

UNIVERSIDAD SAN PEDRO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PROGRAMA DE ESTUDIO DE MEDICINA



**Ansiedad y depresión en diabéticos tipo 2, Centro de
Salud Progreso, Chimbote, 2023**

Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano

Autora

Loje Canicoba, Elena Patricia

Asesor

Sánchez Chávez-Arroyo, Vladimir
Código ORCID: (0000-0001-6327-738X)

Nuevo Chimbote – Perú

2023

INDICE DE CONTENIDOS

INDICE DE TABLAS.....	ii
PALABRA CLAVE.....	iii
RESUMEN.....	v
ABSTRACT.....	vi
INTRODUCCIÓN.....	1
METODOLOGÍA.....	18
Tipo y Diseño de investigación.....	18
Población - Muestra y Muestreo.....	18
Técnicas e instrumentos de investigación.....	19
Procesamiento y análisis de la información.....	20
RESULTADOS.....	21
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.....	27
CONCLUSIONES.....	30
RECOMENDACIONES.....	31
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
ANEXOS.....	34

INDICE DE TABLAS

Tabla 1	Ansiedad en los pacientes diabéticos en el Centro de Salud Progreso, Chimbote – Perú en el mes de marzo del 2023	25
Tabla 2	Depresión en los pacientes diabéticos en el Centro de Salud Progreso, Chimbote – Perú en el mes de marzo del 2023	26
Tabla 3	Relación entre ansiedad y depresión en los pacientes diabéticos en el Centro de Salud Progreso, Chimbote – Perú en el mes de marzo del 2023	27

1 Palabra clave

Tema	Ansiedad y depresión en diabético tipo 2
Especialidad	Psiquiatría

Keywords

Subject	Anxiety and depression in type 2 diabetics
Speciality	Psychiatry

Línea de investigación

Línea de investigación	Salud mental
Área	Ciencias Médicas y de la Salud
Subarea	Medicina clínica
Disciplina	Medicina general e interna

2 Título

Ansiedad y depresión en diabéticos tipo 2, Centro de Salud Progreso, Chimbote, 2023.

3 Resumen

El principal objetivo fue determinar ansiedad y depresión en diabéticos tipo 2 en el Centro de Salud Progreso en Chimbote – Perú en marzo del 2023. El diseño de estudio fue descriptivo, correlacional, de corte transversal, no experimental. La muestra la conformarán 50 personas diagnosticadas con diabetes mellitus Tipo 2. La técnica de recolección fue una encuesta y el instrumento fue un cuestionario. Se utilizó la escala de Hamilton tanto para depresión y ansiedad. Los resultados que se obtuvieron fueron que los factores sociodemográficos que más predomina es el género masculino (68%), grupo etario adulto (52,0%) y procedencia urbana (70%), el nivel de ansiedad se divide ansiedad menor y mayor ambas con el 50%, la depresión de los pacientes diabéticos está en el nivel moderada (54,0%) siendo más de la mitad de la muestra en estudio. Se concluye que no hay relación significativa siendo $p \geq 0,50$ entre la ansiedad y la depresión.

4 Abstract

The main objective will be to determine anxiety and depression in type 2 diabetics at the Progreso Health Center in Chimbote - Peru in March 2023. The design of a descriptive, correlational, cross-sectional, non-experimental study. The sample will be made up of 50 patients with Type 2 diabetes mellitus. The collection technique will be documentary and the instrument will be the collection sheet. The Hamilton scale will be used for both depression and anxiety. The results obtained were that the sociodemographic factors that predominate the most are the male gender (68%), adult age group (52.0%) and urban origin (70%), the level of anxiety is divided into minor and major anxiety, both with 50%, the depression of diabetic patients is at the moderate level (54.0%), being more than half of the study sample. It is concluded that there is no significant relationship with $p \geq 0.50$ between anxiety and depression.

5 Introducción

Antecedentes y fundamentación científica

En un investigación realizada en el Hospital Sergio Enrique Bernal, de Lima, que tuvo como finalidad investigar la prevalencia de la ansiedad y depresión en personas con diabetes tipo 2, a través de un estudio de tipo prospectivo, transversal, descriptivo, observacional. Se evaluó a 63 pacientes y se midió con los instrumentos siguientes: formularios clínicos para el diagnóstico de ansiedad y depresión, el Test de Zung de Ansiedad y Depresión. Se obtuvo como resultado que el 92% (58) tenía depresión, el 84% (53) ansiedad y el 83% (52) depresión y ansiedad. En resumen, existen importantes consecuencias asociadas a la evidencia de depresión y ansiedad con algún grado de deterioro emocional. Además, se encontró que los niveles de ansiedad y depresión en personas diagnosticadas con diabetes tipo 2 eran más altos en hombres que en mujeres entre 50 y 60 años (Garay, 2018).

Otro estudio, titulado "Relación entre depresión y diabetes tipo 2 en pacientes del Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil, Ecuador", pretende explicar la relación entre depresión y diabetes tipo 2. (test HADS), que se modificó añadiendo un rango de preguntas al cuestionario para alcanzar datos sobre los factores sociodemográficos del paciente. Como resultado, encontramos que el 75 % de todas las muestras analizadas por HADS se categorizaron como "caso", el 12 % como "caso probable" y el 13 % como "normales". Por género, el 15,1% de las mujeres eran "casos probables" frente al 8,5% de los hombres. El 73,6% de las mujeres y el 76% de los hombres se registraron para el diagnóstico de "caso". La presencia de comorbilidades y también la edad se ligaron significativamente con las puntuaciones de la prueba HADS. En resumen, la depresión es un desorden

psiquiátrico y se asocia a la presencia de comorbilidades y la edad en pacientes con DM2 (García, 2018).

En el trabajo de investigación de tipo descriptiva, correlacional, de corte trasversal titulado como “Relación entre Nivel de Ansiedad y Bienestar Espiritual en diabéticos” tuvo como objetivo delimitar la relación entre los niveles de ansiedad y los bienes mentales en personas que cursan con diabetes. Se examinó a 150 personas que fueron diagnosticadas con diabetes, el 29% no padecieron de ansiedad, el 34% un nivel leve, el 28% moderado y el 9% severo, en comparación con las variables, el resultado de chi-cuadrado fue de 160.8, por lo que se concluyó que los niveles de ansiedad están relacionados con el bienestar mental (De la Cruz, 2019).

