante mucho tiempo y se intensifica cada vez, pudiendo así causar sufrimiento, perturbando las actividades laborales, familiares, sociales etc., el peor de los casos llevando al suicidio. Cabe resaltar que aproximadamente en un año se ocasionan cerca de 800 000 suicidios. A pesar de que hay métodos eficaces para la intervención a la depresión, muchos de los afectados mundialmente no reciben o acude a tratamiento (OMS, 2020). Así mismo la ansiedad se hace presente como el segundo trastorno mental más padecido a nivel mundial, más de 260 millones de habitantes presentan trastornos de ansiedad en algún momento de su desarrollo. Con relación a estos se calcula que el 3,6% de la población mundial los sufría en el 2016 creando un acrecentamiento del 14,9% así en comparación al año 2015, dicha patología se presenta con mayor recurrencia en las mujeres con el 4,6% mientras que los varones el 2, 6%. (EFE, 2017)

En el Perú la depresión viene a ser el trastorno mental más usual en el país. Se calcula que 1 7000 personas la tienen, y cada vez el número de casos sigue creciendo en todas las edades, en su mayoría la gente cree que este no es un problema grave, si

tratáramos todos los casos de depresión en el Perú se bajaría las cifras de suicidio en un 20%, a pesar de esto solo el 25% de las personas que la padecen acude a terapia , mientras que el otro 55% percibe que necesita ayuda pero no hace nada al respecto (Rojas, 2016). De igual manera en el nuestro país, se ha estimado que la ansiedad presenta una prevalencia del 10,6%, pese a esto, no se diagnostica de manera oportuna y el tratamiento en muchos casos se posterga, esto podría ser debido a distintos factores como la poca importancia brindada hasta la actualidad a la salud mental también cabe resaltar que el factor económico llegaría a ser un impedimento para el adecuado diagnóstico y tratamiento de este trastorno (INSM, 2015).

Finalmente en el departamento de Ancash según algunos estudios realizados se hallaron discrepancias en las tasas de prevalencia de depresión en ambos grupos poblacionales, en los habitantes quechua hablantes un 17% de ellos sufren de depresión mientras que los no quechua hablantes el 15% la presentan, centrándose por ámbito de residencia, se encontraron que la prevalencia de depresión en poblaciones quechuas residentes en el ámbito urbano es de 20,6% (Zevallos, 2016).

En algunos momentos la ansiedad es uno de los síntomas que percibe una persona que sobrelleva un trastorno depresivo, o inversamente, la depresión surge como secuela de un trastorno de ansiedad. La ansiedad y la depresión son respuestas de que inician ante numerosos eventos, la ansiedad impulsa nuestro sistema de alerta y la depresión aparece cuando vivimos un hecho como un fallo o una pérdida.

La principal sintomatología que comparten la ansiedad y la depresión serian, la culpabilidad, el sentirse irritados, con un ánimo bajo y dolor emocional fuerte. La baja autoestima provoca que las personas con ambos trastornos sean incapaces de frenar determinadas situaciones esto debido a que poseen una percepción distorsionada de ellos mismos. (Vicente, 2020)

Según la OMS estos trastornos de salud mental que vienen a ser la depresión y ansiedad seguirán en crecimiento afectando a mucha más población en los próximos tres años todo esto sería debido a la coyuntura pandémica por la que estamos atravesando lo que vendría a causar un aumento en número de casos, desde los las

jóvenes hasta los más adultos sin distinción de edad ni sexo, acarreado de esta manera una mayor promoción de la salud mental a nivel mundial (OMS, 2020).

La importancia de llevar a cabo el presente estudio se centra en dejar ver las probables oposiciones o semejanzas existentes entre dichos trastornos en un tipo de población con escaso estudio. Concurren insuficientes indagaciones sobre el acontecimiento de depresión y ansiedad en pacientes que padecen de diabetes, el Ministerio de Salud menciona que, de los 1,4 millones de peruanos que tiene diabetes actualmente, únicamente la mitad sería diagnosticada, posicionándose como el tercer origen de fallecimientos en el país (Saenz, 2019).

Por todo lo mencionado se plantea el siguiente **problema general**, ¿Cuál es la relación entre la depresión y la ansiedad en pacientes con diabetes del Hospital de Yungay, 2020? Entre los problemas específicos tenemos: ¿Cuál es la relación entre la depresión y la dimensión Ansiedad-Estado en pacientes con diabetes del Hospital de Yungay, 2020? ¿Cuál es la relación entre la depresión y la dimensión Ansiedad -Rasgo en pacientes con diabetes del hospital de Yungay, 2020?

El presente trabajo se justifica por conveniencia ya que servirá para conocer el nivel de ansiedad y depresión, el cual poseen los pacientes con diabetes del hospital de Yungay ya que esta es una población no estudiada anteriormente, así mismo de manera teórica para corroborar las diferentes teorías que nos hablan acerca de la depresión y su relación con la ansiedad, de manera metodológica ya que la presente investigación servirá como antecedentes para futuros estudios por lo tanto es de suma importancia debido a que estos resultados obtenidos permitirá ampliar los conocimientos acerca de cada una de las variables propuestas en el estudio de investigación, incorporando nuevos conocimientos , planteamientos teóricos y favorecerá en la evaluación en todo el proceso integral de los pacientes. Finalmente, de manera practica ya que a través de los resultados obtenidos de esta indagación podremos confeccionar programas preventivos para que los pacientes de hospitales reciban así sostén psicológico y orientación adecuada. Se pretende un aporte de manera social demostrando la importancia que tiene la depresión y ansiedad en

diabéticos durante el proceso de la enfermedad y el rol muy importante que cumple la familia, ya que esta es quien fortalece y apoya a los pacientes en el área emocional.

Por otro lado, el **objetivo general** es determinar la relación entre la depresión y la ansiedad en los pacientes con diabetes del Hospital de Yungay, 2021, y los objetivos específicos son identificar la relación entre la depresión y la dimensión Ansiedad-Estado en pacientes con diabetes del Hospital de Yungay, 2020; identificar la relación entre la depresión y la dimensión Ansiedad – Rasgo en pacientes con diabetes del Hospital de Yungay, 2020.

Seguidamente la **hipótesis general** que nos menciona que existe relación significativa entre la depresión y la ansiedad en los pacientes con diabetes del Hospital de Yungay, 2020. Dentro de las hipótesis específicas encontramos, existe relación entre la depresión y la dimensión Ansiedad Estado en pacientes con diabetes del Hospital de Yungay, 2020; existe relación entre la depresión y la dimensión Ansiedad Rasgo en pacientes con diabetes del Hospital de Yungay, 2020.