En esta investigación tipo cuantitativo descriptivo-correlacional de corte trasversal titulado como Ansiedad y Depresión en Personas con Diabetes Mellitus Tipo 2 del Hospital Comunitario de Jonuta, Tabasco “Arsenio Filigrana Zubieta” tuvo como finalidad identificar la relación que existe en las personas con diabetes tipo II y los niveles de depresión ansiedad. Se evaluaron 66 pacientes diagnosticados con controles y la muestra fue de 35 pacientes utilizando un método de probabilidad aleatoria simple. La autoestima se midió mediante información sociodemográfica con consentimiento informado, el Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II) y el instrumento de Hamilton. Como resultado se encontró que 22 personas (62,9%) tenían depresión leve y 24 personas (68,6%) ansiedad leve. En resumen, cuanta más ansiedad tenga una persona con diabetes tipo 2, aumenta el riesgo de desarrollar depresión (Martinez, Vásquez, Javier Orama, Gil & Guzmán, 2019).

El presente estudio descriptivo, correlativo, no experimental, de corte trasversal titulado “Ansiedad y depresión en pacientes con diabetes tipo 2” tuvo como finalidad establecer la repercusión de ansiedad y depresión en

personas diagnosticadas con diabetes tipo 2 en el ámbito ambulatorio. Se evaluaron 284 pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 mediante la Escala de Ansiedad y Depresión de Hamilton. Los resultados mostraron que el 5,63% estaban deprimidos, el 4,93% eran mujeres, el 0,7% eran hombres, el 23,59% estaban ansiosos, el 19,37% eran mujeres, el 4,22% eran hombres, el 3,17% estaban ligeramente deprimidos, el 1,76% estaban moderadamente deprimidos, el 3,17% estaban severamente deprimidos y el 0,35% muy severamente deprimidos. El 0,35% de los de ansiedad tenían ansiedad mayor, el 23,24% tenían ansiedad leve, el 7,0% de los pacientes DMT2 tenían una duración evolutiva de menos de 4 años de ansiedad, y el 1,8% de los depresivos tenían más de 25 años. En conclusión, existe poca asociación entre los pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2 y el desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión (Guamanquishpe & Parra, 2019).

Elizarrarás- Rivas, et al. (2019) en México, se realizó un estudio de tipo aleatorizado titulado como "Factores de riesgo y frecuencia para depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General de Zona No.1 IMSS, Oaxaca" tenía como objeto reconocer los factores de riesgo asociados a la depresión en pacientes con diabetes tipo 2. Se evaluaron 285 pacientes con diagnóstico de diabetes tipo 2 según los criterios del DSM V y la escala de Beck para establecer la recurrencia de depresión. Además, se aplicó un cuestionario para determinar la evidencia de otros factores de riesgo. Se obtuvo como resultado que la depresión se logró evidenciar en 112 (39,3%) casos de pacientes con diabetes tipo 2. Los factores de riesgo que tuvieron significancia en estos pacientes fueron: género femenino, hospitalizaciones múltiples, sedentarismo, carencia de apoyo familiar, dedicación total a las tareas del hogar, adherencia inadecuada al medicamento para el control de la diabetes, entre otros. En resumen, la recurrencia de depresión en pacientes con diabetes tipo 2 es alta y los factores de riesgo se asocian significativamente con la depresión.

Pantani (2019) realizó un estudio de tipo trasversal descriptivo titulado como Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes diabéticos tipo 2, tuvo como objeto determinar la periodicidad de depresión y ansiedad no diagnosticada en pacientes con diabetes tipo 2. Se evaluaron 337 pacientes diabéticos, mediante las escalas de ansiedad y depresión, luego de la aplicación se encontró que en el total de pacientes estudiados, la recurrencia de depresión fue del 23,85%, la ansiedad fue del 32,72% y la tasa de suicidio fue del 7,95%, siendo el género femenino las que presentaron mayor prevalencia de ansiedad, concluyendo finalmente que la recurrencia de depresión y ansiedad en los pacientes dm2 fue alta. También se identificó que el género está relacionado con la ansiedad y la depresión.

En un estudio prospectivo, trasversal, explicativo y observacional titulado Factores ligados a la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en personas con diabetes tipo 2 del Hospital De Apoyo Aplao de Arequipa, el objetivo fue establecer factores ligados a la presencia de síntomas de ansiedad y depresión en personas con diabetes tipo 2. Se evaluaron 100 pacientes. El 55% tenía la enfermedad por menos de 5 años y el 21% tenía la enfermedad por 6 a 10 años y el 24% tenía la enfermedad por más de 10 años. Se detectó consumo de múltiples medicamentos en el 38% de los casos y comorbilidades en el 65%, de las cuales la más resaltante fue la hipertensión arterial (56%). Hubo un 56% de casos con complicaciones diabéticas, neuropatía en un 46%, pie diabético en un 16% y enfermedad renal en un 10% de los casos. En el tratamiento que recibieron el 82% fue antidiabéticos orales y el 18 % con insulina. En resumen, las características clínicas de los pacientes con diabetes tipo 2 relacionadas con la presencia de sintomatología de ansiedad son el consumo de múltiples medicamentos y las complicaciones crónicas de la diabetes, para la depresión, se encuentra en la gravedad de la enfermedad, el consumo de muchas drogas, comorbilidades, complicaciones crónicas, insulinoterapia y mal manejo de la diabetes (Pari Medina, 2020),

En este trabajo de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo, no experimental titulado como Ansiedad y depresión en personas con DM 2 que fueron atendidas en un centro de salud de Lima Norte – 2020, la finalidad fue establecer el nivel de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2. Se evaluaron 30 pacientes con esta patología. Para poder recolectar todos los datos se empleó la Escala de Depresión de Beck y la Escala de Ansiedad de Hamilton creadas y validadas por el mismo autor. Resultados: el 86,67% obtuvo altos niveles de ansiedad y el 30% depresión bajos niveles. En cuanto a sus dimensiones, el género femenino tuvo mayor prevalencia de ansiedad leve a moderada con un 92,30% y el sexo masculino con un 70,59%. La depresión en hombres tiene un 29,49% depresión leve-moderada y un 23,08% en mujeres, dependiendo del tiempo de enfermedad de 6 a 9 años y mayores de 10 años el 100% presentan síntomas de ansiedad. Para la depresión, la duración de la enfermedad de 6 a 9 años es del 50%. Se llegó a la conclusión que hay mayor predominio de ansiedad y bajo de depresión en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un centro médico al norte de Lima (Isabel, 2020).

Este artículo de un diseño no experimental transversal correlacionado titulado Depresión y ansiedad en pacientes con diabetes en el Hospital Yungei - 2021 tuvo como finalidad establecer la relación entre la depresión y la ansiedad en pacientes con diabetes en el Hospital Yungei. La muestra estuvo conformada por 80 pacientes con DM2 y los instrumentos de encuesta utilizados fueron el Cuestionario de Depresión Beck II para medir depresión y el Inventario de Ansiedad Estado – IDARE para medir ansiedad. Los resultados obtenidos muestran que si existe correlación entre depresión y ansiedad en pacientes diabéticos ($\rho = 0,048$). En conclusión, cuanto mayor era la ansiedad, más probable era que estos pacientes desarrollaran depresión (Alvarado, 2020).