II. MARCO TEÓRICO

A nivel internacional tenemos a (Martinez K. , 2019) quien realizó un estudio titulado Depresión y Ansiedad en Pacientes con Diabetes Mellitus en la localidad de Tabasco, cuyo objetivo tuvo como identificar el nivel de depresión y ansiedad así como la relación de estas en pacientes con diabetes mellitus, el estudio fue de tipo descriptivo correlacional con corte trasversal se llevó a cabo en una población de 66 pacientes, luego de un muestreo probabilístico se obtuvo n=35 pacientes, los instrumentos utilizados fueron Beck -II y Hamilton para medir la ansiedad, como resultado se obtuvo que el 72.9% de pacientes sufren de depresión mínima y el 68.6% exteriorizan ansiedad leve, y así se concluyó que entre mayor grado de ansiedad presenten los pacientes es mayor el riesgo a padecer de depresión.

También tenemos a (Azzollini & Vera , 2015) quienes realizaron una investigación que lleva por título “depresión, ansiedad y su relación con estrategias de afrontamiento”, así que de objetivo tuvieron identificar la analogía entre la ansiedad y depresión en diabéticos, se realizó una muestra pirométrica al azar de 123 pacientes , se utilizó el inventario de depresión y ansiedad de Beck, respectivamente, los datos obtenidos de dichos instrumentos fueron sometidos a análisis con el software SPSS en donde se admitió un error mínima al $p < 0.5$, los resultados que se obtuvieron fueron que existía una reciprocidad positiva y significativa entre ansiedad y depresión.

De igual manera encontramos a (Martinez F. , 2015) que en su tesis titulada “Prevalencia y gravedad de la depresión y la ansiedad en pacientes con diabetes de tipo 2, cuyo objetivo fue evaluar la incidencia de la ansiedad y depresión en pacientes entre obesos y de peso normal, así como examinar la gravedad de la depresión; la población fue de 702 pacientes en donde se empleó la escala de ansiedad de Hamilton y la escala de depresión de Hamilton, de aquí se obtuvieron los resultados que fueron el 95% de los pacientes presentaron ansiedad y el 49% depresión. posteriormente se evidenció que los pacientes obesos mostraban depresión grave en comparación a los de peso normal, así estos resultados surten evidencia de que los diabéticos y obesos son más perjudicados emocionalmente.

Además encontramos a (Antunez, 2016) quien realizó un estudio cuyo título es “Depresión en pacientes con diabetes tipo 2” su objetivo planteado fue comprobar la periodicidad de depresión en los pacientes diabéticos, el estudio fue de tipo descriptivo y transversal en el cual se trabajó con 100 pacientes diabéticos a quienes se les aplicó el inventario de Beck para la depresión, para luego obtener resultados que indican que la periodicidad de depresión en los enfermos de diabetes es de 82% , con un porcentaje mayor en el sexo femenino del 59.76% y se halló agrupación estadísticamente significativa entre depresión y grupo etario de 39-48 años, a modo de conclusión nos dice que concurre una alta prevalencia de depresión en pacientes diabéticos , principalmente agrupada al sexo y edad.

Así mismo (Cuenca, 2018) llevo a cabo una tesis titulada “Estudio correlacional de niveles de Depresión y Ansiedad en Hipoacúsicos” que tuvo como objetivo identificar el grado de depresión y ansiedad en pacientes con Hipoacusia y su relación con la misma, se trabajó dicha investigación con 50 participantes a quienes se les administro la escala de Hamilton para la ansiedad y el inventario de depresión de Beck, obtuvieron resultados que determinaron que la hipoacusia y la depresión tienen una relación significativa, lo cual no ocurrió con la ansiedad, el 38% de los pacientes obtuvo altas puntuaciones de depresión.

Por otro lado a nivel nacional encontramos a algunos autores como (Pantani & Rosas , 2019) quienes realizaron un trabajo de investigación titulado “frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes diabéticos tipo 2” , buscando identificar la periodicidad de pacientes con depresión y ansiedad que no han sido diagnosticadas en pacientes con diabetes, dicha tesis fue transversal descriptivo y se conformó por 337 pacientes diabéticos se utilizó la escala de psicopatología depresiva y la escala de ansiedad de lima, luego de la aplicación se obtuvo que del total de pacientes estudiados la frecuencia de depresión es de 23.85%, de ansiedad 32.72% y de suicidalidad 7.95% , habiendo sido las mujeres quienes exhibían mayor frecuencia de ansiedad, finalmente se concluyó mencionando que la frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con dm2 fue alta. conjuntamente, el sexo está relacionados a la ansiedad y depresión.

También (Polanco, 2014) en su tesis “Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.” Quien poseyó como intención determinar la prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos en pacientes con diabetes mellitus, efectuó un estudio de tipo descriptivo de corte trasversal , con una población de 70 pacientes , se empleó a modo de técnica la encuesta y el instrumento empleado para la evaluación fue la Escala de Ansiedad y depresión de Goldberg , los resultados muestran que los síntomas de ansiedad en estos pacientes es de 45,71% y los síntomas de depresión es del 37.14 %, finalmente nos menciona que algunos signos y síntomas de dicha enfermedad se relacionan de manera importante con la prevalencia de síntomas depresivo y/o ansiosos.

Del mismo modo (Cruz, 2019) llevo a cabo una investigación titulada “nivel de depresión en pacientes con diabetes mellitus-Tumbes, 2019.” Se planteo el objetivo de establecer el nivel de depresión en pacientes con diabetes mellitus, su metodología fue de tipo cuantitativo descriptivo de corte trasversal, su población estuvo constituida por 100 pacientes diagnosticados con diabetes, se utilizó la escala Zung para evaluar la depresión. Los resultados obtenidos muestran que el 51% de los pacientes se encuentran ligeramente deprimidos, mientras que el 22% se encuentran en un rango normal, el 22% se encuentra moderadamente deprimido y finalmente el 5% severamente, se concluye que un porcentaje que existen depresión en altos porcentajes en dicha población.

Igualmente, en un estudio titulado “Relación entre Nivel de Ansiedad y Bienestar Espiritual en diabéticos” que se planteó el objetivo de decretar la correspondencia entre el nivel de ansiedad con el bienes espiritual en pacientes diabéticos , este fue una investigación descriptiva correlación de corte trasversal, estuvo conformado por 150 pacientes con diabetes , se halló que un 29% de ellos no presenta ansiedad , el 34 % un nivel leve, el 28% moderado y el 9% severo , en cuanto a relación con las variables se dice que la cuantía de chi-cuadrado es de 160.8 es así que se concluyó que el nivel de ansiedad guarda relación con el bienestar espiritual (De la Cruz , 2019).

Por ultimo encontramos a (Guillen, 2017) quien en su tesis “depresión y ansiedad en pacientes con tratamiento de hemodiálisis” cuya finalidad es instituir el nivel de depresión y ansiedad en dichos pacientes, la presenta tesis estuvo formado por un total de 101 individuos, los cuestionarios utilizados para la medición fueron el de depresión de Beck y el ISRA mediante los cuales se dedujo que no presentan depresión 61.4%, nivel leve 23.8% y moderada 14.9%. En ausencia de ansiedad o ansiedad mínima 55.4%, ansiedad moderada 42.6% y severa únicamente el 2%.por otro lado, se tasa que las áreas de la ansiedad guardan relación significativa con la depresión, Finalmente se concluye que existe una relación significativa entre la depresión y ansiedad.

En cuanto a las variables de estudio tienen diversas **definiciones**, empezamos con la **depresión**, por depresión decimos que es un síndrome o conjunto de síntomas, el concepto de depresión agrupa la aparición de síntomas afectivos, de los sentimiento y emociones como la tristeza patológica, decaimiento irritabilidad, sensación de minusvalía, también se hacen presentes los síntomas cognitivos, volitivo o hasta somáticos (Alberi, 2006). Para la (OMS, 2020) la depresión representa un trastorno frecuente, que tiene características como tristeza, culpabilidad, baja autoestima, llegando a perder el apetito y afectando la rutina del sueño de quien la padece. Esta puede hacerse crónica y generar dificultades en el desempeño dentro del trabajo o escuela, así como hacerle frente a la vida diaria, si se presenta de manera grave puede llegar al suicidio, por otro lado, si se presenta de manera leve se trata sin necesidad de medicamentos.

Según (Alonzo, 2013) La depresión es un trastorno psíquico, muy frecuente , que origina alteraciones del estado de ánimo como tristeza que casualmente va a acompañado de la ansiedad, y puede incluir además otros síntomas como sensación de vacío, desinterés, general, desaparición de la comunicación y el contacto, enlentecimiento psicomotor, ideas de muerte e incluso intento de suicidio, etc. así como sintomatología somática. (Ramirez, 2017) ostenta que la depresión es un conjunto de males psiquiátricos heredados o adquiridos, con síntomas específicos a la

que se le incorporan cambios negativos de tipo orgánicos, psicológicos, conductuales, cognitivos y afectivos.

De acuerdo con el DSM-IV, la depresión presenta características el desinterés por las actividades que antes venía realizando y se debe tomar en cuenta que estas expresiones hayan hecho su aparición por lo menos dos semanas para que así se pueda diagnosticar. Se afecta la esfera psíquica, la somática Y conductual reflejándose todo esto en el área social, donde se evidencia perdida de interés por su grupo social y su interacción con ella.

Según (Cabanillas & Dios, 2019) la depresión es un conjunto de síntomas y signos que afectan inicialmente el área afectiva presentando en ocasiones pena, debilidad, irritabilidad o un desajuste en el humor que puede perjudicar las actividades de la vida habitual o laboral. Para (Beck, 1967) la depresión se manifiesta por conceptos específicos estos son tres también llamada triada cognitiva en el primer lugar encontramos a que está formada por una visión negativa de sí mismo esta se caracteriza por la visión negativista de su futuro, de sí mismo y de sus experiencias, seguidamente tenemos a los esquemas cognitivos quienes son relativamente estables y conforman la base para regularizar las interpretaciones, estas pudieron haber estado inactivas y haber sido impulsados por contextos generadoras de ansiedad, por ultimo están los errores de procesamiento de información. Errores que se evidencian en el paciente depresivo y que conservan las creencias en los esquemas cognitivos pese a que existan evidencias inversas. Estos son: el catastrofismo; la abstracción selectiva; la generalización excesiva y el pensamiento dicotómico o absolutista.

En cuanto a las **dimensiones de la depresión** (Beck, 1967) nos dice que existen dos dimensiones el primero denominado cognitivo-afectivo y el factor número dos, somático-Motivacional. Por otro lado, en cuanto a las **teorías** de depresión tenemos a los postulados psicodinámicos en donde encontramos a (Abhram, 1960) sustenta que la depresión se inicia cuando el individuo ha sufrido reiterados fracasos en relación con sus objetivos libidinales lo que causa de forma constante deseos destructivos hostiles. De forma concreta hace referencia a los naufragios en la fase oral.

Freud en su investigación Duelo y Melancolía hace comparación entre las reacciones de presión normales como la presencia de sentimientos melancólicos y las reacciones por ejemplo por la muerte de un ser querido o etapa de duelo, en el que menciona que la diferencia que reside además de las ya conocidas como tristeza, desinterés, existe una disminución notable de la autoestima (Freud, 1972). También encontramos a las teorías conductuales, de acuerdo a (Fester, 1965) la principal particularidad de la depresión es la disminución conductual reforzadas de manera positiva lo que proporcionan el manejo del ambiente y por tanto inicia la aparición del crecimiento significativo en las conductas evitativas de estímulos que son dañinos para la persona. Según el autor antes mencionado hay cuatro procesos que cumplen con esta característica de evitación de estímulos que son aversivos para la persona.

Dentro de las teorías cognitivas encontramos la de autocontrol de Rehm expone que ante la existencia de una falencia en las conductas control este se convierte en un factor que vulnera al individuo con la pérdida o ausencia de reforzadores que conforman en factores de estrés, esto desencadena un potencial episodio depresivo. (Rehm, citado por Coaquira y Ticona, 2017). La teoría de estilos de respuestas fue elaborada por Nolen, este no desea explicar el origen de la depresión de lo contrario intenta identificar el recorrido de la depresión en la cual ocupa que la manera en que la persona responde a los síntomas depresivos va a desligar el mantenimiento o intensificación de los síntomas. A esto le puso el nombre de repuestas rumiativas (Nolen-Hoeksema, citado por Coaquira y Ticona, 2017).

Según (Beck, 1967) menciona como como principal causante de la depresión la existencia de una distorsión en el sistema de procesamientos de la información lo que ocasiona que el individuo recuerde en exceso sucesos y hechos negativos. Este procesamiento distorsionado causa que el individuo perciba síntomas cognitivos, afectivos, somáticos y motivacionales que surgen de manera habitual en la depresión. Beck menciona también que dichas estructuras de pensamiento que han sido formados a lo largo del tiempo de vida del ser humano y son funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior.

Es decir, se han formado a lo largo del tiempo y son permanentes. Dicho esto, en las personas con depresión habitan esquemas depresógenos que son diferentes a los esquemas normales en estos se contiene creencias jéricas y actitudes estables, estas creencias por lo general son irrealistas e inflexibles.