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica causada por una fabricación deficiente de insulina por parte del páncreas. La principal labor de la insulina es controlar el azúcar en la sangre (OMS, 2018).

Presenta múltiples factores de riesgo entre ellos edad, sexo, IMC, antecedentes familiares, sedentarismo, enfermedades relacionadas con el ambiente y autoinmunes que alteran el funcionamiento normal de las células beta y provocan deficiencia o intolerancia en ellas (Sanzana & Durruty, 2016).

La diabetes mellitus se clasifica en diabetes tipo 1, diabetes tipo 2, diabetes gestacional y otros tipos específicos de diabetes (Rojas, Molina, & Rodríguez, 2012)

La diabetes tipo 1 es ocasionada por la destrucción inmunitaria inducida por las células β , que provoca la carencia de insulina (Rojas, Molina y Rodríguez, 2012).

La diabetes tipo 2 se clasifica en:

1. La resistencia a la insulina se acompaña principalmente de deficiencia relativa de insulina (Ministerio de Salud, 2017).
2. Desregulación predominante de la secreción de insulina con o sin resistencia a la insulina (Ministerio de Salud, 2017).

En las primeras etapas de la enfermedad existirá resistencia a la insulina que es compensada por el incremento de la producción de insulina del páncreas, provocando hiperinsulinemia y, por lo tanto, valores de glucosa

en sangre dentro del rango normal incluso después de comer y ayunar (Ministerio de Salud Pública Salud, 2017).

A continuación, la resistencia a la insulina es causada por una disminución en la secreción de células beta que causa hiperglucemia, momento en el cual el azúcar en sangre en ayunas aumentará y se mostrará en los resultados de las pruebas (Ministerio de Salud, 2017).

La toxicidad de la glucosa promueve la resistencia a la insulina, lo que también conduce a un aumento de los niveles de azúcar (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Finalmente existe la resistencia a la insulina debido a que su secreción disminuye paulatinamente, por lo que se requiere tratamiento con insulina (Ministerio de Salud Pública, 2017).

Las complicaciones de la diabetes tipo 2 son: daño ocular, daño renal, enfermedad neurológica, problemas cardíacos y pies diabéticos (Ministerio de Salud Pública, 2017)

La depresión es una enfermedad muy popular en la actualidad. Es una de las tantas enfermedades mentales con mayor prevalencia en el mundo.

La Organización Mundial de la Salud anunció en 2020 que esta enfermedad es la segunda causa de discapacidad en el mundo; También se ha observado que en los países en desarrollo (como los latinoamericanos) ocupa el primer lugar.

La mayoría de la población que cumplen los criterios de depresión no buscan ayuda y por lo tanto no reciben el tratamiento adecuado.

Clínicamente, esta enfermedad se caracteriza por tristeza constante y falta de interés por hacer cosas que les brinden alegría, además se acompaña de dificultad para realizar las actividades normales de la vida diaria, durante al menos dos semanas.

Además, las personas que padecen de depresión a menudo experimentan muchos de los siguientes síntomas: pérdida de ánimo, cambios en el apetito, insomnio, ansiedad, disminución de la concentración, indecisión, inquietud, sentimientos de inutilidad, errores de culpa y pensamientos de autolesión o suicidio.

Según la Asociación Americana de Psiquiatría, los factores etiológicos son:

- Factores bioquímicos: las diferencias entre los neurotransmisores del sistema nervioso central pueden provocar el cuadro de depresión.
- Factores genéticos: también se da en la familia. Por ejemplo, si un gemelo tiene depresión, el otro tiene un 70 % de posibilidades de desarrollarla en algún momento de su vida.
- Personalidad: Muchas peculiaridades de la personalidad pueden conducir a la depresión: baja autoestima, pesimismo, etc.
- Factores externos o ambientales: la exposición constante de un sujeto a la violencia, el abandono, el abuso o el bajo nivel socioeconómico ciertamente puede hacerlo más susceptible a la depresión.

Los tipos de episodios depresivos se clasifican en leves, moderados y graves.

Episodio depresivo leve, con 2 o 3 de los síntomas detallados a continuación. La persona es capaz de realizar muchas tareas rutinarias (Organización Panamericana de la Salud, 2008)

Episodio depresivo moderado, el paciente ha comenzado a tener complicaciones para realizar actividades, tiene 4 o más síntomas (Organización Panamericana de la Salud, Salud, 2008)

Episodio depresivo mayor sin síntomas psicóticos, cursando con síntomas somáticos además de sentimientos de inferioridad, culpa en situaciones negativas e intenciones de acabar con su vida (Organización Panamericana de la Salud, 2008).

Episodio depresivo mayor con síntomas psicóticos, Organización Panamericana de la Salud (2008), determinó que: El paciente es incapaz de realizar actividades cotidianas, distintas a los síntomas descritos en el párrafo anterior, También se distingue por delirios y alucinaciones, el paciente está en un punto de quiebre y está en riesgo porque es más común que ocurra el suicidio o la inanición.

Según el CIE-10, el criterio diagnóstico de un episodio depresivo es la duración de al menos dos semanas, que no puede estar relacionado con un trastorno psicótico o psicoestimulantes. Tener al menos 4 de los siguientes signos y síntomas, como falta de interés, cambios de humor, pérdida de peso de al menos un 5 % y pérdida de apetito, pérdida del deseo sexual, inquietud o lentitud, y despertarse antes de lo habitual 2 horas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014)

Según los criterios diagnósticos del DMSS-5 para episodio depresivo mayor, se evaluaron 5 o más síntomas en 2 semanas, al menos una persona debe presenciar: estado de ánimo depresivo, o pérdida de interés (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

- a) Los cambios de humor, la excitación, la pérdida o el aumento de peso, la pérdida del apetito, los problemas para dormir, el retraso

psicomotor o la inquietud, la incapacidad para concentrarse, la culpa, ocurren casi a diario y deben ser abordados y observados por otros.

- b) Los signos y síntomas interfieren en el ámbito social y profesional.
- c) La depresión mayor no está asociada con otros trastornos psicóticos.
- d) Nunca ha presentado un episodio maníaco o hipomaníaco.

La ansiedad es una emoción que se **manifiesta** como **respuesta** a una amenaza (Organización Panamericana de la salud, 2008).

En la vida cotidiana, hay muchos factores determinantes que nos pueden poner ansiosos. Los síntomas son alteraciones del estado de ánimo, insomnio, miedos (agorafobia, fobia social, fobia específica), estrés, deterioro cognitivo, pánico y síntomas somáticos (Organización Panamericana de la salud., 2008).

Los criterios diagnósticos de Ansiedad Generalizada según el DMSS-5 son Síntomas de Ansiedad casi siempre presentes, durante al menos 6 meses y relacionados con la actividad laboral; la persona se encuentra nerviosa y no puede controlarlo; se asocian con 3 o más síntomas como inquietud, fatiga, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular y dificultad para dormir; los síntomas son ocupacionales o sociales, los síntomas no están relacionados con los efectos de los alucinógenos u otras enfermedades (hipertiroidismo), y los síntomas no están relacionados con otro trastorno mental (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

El criterio diagnóstico de ansiedad por otras causas médicas del DMSS-5 es cuando la ansiedad es un producto fisiológico directo de otra enfermedad en base al examen físico, la historia clínica y los análisis de laboratorio. También cuando no se asocia con otros trastornos de enfermedad mental, no se evidencia durante el delirio ni cuando la sintomatología empieza afectar la parte social y laboral (Asociación

Americana de Psiquiatría, 2014).

Justificación de la investigación.

La presente investigación tendrá como objetivo determinar la ansiedad y depresión en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2, para evaluar los problemas que presentan como falta de cuidado a sí mismos y adherencia a la medicación, porque el simple hecho de haber sido diagnosticados con diabetes tipo 2 y tener que cambiar el estilo de vida a otro muy diferente al que se estaba acostumbrado genera diferentes emociones en el paciente, muchas veces manifestándose en forma de signos y síntomas de ansiedad y depresión. Es por eso, muy importante, que el paciente aplique la información brindada por el profesional de la salud, será difícil por supuesto que sí, pero así éste mantendrá un control metabólico estable durante el tratamiento prescrito durante toda su vida y así evitar las complicaciones de esta.

La Organización Mundial de la Salud (2018) declaró que las personas con diabetes tipo 2 están aumentando con el tiempo. Expresados en porcentaje, pueden representar incrementos del 4,7% y 8,5%, respectivamente. 1,6 millones de personas murieron en 2015, la mayoría de ellas menores de 70 años. Se prevé que la diabetes tipo 2 sea la séptima causa principal de muerte para 2030.

Según la Organización Panamericana de la Salud, había aproximadamente 62,8 millones de personas con diabetes en los Estados Unidos en 2008, y se estima que 91,1 millones la habrán desarrollado para 2030. América Latina crecerá de 25 millones a 20 millones en 2030, mientras que América del Norte y el Caribe crecerán a 51 millones en el mismo año.

Es importante destacar que muchos pacientes niegan su enfermedad. El tratamiento de la enfermedad debe aplicarse desde un sistema

multidisciplinario que involucre intervenciones de diversas instituciones médicas como: B.: Endocrinólogos, nutricionistas, psicólogos o psiquiatras, médicos clínicos, personal deportivo, y la plena colaboración del paciente y del entorno social que lo rodea: familiares, vecinos y amigos.

Problema

¿Existe relación entre ansiedad y depresión en los pacientes diabéticos en el Centro de Salud Progreso, Chimbote- Perú en el mes de marzo del 2023?

Conceptuación y operacionalización de las variables

Definición conceptual de la variable	Dimensión	Indicador	Escala
Factores sociodemográficas: todas son características representadas por la edad, el género, los grados de formación, los ingresos, el estado civil, la ocupación, la fe que profesa, la fecundidad, la mortalidad y el tamaño de la familia. (Martínez Fierro, Parco Fernández, & Yalli Clemente, 2018)	Edad del paciente	Grupo Etario	Razón Nominal
	Género	Masculino Femenino	Nominal
	Procedencia	Urbano Rural	Nominal
Ansiedad: estado emocional que consiste en una respuesta de miedo o ansiedad ante un peligro o amenaza con activación del sistema nervioso autónomo. (Ortuño, 2022)	Escala de Ansiedad De Hamilton	No Ansiedad Menor Ansiedad Mayor	Nominal
Depresión: Es una condición psicológica caracterizada	Escala de	No	Nominal

<p>por la inaccesibilidad del individuo a estímulos generales o específicos, baja espontaneidad, desaliento y pensamientos negativos de autodesprecio. Cambios en el estado de ánimo y las emociones. Suele acompañarse de cambios en el nivel general de actividad del individuo. (Ortuño, 2022).</p>	<p>Depresión De Hamilton</p>	<p>Depresión Ligera Depresión Moderada Depresión Severa Depresión Muy Severa</p>	
--	----------------------------------	--	--

Hipótesis

H₁: Existe relación entre la ansiedad y depresión en los pacientes diabéticos tipo 2 en el Centro de Salud Progreso, Chimbote- Perú en el mes de marzo del 2023

H₀: No existe relación entre la ansiedad y depresión en los pacientes diabéticos tipo 2 en el Centro de Salud Progreso, Chimbote- Perú en el mes de marzo del 2023

Objetivos

Objetivo general

Establecer la relación entre ansiedad y depresión en los pacientes diabéticos tipo 2 en el Centro de Salud Progreso, Chimbote- Perú en el mes de marzo del 2023.

Objetivos específicos

1. Precisar los factores sociodemográficos de los pacientes diabéticos tipo 2 con depresión y ansiedad, en el Centro de Salud Progreso, Chimbote- Perú en el mes de marzo del 2023.
2. Establecer el nivel de depresión de los pacientes diabéticos tipo 2 en el Centro de Salud Progreso, Chimbote- Perú en el mes de marzo del 2023.
3. Establecer el nivel de ansiedad de los pacientes diabéticos tipo 2 en el Centro de Salud Progreso, Chimbote- Perú en el mes de marzo del 2023.
4. Calcular la relación entre la ansiedad y la depresión en los pacientes diabéticos tipo 2 en el Centro de Salud Progreso, Chimbote- Perú en el mes de marzo del 2023.

6 Metodología

a) Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación:

La investigación es básica, porque tiene como objetivo obtener información mediante la recopilación de esta. Así mismo este estudio es cuantitativo por su naturaleza. Por la manipulación de las variables es no experimental u observacional. Por la dirección del estudio es longitudinal. Por la ocurrencia de los hechos en relación al inicio del estudio es prospectivo y en relación a evaluar la asociación de variables es analítico (Concytec, 2018).

Diseño de la investigación:

Se realizará un estudio descriptivo, correlacional de corte transversal no experimental, con el objetivo de determinar si existe relación de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, también evaluar si hay más casos de ansiedad y depresión en los pacientes con más tiempo de evolución en esta enfermedad (Sierra, 2008).

b) Población, muestra y muestreo

Población

La población de estudio serán todos los pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 que acudirán en el Centro de Salud Progreso, un total de 50 pacientes.