Beck de igual manera enfatiza que la activación de los esquemas depresogénos se activan por agentes estresores o ansiosos que sean representativos para la persona y a su vez son definidos por la organización de la personalidad, al momento de realizarse dicha activación se producen fallas sistemáticas en el procesamiento de la información que son los siguientes: Inferencia arbitraria, abstracción selectiva, generalización excesiva, magnificación y minimización, personalización, pensamiento absolutista y dicotómico, Finalmente, según la organización de dichos errores cognitivos se configura la triada cognitiva de la depresión que se reconoce como factor causal de la persistencia de la depresión: Pensamiento negativo del mundo, del futuro, de sí mismo.

De igual manera para la segunda variable que es la **ansiedad** encontramos diferentes **definiciones** (Lega , Caballo, & Ellis, 2009), la ansiedad se obtiene como resultado de la preocupación emocional que se forma de los pensamientos de amenaza o catastrofización que tiene el individuo. También nos menciona que la ansiedad es un sentimiento que causa dolor y agotamiento y se presenta en compañía de otras emociones como la culpabilidad, vergüenza y tristeza.

(Spielberger, 1983) menciona que la ansiedad es una determinada respuesta emotiva desagradable que es producida por la aparición de algún estímulo externo, esta representa para el individuo una amenaza lo que conlleva a diversos cambios fisiológicos y conductuales que padece el sujeto. incluso agravándose al punto de causar suicidios o episodios depresivos.

En cuanto a las **dimensiones** de la ansiedad (Spilemberg, 1972) nos menciona dos que son ansiedad estado y la ansiedad rasgo, por un lado la ansiedad como estado, vendría a ser una determinada situación efímera, modificable en el tiempo provocada por el sujeto, simbolizado por el nerviosismo y miedo, acompañada de cambios

fisiológicos percibida de forma consciente; por otra parte la ansiedad- rasgo, nos indica a cómo reaccionan los individuos en contextos percibidos como peligrosos y que manifiestan según cada individuo, con alturas de ansiedad que van en acrecentamiento y pueden subsistir durante el transcurso del tiempo apreciando situaciones comunes como amenazantes, esta se presenta como una característica fija de la personalidad.

También dentro de la ansiedad podemos observar diferentes teorías como por ejemplo la del modelo psicodinámico, (Freud , 1917), decía que la ansiedad es un síntoma, una señal peligrosa que se origina de los impulsos reprimidos, el consideraba con una reacción del Yo frente a aquellas peticiones inconscientes del Ello, que se podrían producir sin control. La ansiedad de acuerdo a este autor, surge como consecuencia de aquellos problemas intra psíquicos generalmente inconscientes. En el enfoque cognitivo, (Beck, 1967), infiere que la ansiedad es netamente un estado emocional, claramente desagradable que se caracteriza por tensiones, sentimientos de incomodidad, nervios que van ligados con síntomas fisiológicos entre estos temblores, sensación de vomito. (Spielberger, 1983), ve la ansiedad como una respuesta emocional desagradable, que se inicia por algún estímulo del exterior, y este es considerado como un peligro para el individuo, de esta manera llegando a producir cambios en la conducta y cambios fisiológicos.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación

El tipo de investigación del presente estudio es básica, ya que no pretende aplicar de manera práctica los descubrimientos obtenidos, por el contrario busca el aumento de conocimiento e un determinado tema para así responder preguntas o para que dichos conocimientos sean aplicados en próximas investigaciones, según (Ander Egg, 2011), la investigación básica es un procedimiento sistemático, crítico y controlado que busca descubrir o interpretar fenómenos y hechos en una cierta realidad, de esta manera descubrir verdades y obtener nuevos conocimientos.

Diseño de investigación

El diseño de investigación es no experimental de corte transversal descriptivo – correlacional, (Hernandez , Fernandez, & Baptista, 2010) nos mencionan que una investigación no experimental es sistemática en esta las diferentes variables de estudio no se deben manipular, las deducciones sobre las relaciones entre las variables se realizan sin ninguna intervención directa sobre estas. También nos dicen que es de corte transversal cuando la recolección de datos se da en un solo momento, así como también analizar su prevalencia en un momento determinado. Estos mismos autores citan que una investigación es de alcance descriptivo cuando se pretende especificar las características o propiedades de personas, grupos, procesos u objetos que fueron sometidos a un análisis, finalmente es correlacional cuando posee la finalidad de identificar la asociación y grado de relación que se evidencia entre dos o más variables, conceptos o categorías en un determinado contexto.

3.2. Variables y operacionalización

Variable 1: Depresión

Nota: *El cuadro de operacionalización de variables se encuentra en anexos.*

Variable 2: Ansiedad

Nota: *El cuadro de operacionalización de variables se encuentra en anexos.*

3.3. Población, Muestra y muestreo

Población

La población es un conjunto definido de cosas o sujetos que conservan características equivalentes, que se utilizarán para lograr finalizar una determinada investigación (Arias, 2012). Es así que la población para la presente investigación estará conformada por 80 pacientes diagnosticados con diabetes que siguen un tratamiento en el hospital de Yungay.

Muestra

Estará conformada por el 100% de la población. Esta viene a ser un subconjunto característico y finito que se extirpa del total de la población asequible, este posee particularidades equivalentes a las del conjunto total, de esta manera da paso a realizar inferencias o a la generalización de los resultados con el restante de la población (Arias, 2012).

Muestreo

Para (Arias, 2012) el muestreo es un instrumento o proceso mediante el cual se selecciona una porción de la muestra, El muestreo fue no probabilístico de tipo intencional, en este tipo de muestreo el encargado de llevar a cabo la investigación elige la muestra de acuerdo a sus propios criterios (Juárez, 2014).

Criterios de inclusión y exclusión

Según el autor (Manzano & Perdomo, 2016) nos menciona que la delimitación de manera conceptual de criterios de inclusión y exclusión son de suma importancia no solo porque mejora la calidad de la investigación si no también, porque, fortifican la calidad metodológica y de esta manera la veracidad y aplicabilidad de

los resultados a obtener. En el presente estudios dichos criterios son los siguientes:

Criterios de inclusión

- Pacientes diagnosticados con diabetes registrados.
- Pacientes que pertenezcan al programa de diabetes del hospital de Yungay.

Criterios de exclusión

- Pacientes que no asistan al programa de diabetes
- Pacientes que no deseen participar de la investigación.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnica: Quispe y Sánchez (2011) mencionan que la encuesta es aquella técnica que se desarrolla a través de la administración de una serie de preguntas, todo esto con el principal objetivo de investigar, explorar o indagar acerca de un tema en específico, en la presente averiguación se utilizara, la técnica de la encuesta para la obtención de los datos de las variables estudiadas estos serán el cuestionario de depresión de Beck y el inventario de ansiedad de ISRA, ambos instrumentos serán aplicados a la población de manera virtual.