Criterios de inclusión

- Pacientes adultos (≥ 18 años) de ambos géneros con diabetes mellitus tipo 2 que presentaron ansiedad y depresión, que tengan información completa en sus historias clínicas.
- Pacientes adultos (≥ 18 años) de ambos géneros con Diabetes Mellitus tipo 2 que no presentaron ansiedad y depresión, que tengan información completa en sus historias clínicas.

Criterios de exclusión

- Pacientes que tengan información inconclusa en sus historias clínicas.

Muestra

La población de estudio serán todos los pacientes diagnosticados de dm tipo 2 que acudirán en el Centro de Salud Progreso, Chimbote- Perú en el mes de marzo del 2023 siendo un total de 50 pacientes.

Técnica de muestreo

No probabilístico por conveniencia del investigador.

Técnicas e instrumentos de investigación

Técnicas

La técnica es una encuesta que estará constituida por dos instrumentos que

será un cuestionario para ansiedad y depresión, así mismo estará formado por características sociodemográficas.

Instrumentos

Se procederá a aplicar 2 escalas correspondientes a la escala de ansiedad y depresión de Hamilton. (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014).

La escala de calificación de ansiedad de Hamilton consta de varios elementos, 14 en total.

Cada parámetro de preguntas se relaciona con la enfermedad y tiene preguntas específicas sobre la ansiedad física y psicológica, que van de 0 a 56, determinadas en una escala de 0 a 4 puntos.

Para la puntuación, se basará en la propuesta por Beck: 0-5: no ansiedad, 6-14 ansiedad menor, ≥ 15 : ansiedad mayor

La escala de depresión de Hamilton posee al igual que la otra escala de ansiedad de Hamilton, preguntas determinadas que son 17 en total, el puntaje completo es de 0-52. A pesar de las similitudes existe diferencia entre ambas escalas, en la escala de depresión cada ítem va a estar agrupados 0-4 o 0-2 puntos (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad., 2014).

Cada ítem se suma para obtener una puntuación total. En esta escala tiene preguntas específicas sobre depresión (1, 2, 7, 8, 10 y 13), Ansiedad (9-11) y sueño (4-6) (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad., 2014).

La evaluación será: no deprimido (0-7), presenta ligera-menor depresión (8-13), moderada depresión (14-18), severa depresión (19-22) y muy severa

depresión (≥ 23).

c) Confiabilidad y validez del instrumento

La validación de la prueba de ansiedad tiene la siguiente autenticidad y confiabilidad:

HARS tiene propiedades psicométricas adecuadas muy similares a la escala original y por lo tanto ha sido utilizada en la práctica médica y estudios clínicos en nuestro país. Un estudio de Lobo et al., (2002) mostró las siguientes propiedades psicométricas:

1. Validez discriminante (MADRS/HARS-Impresión Clínica Global de Gravedad: $p < 0,001$).
2. Validez convergente (MADRS-Hamilton Depression Rating Scale: $p < 0,05$ y $0,01$, respectivamente; MADRS/HARS-EuroQoL 5D: $p < 0,05$; HARS-State Trait Anxiety Inventory: $p < 0,05$).
3. Consistencia Interna (α de Cronbach: MADRS=0,88; HARS=0,89).
4. Fiabilidad test-retest y entre observadores (coeficiente de correlación intraclase: MADRS=0,94 y 0,98 respectivamente; HARS=0,92 y 0,92).
5. Sensibilidad al cambio (tamaño del efecto: MADRS=2,05; HARS=1,36).

Validez: Las correlaciones con otras herramientas globales de evaluación de la depresión, como la escala de depresión de Montgomery-Asberg, el

inventario de síntomas depresivos y la escala de melancolía de Bech, oscilan entre 0,8 y 0,9. Su eficacia no es igual en todas las poblaciones y es menor en pacientes de edad avanzada por el mayor peso de los síntomas físicos, pero en subpoblaciones con características especiales como alcohólicos y pacientes con demencia, la buena psicometría muestra indicadores y sigue funcionando bien. población. Aunque se ha sugerido que es más sensible a los cambios en los síntomas de ansiedad que a los síntomas de depresión, tiene buena sensibilidad para detectar cambios en el estado clínico relacionado con el tratamiento de los pacientes con depresión. Resultados similares se obtuvieron en la versión española del estudio de validación. El índice de melancolía, o una subescala compuesta por los ítems anteriores, se correlaciona muy de cerca con la versión completa de la escala y muestra una sensibilidad similar a los cambios terapéuticos que la escala de Montgomery-Asberg.

Fiabilidad: Esta escala tiene una buena consistencia interna entre sus dos versiones (alfa de Cronbach entre 0,76 y 0,92). El coeficiente de correlación intraclase es de 0,92 en el estudio realizado por Pott. Según los autores, la fiabilidad interobservador está entre 0,65 y 0,9.

d) Procesamiento y análisis de la información

El procesamiento de la investigación se basa en varios pasos claves: primero se evaluó el tema a investigar, se plantearon los objetivos tanto generales como específicos, se elaboraron las variables, se realizó el marco teórico basándose en la teoría más reciente, se recogió la información utilizando la Escala de Ansiedad y Depresión de Hamilton. Se utilizaron frecuencias absolutas para el análisis de variables cualitativas y frecuencias relativas para variables cuantitativas, las cuales fueron tabuladas cruzadas en Excel y se realizaron encuestas con intervalos de confianza del 95%. Se utilizó un programa Excel para resumir los datos recogidos de los pacientes. Los datos

obtenidos se presentaron en tablas, gráficos, gráficos de barras y gráficos circulares y se realizaron análisis porcentuales y comparativos.

En los análisis de la información se recalcaron aspectos como el respeto a la propiedad intelectual de los autores de artículos científicos los cuales fueron debidamente referenciados.

Para poder realizar la investigación fue necesario pedir el consentimiento informado de los pacientes a quienes se le realizó la encuesta, se les explicó su derecho de participar o de negarse, todos accedieron a formar parte de la investigación.

7 Resultados

Tabla 1

Factores sociodemográficos de los pacientes diabéticos tipo 2 con depresión y ansiedad, en el Centro de Salud Progreso, Chimbote- Perú en el mes de marzo del 2023.

Factores sociodemográficos		N	%
Género	Masculino	34	68,0
	Femenino	16	32,0
	Total	50	100,0
Grupo etario	Adulto	26	52,0
	Adulto mayor	24	48,0
	Total	50	100,0
Procedencia	Urbano	35	70,0
	Rural	15	30,0
	Total	50	100,0

En la tabla 1 se observa los factores sociodemográficos de los pacientes diabéticos atendidos en el Centro de Salud Progreso. Donde podemos observar que el género que más predomina es el masculino (68%), seguido del femenino (32%). También mencionamos que en el grupo etario quien más destaca es el adulto (52,0%) y el adulto mayor (48,0%) del total de la muestra en estudio. En lo que concierne a procedencia el que predomina es el sitio urbano (70%), luego el rural (30%).