Instrumentos de recolección de datos

Para la variable Depresión se usará el Inventario de depresión de Beck, el año de publicación del cuestionario fue en 1993, y el autor fue Aron T Beck, por la editorial The Psychological Corporation, este cuestionario permite apreciar la intensidad de la depresión en pacientes psiquiátricos y detectar posibles depresiones en la población en general, el cuestionario es aplicable en adolescentes y adultos, la administración oral requiere de 5 a 10 min aproximadamente, en los pacientes obsesivos puede prolongarse el tiempo de aplicación, el manual está elaborado en

inglés, por otro parte el cuadernillo de preguntas en español y está conformado por 21 preguntas.

De igual manera para medir la variable ansiedad se hará uso del Inventario de Ansiedad: Rasgo – Estado (IDARE) cuyos autores son Spielberg, Charles; Díaz, Rogelio dicho inventario se creó en el año 1975, posee una aplicación individual y grupal, el tiempo promedio de aplicación es de 15 a 20 min, posee un total de 40 ítems, estos están partidos en dos y son la dimensión del rasgo de ansiedad y dimensión del estado de ansiedad, los indicadores de presencia de ansiedad rasgo se ubican en los ítems 22, 23, 24, 25, 28, 29, 31, 32, 34, 35, 37, 38 y 40; por otro lado tenemos indicadores que muestran la ausencia de ansiedad rasgo estos están en los ítems 21, 26, 27, 30, 33, 36 y 39; encontramos los indicadores de presencia de ansiedad estado en los ítems 3, 4, 6, 7, 9, 12, 13, 14, 17 y 18; y finalmente tenemos a los indicadores que muestran ausencia de ansiedad estado en los siguientes ítems 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19, 20. La variable se encuentra en la escala de medición ordinal.

3.5. Procedimientos

Se coordinará con la escuela profesional de psicología para obtener una carta de presentación para el centro en donde se realizará la aplicación de los cuestionarios, después de la recepción y aceptación de esta, se comunicará de manera objetiva lo que se realizará en dicho estudio, el proceso de la recolección de datos se dará de manera presencial, cada uno de los participantes de primera mano tendrán que dar su consentimiento informado para aplicación de los instrumentos de evaluación, concluidas dichas evaluaciones se realizará la elaboración de la base de datos y el análisis de estos, finalmente se procederá a la elaboración de la discusión así como las conclusiones, recomendaciones y finalmente la sustentación .

3.6. Método de análisis de datos

Para la presente investigación se utilizará la estadística descriptiva e inferencial, se usará la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov para el análisis de distribución de cada uno de los datos, así como para la correlación se hará uso del coeficiente Pearson o Spearman según los resultados de la prueba de normalidad, mediante el SPSS versión 23, de esta manera se verificará la existencia o no de la relación entre la primera y la segunda variable, se procederá a elaborar las tablas para mostrar e interpretar los resultados.

3.7. Aspectos éticos

La presente investigación se rigió a un conjunto de parámetros que velan por el desarrollo ético de esta, es así que tenemos en cuenta a la Asociación médica mundial (AMM, 2013) donde nos menciona acerca de la declaración de Helsinki, este nos dice que es de suma importancia contar con el consentimiento informado de cada uno de los participantes del estudio, ya que de esta manera provee a los participantes el derecho a conservar los datos mencionados es estricta privacidad y confiabilidad. De igual manera tenemos a (Amaro, 1996) quien habla de los cuatro principios de bioética los cuales son : el de autonomía, este principio nos indica el respeto hacia la voluntad del participante de formar parte o no del presente estudio, el principio de beneficencia, que muestra la contribución directa de lo investigado sobre el sujeto que concluya ser partícipe del estudio, también tenemos el principio de no maleficencia, este nos habla acerca de la importancia de cuidar a cada uno de los participantes, buscando que no se afecten ni dañen por el desarrollo de la investigación, por último veremos el principio de justicia, que indica el trato de manera igualitaria que se debe de dar entre cada uno de los participantes.

De igual manera, en esta investigación se respetó la propiedad intelectual, teniendo en cuenta el adecuado uso de las citas, referencias bibliográficas con el formato de la American Psychological Asociación, quien rechaza de toda forma cualquier acto de plagio por último, se aplicó cada una de las consideraciones éticas que han sido propuestas y formuladas por el colegio de psicólogos del Perú, rigiéndonos a las pautas que se deben aplicar en todo trabajo de investigación, haciéndose respetar las normas nacionales e internacionales (Colegio de psicólogos del Perú, 2018).

IV. RESULTADOS

Tabla 1.

Correlación entre depresión y ansiedad en pacientes con diabetes del Hospital de Yungay.

| Rho Spearman | | Ansiedad |
|---------------------|---------------------------|-----------------|
| | Coeficiente correlacional | ,048** |
| Depresión | P- valor | ,064 |
| | N | 80 |

En la tabla 1, podremos apreciar la correlación existente entre la depresión y la ansiedad en pacientes con diabetes del Hospital de Apoyo Yungay, según los resultados obtenidos la correlación existente es alta y positiva (048**). En este sentido, se afirma la hipótesis general; es decir, sí existe una relación entre ambas variables.

Tabla 2.

Correlación entre depresión y dimensión Ansiedad- Estado de la ansiedad

| Rho Spearman | | Ansiedad-Estado |
|---------------------|---------------------------|------------------------|
| | Coeficiente correlacional | ,084** |
| Depresión | P- valor | ,456 |
| | N | 80 |

En la tabla 2, podemos apreciar la correlación existente entre la depresión y la dimensión de Ansiedad- Estado de la ansiedad en pacientes con diabetes del Hospital de Apoyo Yungay, según los resultados obtenidos la correlación existente es alta y positiva (,084**). En este sentido, se afirma la primera hipótesis específica; es decir, sí existe una relación entre la variable Depresión y la dimensión Ansiedad – Estado.

Tabla 3.

Correlación entre depresión y dimensión Ansiedad-Rasgo de la ansiedad

| Rho Spearman | | Ansiedad-Rasgo |
|---------------------|---------------------------|-----------------------|
| | Coeficiente correlacional | ,029** |
| Depresión | P- valor | ,797 |
| | N | 80 |

En la tabla 3, podremos apreciar la correlación existente entre la depresión y la dimensión de Ansiedad- Rasgo de la ansiedad en pacientes con diabetes del Hospital de Apoyo Yungay, según los resultados obtenidos a correlación existente es alta y positiva (029**). En este sentido, se afirma la segunda hipótesis específica; es decir, sí existe una relación entre la variable Depresión y la dimensión Ansiedad - Rasgo.