Tabla 2

Nivel de depresión de los pacientes diabéticos tipo 2 en el Centro de Salud Progreso, Chimbote- Perú en el mes de marzo del 2023.

	N	%	
Depresión	Depresión ligera	10	20,0
	Depresión moderada	27	54,0
	Depresión severa	11	22,0
	Depresión muy severa	2	4,0
	Total	50	100,0

En la tabla 3 se observa que la depresión de los pacientes diabéticos atendidos en el Centro de Salud Progreso. Donde podemos mencionar el que más predomina es la depresión moderada (54,0%), seguida depresión severa (22,0%), depresión ligera (20,0%) y finalmente. Depresión muy severa (4,0%) del total de la muestra del estudio.

Tabla 3

Nivel de ansiedad de los pacientes diabéticos tipo 2 en el Centro de Salud Progreso, Chimbote- Perú en el mes de marzo del 2023.

		N	%
Ansiedad	Ansiedad menor	25	50,0
	Ansiedad mayor	25	50,0
	Total	50	100,0

En la tabla 2 se observa la ansiedad de los pacientes diabéticos atendidos en el Centro de Salud Progreso. Donde podemos mencionar que ambas ansiedad menor y mayor tienen 50% del total de la muestra en mención.

Tabla 4

Relación entre la ansiedad y la depresión en los pacientes diabéticos tipo 2 en el Centro de Salud Progreso, Chimbote- Perú en el mes de marzo del 2023.

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,255	3	0,354
Razón de verosimilitud	4,041	3	0,257
Asociación lineal por lineal	0,034	1	0,853
N de casos válidos	50		

En la tabla 3 se observa que las variables ansiedad y de depresión al realizar la prueba chi-cuadrado de Pearson se evidencia que no hay relación significativa siendo p-valor 0,354

8 Análisis y discusión

Garay, (2018) el Test de Zung de Ansiedad y Depresión. Se obtuvo como resultado que el 92% (58) tenía depresión, el 84% (53) ansiedad y el 83% (52) depresión y ansiedad. En resumen, existen importantes consecuencias asociadas a la presencia de depresión y ansiedad con algún grado de deterioro emocional. Además, se encontró que los niveles de ansiedad y depresión en personas con diabetes tipo 2 eran más altos en hombres que en mujeres entre 50 y 60 años.

Según el análisis realizado se evidencia una discrepancia sobre si existe un resultado significativo en la presencia de ansiedad y depresión en este tipo de población, debido a que con lo aplicado podemos resaltar que no hay un resultado significativo de ambas patologías en los diabéticos tipo 2 del Centro de Salud Progreso, pero referente a los factores sociodemográficos podemos precisar que concuerda con que hubo predominancia en el género masculino, así como, en el grupo etario del adulto.

García (2018) Como resultado, encontramos que el 75 % de todas las muestras analizadas por HADS se categorizaron como "caso", el 12 % como "caso probable" y el 13 % como "normales". Por género, el 15,1% de las mujeres eran "casos probables" frente al 8,5% de los hombres. El 73,6% de las mujeres y el 76% de los hombres se registraron para el diagnóstico de "caso". La edad y la presencia de comorbilidades se asociaron significativamente con las puntuaciones de la prueba HADS. En resumen, la depresión es un trastorno psiquiátrico y se asocia a la presencia de comorbilidades y la edad en pacientes con DM2 (García, 2018).

Según los resultados obtenidos se puede ver claramente una discrepancia entre el género predominante ya que según el autor García quien tuvo mayor

porcentaje fue el género femenino a diferencia de nuestros resultados donde se evidencia que el mayor porcentaje lo obtuvo el género masculino.

De la Cruz (2019) Se examinó a 150 pacientes con diabetes, el 29% no padecieron de ansiedad, el 34% un nivel leve, el 28% moderado y el 9% severo, en comparación con las variables, el resultado de chi-cuadrado fue de 160.8, por lo que se concluyó que los niveles de ansiedad están relacionados con el bienestar mental.

Según lo encontrado en el test aplicado se evidencia que la relación entre pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y ansiedad es en un 50% para ansiedad mayor o severa y el mismo porcentaje para ansiedad menor o leve por ende se discrepa con el estudio del autor De La Cruz donde el nivel leve de ansiedad predomina en los otros niveles

Martinez, et al. (2019) Como resultado se encontró que 22 personas (62,9%) tenían depresión leve y 24 personas (68,6%) ansiedad leve. En resumen, cuanta más ansiedad tenga una persona con diabetes tipo 2, mayor será el riesgo de desarrollar depresión. (Martinez, Vásquez, Javier Orama, Gil & Guzmán, 2019).

En los resultados obtenidos podemos discrepar con el trabajo del autor Martinez ya que en su estudio se logra evidenciar que si existe relación entre ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 a diferencia del estudio realizado en el Centro de Salud Progreso donde no existe relación entre ambas patologías psiquiátricas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2.

Guamanquishpe & Parra (2019) Los resultados mostraron que el 5,63% estaban deprimidos, el 4,93% eran mujeres, el 0,7% eran hombres, el 23,59% estaban ansiosos, el 19,37% eran mujeres, el 4,22% eran hombres, el

3,17% estaban ligeramente deprimidos, el 1,76% estaban moderadamente deprimidos, el 3,17% estaban severamente deprimidos y el 0,35% muy severamente deprimidos. El 0,35% de los de ansiedad tenían ansiedad mayor, el 23,24% tenían ansiedad leve, el 7,0% de los pacientes DMT2 tenían una duración evolutiva de menos de 4 años de ansiedad, y el 1,8% de los depresivos tenían más de 25 años. En conclusión, existe poca asociación entre los pacientes diagnosticados de diabetes tipo 2 y el desarrollo de síntomas de ansiedad y depresión.

Comparando los resultados obtenidos en el estudio realizado por los autores Guamanquishpe & Parra y este estudio podemos ver diferencias entre el género predominante tanto en depresión y ansiedad, en el estudio de los autores resalta más el género femenino a diferencia de este estudio donde resalta más el género masculino. También existe diferencia entre el tipo de ansiedad que presentan los pacientes diabéticos tipo 2, en el estudio de los autores se evidencia predominancia de ansiedad mayor a diferencia de este estudio donde el porcentaje es igual tanto en ansiedad mayor y menor. Otra diferencia es referente al porcentaje en los tipos de depresión que más predominan, en el estudios de los autores se evidencia un mayor porcentaje de depresión moderada, seguida de depresión severa y algunos casos de depresión muy severa, en discrepancia de este estudio donde se encuentra un mayor porcentaje en depresión moderada, seguida de depresión severa después depresión leve y por último depresión muy severa.

Elizarrarás- Rivas, et al. (2019) Se obtuvo como resultado que la depresión se logró evidenciar en 112 (39,3%) casos de pacientes con diabetes tipo 2. Los factores de riesgo significativos en estos pacientes fueron: género femenino, hospitalizaciones múltiples, sedentarismo, falta de apoyo familiar, dedicación total a las tareas del hogar, adherencia inadecuada al tratamiento médico para el control de la diabetes, entre otros. En resumen, la frecuencia de depresión en pacientes con diabetes tipo 2 es

alta y los factores de riesgo se asocian significativamente con la depresión.

Existe cierta discrepancia referente a la predominancia del género femenino con depresión en diabetes mellitus tipo 2 presentado en el estudio de los autores Elizarrarás- Rivas, et al; debido a que en el estudio realizado en el Centro de Salud Progreso se evidencia predominancia del género masculino.

Pantani (2019) se encontró que en el total de pacientes estudiados, la frecuencia de depresión fue del 23,85%, la ansiedad fue del 32,72% y la tasa de suicidio fue del 7,95%, siendo las mujeres las que presentaron mayor frecuencia de ansiedad, concluyendo finalmente que la frecuencia de depresión y ansiedad en los pacientes dm2 fue alta. También se identificó que el género está relacionado con la ansiedad y la depresión.

Se concuerda con el que el género está relacionado a la ansiedad y depresión en diabéticos tipo 2, pero lo que se discrepa según los resultados encontrados en la encuesta realizada en el Centro de Salud Progreso es la predominancia del género femenino, debido a que según lo encontrado existe predominancia en el género masculino.

Pari Medina (2020) Obtuvo que el 55% tenía la enfermedad por menos de 5 años y el 21% tenía la enfermedad por 6 a 10 años y el 24% tenía la enfermedad por más de 10 años. Se detectó consumo de múltiples medicamentos en el 38% de los casos y comorbilidades en el 65%, de las cuales la más frecuente fue la hipertensión arterial (56%). Hubo un 56% de casos con complicaciones diabéticas, neuropatía en un 46%, pie diabético en un 16% y enfermedad renal en un 10% de los casos. El tratamiento fue con antidiabéticos orales en el 82% y con insulina en el 18%. En resumen, las características clínicas de los pacientes con diabetes tipo 2 relacionadas con la presencia de síntomas de ansiedad son el consumo de múltiples

medicamentos y las complicaciones crónicas de la diabetes, para la depresión, se encuentra en la gravedad de la enfermedad, el consumo de muchas drogas, comorbilidades, complicaciones crónicas, insulino terapia y mal control metabólico de la diabetes

Si bien es cierto en este estudio no se identifica las causas de ansiedad y depresión en diabéticos tipo 2 pero si se evidenció que no hubo relación entre estas patologías psiquiátricas en este tipo de población a diferencia del trabajo deL AUTOR Pari Medina donde se logra identificar que si existe relación entre ansiedad depresión en pacientes diabéticos tipo 2.

Isabel (2020) Resultados: el 86,67% presentó altos niveles de ansiedad y el 30% depresión bajos niveles. En cuanto a sus dimensiones, el sexo femenino tuvo mayor prevalencia de ansiedad leve a moderada con un 92,30% y el sexo masculino con un 70,59%. La depresión en hombres tiene un 29,49% depresión leve-moderada y un 23,08% en mujeres, dependiendo del tiempo de enfermedad de 6 a 9 años y mayores de 10 años el 100% presentan síntomas de ansiedad. Para la depresión, la duración de la enfermedad de 6 a 9 años es del 50%. Conclusiones: Presencia de ansiedad alta y depresión baja en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un centro médico al norte de Lima.

Se concuerda con la autora Isabel, que no hay relación de ansiedad y depresión en diabéticos tipo 2, pero se discrepa con referente a la predominancia del género femenino debido a que en nuestros resultados el género que más porcentaje tuvo fue el género femenino.

Alvarado (2020) Los resultados obtenidos muestran que si existe correlación entre depresión y ansiedad en pacientes diabéticos ($\rho = 0,048$). En conclusión, cuanto mayor era la ansiedad, más probable era que estos pacientes desarrollaran depresión.

Se discrepa con el trabajo del autor Alvarado debido a que en los resultados de los pacientes diabéticos tipo del Centro de Salud Progreso se obtuvo que no hay relación entre ansiedad y depresión en este tipo de población.

9 Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

1. Los factores sociodemográficos que más predomina es el género masculino (68%), grupo etario adulto (52,0%) y procedencia urbana (70%).
2. El nivel de ansiedad se divide ansiedad menor y mayor ambas con el 50%.
3. La depresión de los pacientes diabéticos está en el nivel moderada (54,0%) siendo más de la mitad de la muestra en estudio.
4. Aplicando la prueba no paramétrica de chi-cuadrado de Pearson para las variables ansiedad y de depresión sea determinado que no hay relación significativa siendo $p \geq 0,50$.

Recomendaciones

- Las postas de salud, centros de salud y hospitales deben concientizar a la población acerca de la salud mental, sobre todo temas como ansiedad y depresión.
- Los pacientes diabéticos tipo 2 tienen que estar más informados acerca de los síntomas de ansiedad y depresión y como poder identificar si los presentan.
- Los establecimientos de salud deben estar alertas ante algún síntoma de ansiedad y depresión en los diabéticos tipo 2 y no sólo controlar la glucosa en sangre si no un tratamiento más integral.
- Los familiares de los pacientes con diabetes tipo 2 deben estar informados también acerca de algún cambio en su familiar y poder

ser su red de apoyo.

10 Referencia Bibliográfica

- Antúnez, M., & bettiol, A. (2016). Depresión en pacientes con diabetes tipo 2. *Acta Médica Colombiana*, 41 (2), Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v41n2/v41n2a05.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Guía de consulta de los criterios Diagnósticos del DMS5. En A. A. Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios Diagnosticos del DMS5, (Quinta ed., págs. 116-117). Disponible en: https://iramirez.webnode.es/_files/200000160-5cb3e5dad4/DSM5.pdf
- CONCYTEC (2019). Reglamento de Calificación, Clasificación y Registro de los Investigadores Renacyt. Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica. Disponible en https://portal.concytec.gob.pe/images/renacyt/reglamento_renacyt_version_final.pdf
- Elizarrarás-Rivas, J., Elizarrarás-Cruz, J.D., Mayoral-García, M.M., Martínez-Infante, E.A., Vargas-Mendoza, J.E., Contreras-García, C.M., & Herrera-Lugo, K.G. (2019). Frecuencia y factores de riesgo para depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital General de Zona N° 1 IMSS, Oaxaca. *Avan C Salud Med*, 7(2),35-41. Obtenido de: https://www.oaxaca.gob.mx/salud/wp-content/uploads/sites/32/2019/07/Articulo-publicado_Diabetes-y-depresi%C3%B3n.pdf
- Garay Acosta, J. (2018). Prevalencia de depresión y ansiedad en pacientes diabéticos tipo 2 del Hospital Sergio Enrique Bernales. Tesis de pregrado. Universidad Alas Peruanas. Obtenido de: <http://repositorio.uap.edu.pe/handle/uap/6711>
- García Chang, S. (2018). Relación entre depresión y diabetes mellitus tipo 2 en pacientes del Hospital General Guasmo Sur de Guayaquil - Ecuador. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/10488>