Tabla 4.

Distribución de la frecuencia de los niveles de depresión en los pacientes

| Depresión | Frecuencia | Porcentaje |
|------------------|-------------------|-------------------|
| Bajo | 6 | 7,5% |
| Medio | 70 | 87,5% |
| Alto | 4 | 5 % |
| Total | 80 | 100 % |

En la tabla 04, se muestran los niveles de depresión que se obtuvieron en una muestra de 80 pacientes con diabetes del hospital de Yungay, existe un 7,5%, es decir equivalente a 6 pacientes que poseen niveles bajos de depresión, seguidamente encontramos que el 87,5% que vendrían a ser 70 pacientes presentan nivel medio de depresión y por último vemos que el 5% es decir 4 pacientes se encuentran con niveles altos de depresión

Tabla 5.

Distribución de la frecuencia de los niveles de Ansiedad en los pacientes

| Ansiedad | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------|-------------------|-------------------|
| Medio | 80 | 100 % |
| Total | 80 | 100 % |

En la tabla 05, se muestran los niveles de ansiedad que se obtuvieron en una muestra de 80 pacientes con diabetes del hospital de Yungay, en donde encontramos que el 100% de la muestra se encuentra en un nivel medio de ansiedad.

V. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo identificar la relación entre la depresión y la ansiedad en pacientes con Diabetes del hospital de Yungay 2021.

Después de analizar los datos se obtuvo los resultados, en donde, se puede afirmar que existe una relación positiva entre la depresión y la ansiedad (Rho: ,048) esto nos indica a mayor ansiedad mayor posibilidad de sufrir de depresión, dicho resultado concuerda con la investigación de tenemos a (Martinez K. , 2019) quien realizó un estudio titulado Depresión y Ansiedad en Pacientes con Diabetes Mellitus en la localidad de Tabasco, cuyo objetivo tuvo como identificar el nivel de depresión y ansiedad así como la relación de estas en pacientes con diabetes mellitus, se concluyó que entre mayor grado de ansiedad presenten los pacientes es mayor el riesgo a padecer de depresión (Rho: ,046). De igual manera se encuentra coincidencia con el trabajo de investigación realizado por (Guillen, 2017) quien concluye que existe una relación significativa positiva (Rho: ,301) entre la depresión y ansiedad.

Dicho hallazgo puede interpretarse debido a que los pacientes con diabetes sienten una amenaza frente a la pérdida de vida o a que su condición se pueda agravar generándose de esta manera ansiedad que al intensificarse puede conllevar a otros trastornos tales como la depresión, lo antes mencionado se puede corroborar con lo que menciona (Spielberger, 1983) que la ansiedad es una determinada respuesta emotiva desagradable que es producida por la aparición de algún estímulo externo, esta representa para el individuo una amenaza lo que conlleva a diversos cambios fisiológicos y conductuales que padece el sujeto. incluso agravándose al punto de episodios depresivos o afectación de manera integral en la vida de la persona.

Por otro lado tenemos el objetivo específico número uno, el cual es identificar la relación entre la depresión y la dimensión Ansiedad- Estado en pacientes con diabetes del Hospital de Yungay, 2021, los resultados obtenidos para este objetivo fueron que existe una relación, y esta es alta y positiva (Rho: ,084**).

Estos resultados están ligados con lo que nos menciona (Spilemberg, 1972) la ansiedad como estado, vendría a ser una determinada situación efímera, modificable en el tiempo provocada por el sujeto, simbolizado por los sentimientos de nerviosismo y aprensión emocional, acompañada de cambios fisiológicos percibida de forma consciente, lo que ocasionaría lo mencionado por (Vicente, 2020) que nos dice que la depresión surge como secuela de un trastorno de ansiedad o viceversa . La ansiedad y la depresión son respuestas de que inician ante numerosos eventos, la ansiedad impulsa nuestro sistema de alerta y la depresión puede aparecer ante estos fallos o hechos.

Así mismo tenemos al segundo objetivo general el cual buscaba encontrar la existencia o no de relación entre la depresión y la ansiedad Rasgo, para lo cual se concluyó la existencia de dicha correlación siendo esta alta y positiva (Rho: 029**) , la ansiedad rasgo como nos menciona (Spilemberg, 1972) hace referencia a cómo reaccionan las personas en situaciones apreciadas como peligrosas y que responden según cada individuo, con niveles de ansiedad que se acrecientan y que pueden mantenerse durante el transcurso del tiempo considerando circunstancias comunes como amenazantes, esta se presenta como una característica fija de la personalidad.

En cuanto al nivel de depresión que se hayo en los pacientes con diabetes, luego de medir dicha variable con el instrumento BDI-II, Los resultados obtenidos fueron que el 87,5% de ,los pacientes diabéticos sufren de depresión representando este número a la mayoría de la muestra, dichos resultados se pueden contrastar con los que obtuvo (Antunez, 2016) quien realizó un estudio cuyo título es “Depresión en pacientes con diabetes tipo 2” en donde evidencio que la periodicidad de

depresión en los enfermos de diabetes es de 82%. Por otro lado, dichos resultados difieren con los que obtuvo (Martinez K. , 2019), quien en su estudio “Depresión y Ansiedad en Pacientes con Diabetes Mellitus en la localidad de Tabasco” halló como resultado que el 72.9% de pacientes sufren de depresión mínima.

Estas diferencias en los resultados podrían estar relacionados con la inteligencia emocional de los pacientes en las diversas muestras, así como también con el apoyo y vínculo familiar que cada uno de estos poseen, además es importante recalcar el sistema de salud que poseen otros países extranjeros comparados al del Perú.

Por último tenemos los niveles de ansiedad que han obtenido los pacientes de esta investigación, en donde el resultado fue único y mayoritario, siendo este, que el 100% de los pacientes sufren de ansiedad media, de esta forma se puede encontrar similitud con el trabajo de (Martinez F. , 2015) que en su tesis titulada “Prevalencia y gravedad de la depresión y la ansiedad en pacientes con diabetes de tipo 2” aquí se obtuvieron los resultados que fueron el 95% de los pacientes presentaron ansiedad.

VI. CONCLUSIONES

1. Se logro encontrar la existencia de una relación directa entre la depresión y la ansiedad en persona diabéticas que reciben un tratamiento en el hospital de Yungay.
2. Se estableció la existencia de una relación directa entre la depresión y la Ansiedad - Estado en personas con diabetes que reciben un tratamiento en el hospital de Yungay.
3. Se estableció la existencia de una relación directa entre la depresión y la Ansiedad - Rasgo en personas con diabetes que reciben un tratamiento en el hospital de Yungay.
4. Los hallazgos encontrados en este estudio permitieron demostrar que las personas con diabetes son afectadas con niveles importantes de Depresión y ansiedad.

VII. RECOMENDACIONES

- Crear y ejecutar un plan operativo de prevención psicológica que se desarrolle con los pacientes pertenecientes a programas de diabetes de esta manera se lograra brindar apoyo emocional para así lograr que los individuos posean estabilidad psicológica y se disminuyan los niveles de ansiedad y depresión, así como cualquier otro trastorno mental.
- Promocionar y promover la salud mental por medio de campañas en hospitales o centros de salud, implementar nuevas estrategias que nos ayuden a no solo trabajar con los pacientes si no también con sus cuidadores o círculo más cercano, ya que ellos vienen a ser parte importante para el correcto desarrollo emocional en dichos pacientes.
- Generar conciencia en los trabajadores (médicos, enfermeras, nutricionistas, técnicos) quienes brindan atención a dichos pacientes, para que prime el buen trato, amabilidad, tolerancia y empatía, para así evitar empeorar o generar episodios ansiosos o depresivos, ya que al ser vulnerables podrían afectarse rápidamente por comentarios, malos tratos etc.; por parte de estos.

REFERENCIAS

- Abhram, K. (1960). *Psikipedia*. Obtenido de <https://psikipedia.com/libro/psicopatologia-2/2236-teorias-psicodinamicas-de-los-trastornos-depresivos#:~:text=Karl%20Abraham%20fue%20el%20primero,teor%C3%ADa%20psicodin%C3%A1mica%20sobre%20la%20depresi%C3%B3n.&text=Concibi%C3%B3n%20la%20depresi%C3%B3n%20c>
- Alberi, J. (2006). La Depresión. *Guías clínicas*, 6-11.
- Alonzo, A. (2013). La depresión en adolescentes. *Injuve* .
- Amaro, M. d. (1996). *Principios básicos de la bioética*. Obtenido de Revista cubana de enfermería : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191996000100006
- AMM. (2013). *Declaración de Helsinki de la AMM -Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Obtenido de <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
- Ander Egg, E. (2011). *Aprende a investigar : nociones basicas para la imvestigación*. Obtenido de <file:///C:/Users/usuario/Downloads/Ander%20Egg%20Cap%C3%ADtulo%201.pdf>
- Antunez, M. (2016). Depresión en pacientes con diabetes tipo 2 que acuden a una consulta externa. *Acta Médica Colombiana*, 102-110.
- Arias, F. (2012). *ebevidencia*. Obtenido de <https://ebevidencia.com/wp-content/uploads/2014/12/EL-PROYECTO-DE-INVESTIGACI%C3%93N-6ta-Ed.-FIDIAS-G.-ARIAS.pdf>
- Azzollini , S., & Vera , B. (2015). DIABETES TIPO 2: DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y SU RELACIÓN CON LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO UTILIZADAS PARA LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 287-291.
- Beck, A. (1967). *Rev. Clin. psychol.* Obtenido de <https://www.cop.es/colegiados/PV00520/pdf/Modelo%20cognitivo%20generico%20de%20Beck.%20Traducci%C3%B3n.pdf>
- Cabanillas, A., & Dios, P. (2019). *Repositorio Utumbes*. Obtenido de Depresión y el estado nutricional en estudiantes: <http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/UNITUMBES/744>

- Colegio de psicólogos del Perú. (2018). *Colegio de psicólogos del Perú*. Obtenido de http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf
- Cruz, G. (2019). *Repositorio Uladech*. Obtenido de http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/17528/PACIENTES_DIABETES_CRUZ_JIMENEZ_GREASSE_KELLY.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Cuenca, A. (2018). *Space Azuay*. Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/7722/1/13529.pdf>
- De la Cruz, G. (2019). *Repositorio ucv*. Obtenido de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/40328/De%20La%20Cruz_SGA-Villa_CDA.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- EFE. (2017 de febrero de 2017). *Emol*. Obtenido de <https://www.emol.com/noticias/Tendencias/2017/02/23/846361/OMS-Un-44-de-la-poblacion-mundial-sufre-de-depresion-y-casos-aumentan-un-18-en-10-anos.html>
- Fester, L. (1965). *Teorías of Psychology*. Madrid : psychology and the human mind.
- Freud, S. (1917). *Inhibición, síntoma y angustia*. Standart edition.
- Freud, S. (1972). *Duelo y melancolia*. Bueno Aires: Amorrortu Editores.
- Funk, W. (1963). *Enciclopedia de referencia estandar*.
- Guillen, J. (2017). *Repositorio urp*. Obtenido de <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1199/TESIS-Guillen-Ordonez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Hernandez, R., Fernandez, C., & Baptista, M. (2010). *Freelibros*. Obtenido de https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf
- INSM. (2015). *Instituto nacional salud mental "Honorio delgado Hideyo Noguchi*. Obtenido de <http://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2013/012.html>
- Lega, L., Caballo, V., & Ellis, A. (2009). *Teoría y Práctica de la Terapia Racional Emotivo-Conductual*. Madrid.
- Manzano, R., & Perdomo, A. (2016). Sobre los criterios de inclusión y exclusión. Más allá de la publicación. *Scielo*, 1-2.

- Martinez, F. (2015). Prevalencia y gravedad de la depresión y la ansiedad en pacientes con obesidad y diabetes de tipo 2: estudio en población de Tabasco, México. *Gaceta Médica de México*, 101-6.
- Martinez, K. (2019). Depresión y Ansiedad en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 del Hospital Comunitario de Jonuta, Tabasco "Arsenio Filigrana Zubieta". *European Scientific Journal* , 1857 – 7881.
- OMS. (30 de enero de 2020). *Organización mundial de la salud* . Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20una%20enfermedad,problemas%20de%20la%20vida%20cotidiana>.
- Pantani , F., & Rosas , J. (2019). *Repositorio upch*. Obtenido de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/6409/Frecuencia_Pantani_Romero_Francesco.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Polanco, J. (diciembre de 2014). *Repositorio unsa* . Obtenido de <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4070/MDpoaljr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ramirez, E. (2017). *Relación entre autoestima y la depresión en los padres que asisten a la asociación ayúdanos a ayudar a familiares y personas con discapacidad del distrito de Corrales - Tumbes, 2015*. Obtenido de <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/1488>
- Rojas, K. G. (6 de junio de 2016). *El peruano*. Obtenido de <https://elperuano.pe/noticia-la-depresion-es-trastorno-mental-mas-comun-peru-41872.aspx>
- Saenz, M. (2019). Diabetes en el Perú.
- Spielberger, C. (1983). *Manual for the State- Trait Anxiety Inventory: STAI (Form Y)*. Palo alto : Consulting Psychologists Press. .
- Spilemberg. (1972). Theory and research on anxiety. En C.D. Spielberger (Ed.). En Spilemberg. New York: Academic Press.
- Tobal, M. (1990). *La ansiedad*. Madrid: Alhambra Universidad.
- Vicente, P. N. (2020). Ansiedad y depresión, ¿como se relacionan? *Psicología Nafria* , 2.
- Vindel, A. C. (2019). *En primera persona , trastornos de ansiedad*. TEA.
- Zevallos, S. (2016). *Aritulos Originales* . Obtenido de <http://www.insm.gob.pe/ojsinsm/index.php/Revista1/article/view/14>
- Zung, W. (1971). *la ansiedad y sus rasgos* . Madrid: Centro de Estudios Ramón. Areces.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de operacionalización de variables

| VARIABLE | DEFINICIÓN CONCEPTUAL | DEFINICIÓN OPERACIONAL | DIMENSIONES | INDICADORES | ESCALA DE MEDICIÓN |
|-----------------|---|---|-------------------------|----------------------------------|--------------------|
| Depresión | la depresión es la manifestación por conceptos específicos estos son tres también llamada triada cognitiva, los cuales representan distorsiones del pensamiento individual, social y del futuro. (Beck, 1967) | Se medirá a través del inventario de depresión de Beck (BDI-II) , el cual medirá el nivel de depresión en base a u dimensiones que son el área cognitivo-afectivo , el somático-emocional | Cognitivo-Afectivo | • Tristeza | Ordinal |
| | | | | • Pesimismo | |
| | | | | • Sentimientos de culpa | |
| | | | | • Pérdida de placer | |
| | | | | • Autocrítica | |
| | | | | • Pensamientos o deseos suicidas | |
| | | | | • Fracaso | |
| | | | | • Llanto | |
| | | | Somático-motivacional | • Sentimientos de castigo | |
| | | | | • Disconformidad con uno mismo | |
| | | | | • Agitación | |
| | | | | • Pérdida de interés | |
| | | | | • Indecisión | |
| | | | | • Desvalorización | |
| Ansiiedad Rasgo | • Presencia de ansiedad | Ordinal | | | |
| | • Ausencia de ansiedad | | | | |
| | Ansiiedad estado | | • Presencia de ansiedad | | |
| | | | • Ausencia de ansiedad | | |
| Ansiiedad | Es una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación; así mismo, activación o descarga del sistema nervioso autónomo (Spielberger, 1983). | Será medido a través del IDARE dividido en 2 dimensiones: ansiiedad-rasgo y ansiiedad-estado; conformado por 40 ítems. | Ansiiedad Rasgo | • Presencia de ansiedad | Ordinal |
| | | | | Ansiiedad estado | |
| | | | | | |
| | | | | • Ausencia de ansiedad | |

Anexo 2: Documento de permiso.



Huaraz, 04 de junio del 2021

CARTA N°004-2021/PE.PSIC-UCV-HZ

Dr. Julian Espinoza Bravo
DIRECTOR
HOSPITAL DE APOYO YUNGAY

Presente.-

De mi especial consideración:

Es grato poder expresarle nuestros saludos a nombre de la Universidad César Vallejo de Huaraz y desearle todo tipo de éxitos en su gestión al frente de su representada.

El programa de estudios de Psicología ha previsto en su Plan de Estudios que en el XI ciclo se desarrolle la experiencia curricular denominada **Desarrollo del Proyecto de Investigación**, que estará bajo la responsabilidad **Dr. Alva Olivos, Manuel Antonio** (cuyo proceso involucra en la aplicación de instrumento). Por esta razón, es nuestro interés solicitarle el permiso para que nuestra estudiante pueda realizar la aplicación del instrumento en su distinguida institución que dirige.

Cabe destacar que la información será resguardada bajo confidencialidad y ética profesional.

Sin otro particular por el momento, le reitero las muestras de mi especial consideración.

Atentamente,



Mgr. Kalima Jessie Acuña Beltrán
Coordinadora del PE. de Psicología
Campus Huaraz

Se adjunta data de la estudiante

ALVARADO ALEGRE, ANDREA
YVONNE
DNI: N° 71326283
Teléfono: 941100167

Anexo 3: Instrumentos

Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)

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

1) .

- No me siento triste
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2) .

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3) .

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4) .

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5) .

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6) .

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7) .

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8) .

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continuamente me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9) .

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10) .

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11) .

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12) .

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

13) .

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

14) .

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

15) .

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

16) .

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

17) .

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

18) .

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

19) .

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20) .

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21) .

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

IDARE
INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

Nombre: _____ **Fecha:** _____

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique **cómo se siente ahora mismo**, o sea, en estos momentos.

No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero trate de dar la respuesta que mejor describa sus sentimientos ahora.

| | NO | UN POCO | BASTANTE | MUCHO |
|---|-----------|----------------|-----------------|--------------|
| 1. Me siento calmado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Me siento seguro | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Estoy tenso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Estoy contrariado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Me siento a gusto | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Me siento alterado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Estoy alterado por algún posible contratiempo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Me siento descansado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Me siento ansioso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Me siento cómodo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Me siento con confianza en mí mismo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Me siento nervioso | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Estoy agitado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Me siento “a punto de explotar” | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Me siento relajado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Me siento satisfecho | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. Estoy preocupado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Me siento muy excitado y aturdido | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|----------------------|---|---|---|---|
| 19. Me siento alegre | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Me siento bien | 1 | 2 | 3 | 4 |

IDARE
INVENTARIO DE AUTOVALORACIÓN

INSTRUCCIONES: Algunas expresiones que las personas usan para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y encierre en un círculo el número que indique ***cómo se siente generalmente***. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase, pero describa cómo se siente generalmente.

| | CASI NUNCA | ALGUNAS VECES | FRECIENTE- MENTE | CASI SIEMPRE |
|--|---------------|------------------|---------------------|-----------------|
| 21. Me siento bien | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Me canso rápidamente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Siento ganas de llorar | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Quisiera ser tan feliz | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. Me siento descansado | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. Soy un persona “tranquila serena y sosegada” | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 28. Siento que las dificultades se amon- tonan al punto de no poder soportarlas | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. Me preocupo demasiado por cosas sin importancia | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 30. Soy feliz | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 31. Me inclino a tomar las cosas muy a pecho | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Me falta confianza en mí mismo | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Me siento seguro | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Me siento melancólico | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Estoy satisfecho | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Algunas ideas poco importantes | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| pasan por mi mente | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Soy una persona estable | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado | 1 | 2 | 3 | 4 |