Guamanquishpe Lopez, J., & Parra Lara, S. (2019). Ansiedad y Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2. Universidad Nacional de Chimborazo. Obtenido de: <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/5790>

López Nájera, K., Acevedo Giles, O., & Hernández Hernández, M. (2017). Tratamiento integral en pacientes deprimidos o con ansiedad que padecen diabetes mellitus tipo 2. Universidad Nacional Autónoma de México, 25(3). http://revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/65306

Martinez Fierro, C., Parco Fernández, E., & Yalli Clemente, A. (2018). Trabajo Académico para optar el Título de Especialista en Enfermería en Cuidado Enfermero en Oncología. Lima: UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA. Obtenido de [https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3969/Factores_MartinezFierro_Cinthia.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=10-,Factores%20sociodemogr%C3%A1ficos,de%20la%20poblaci%C3%B3n%20\(14\)](https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/3969/Factores_MartinezFierro_Cinthia.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=10-,Factores%20sociodemogr%C3%A1ficos,de%20la%20poblaci%C3%B3n%20(14)).

Martinez May, K., Vásquez Hernández, M., Javier Orama, P., Gil Hernández, V., & Guzmán Moreno, M. (2019). Depresión y Ansiedad en Pacientes con Diabetes. European Scientific Journal, 15. Disponible en: [https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/58582381/31.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDepresion_y_Ansiedad_en_Pacientes_con_Di.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=ASIATUSB6BAIDF6V5MG%2F20200526%2Fus-east-1%](https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/58582381/31.pdf?response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DDepresion_y_Ansiedad_en_Pacientes_con_Di.pdf&X-Amz-Algorithm=AWS4-HMAC-SHA256&X-Amz-Credential=ASIATUSB6BAIDF6V5MG%2F20200526%2Fus-east-1%2F)

Ministerio de Salud Pública. (2017). Guía de Práctica Clínica de Diabetes Mellitus Tipo. En M. d. Pública. Quito: Dirección Nacional de

- Normatización. Obtenido de:
https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2017/05/Diabetes-mellitus_GPC.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre Manejo de depresión en el Adulto. En S. S. Ministerio de Sanidad, & S. A. Tórculo Comunicación Gráfica, págs. 28-31. Obtenido de: https://www.sergas.es/Docs/Avalia-t/avalia_t201306GPCdepresion_adultoVR.pdf
- OMS. (2018). Diabetes. Recuperado en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
- Organización Panamericana de la Salud (2008). Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. En Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, (10 ed., págs. 317-318). Obtenido de: <http://ais.paho.org/classifications/Chapters/pdf/Volume1.pdf>
- Ortuño, F. (2022). LECCIONES DE PSIQUIATRÍA. LIMA: PANAMERICANA.
- Ramos-Rangel, Y., Morejón-Suárez, R., Gómez-Valdivia, M., Reina-Suárez, M., Rangel-Díaz, C., & Cabrera-Macías, Y. (2017). Adherencia terapéutica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Revista Finlay, 9. <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/474>
- Rojas, E., Molina, R., & Rodríguez, C. (2012). Definición, Clasificación, Diagnostico de Diabetes Mellitus. Revista Venezolana de Endocrinología y Metabolismo. 10(1), 7. Obtenido de: <http://www.scielo.org.ve/pdf/rvdem/v10s1/art03.pdf>
- Sanzana, M., & Durruty, P. (2016). Otros Tipos Específicos de Diabetes Mellitus. Revista Médica Clínica Las Condes, 27(2), 134-282. Obtenido de: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-otros-tipos-especificos-de-diabetes-S0716864016300050>
- Sierra, R. (2008). Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios. Madrid:

Thompson.

11 Agradecimiento

Primeramente, dar gracias a Dios por permitirme poder disfrutar esta nueva etapa y el poder poner todo a mi favor para que esta tesis se pueda realizar, Dar gracias a mis padres por siempre estar apoyándome en todo lo que me propongo. A mi asesor, por el tiempo, la paciencia y la dedicación hacia este proyecto. Doy gracias también a toda mi familia que me dio palabras de aliento en todo este proceso y me incentivo a continuar a pesar de las adversidades.

No ha sido fácil, por momentos me encontraba cansada y sentía que no podía más, pero gracias a todos los que estuvieron para mí y pudieron renovar esas fuerzas, me impulsaron a lograr todos mis objetivos, estaré infinitamente en deuda con ustedes.



No esta demás agradecerle a la vida por permitirme ver todos mis sueños

cumpléndose poco a poco, pero con la seguridad que se vienen buenos tiempos, nuevas metas y nuevos planes.

12 Anexos

Anexo 1

Autorización de la institución donde se va a realizar la recolección de los datos

 **PERÚ** Ministerio de Salud 

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

SOLICITO: PERMISO PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN EL CENTRO DE SALUD PROGRESO


MC WILLIAM RODRIGUEZ ROJAS

YO: ELENA PATRICIA LOJE CANICOPA, IDENTIFICADA CON DNI Nº73075681 CON DOMICILIO EN JOSÉ GÁLVEZ 809 DEL DISTRITO DE CHIMBOTE. ANTE USTED RESPETUOSAMENTE ME PRESENTO Y EXPONGO:

QUE HABIENDO CULMINADO LA CARRERA PROFESIONAL DE MEDICINA EN LA UNIVERSIDAD SAN PEDRO, SOLICITO A UD. PERMISO PARA REALIZAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN SU INSTITUCIÓN SOBRE "ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2" PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO.

POR LO EXPUESTO ANTERIORMENTE:
TUEGO A USTED ACCEDER A MI SOLICITUD

CHIMBOTE, 24 DE MARZO DEL 2023


MC. William A. Rodriguez Rojas
C.M.P. 33437

(FIRMA Y SELLO) DEL
JEFE DEL ESTABLECIMIENTO

Anexo 2

Ficha de recolección de datos (instrumento)

**ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN DIABÉTICOS TIPO 2
EN EL CENTRO DE SALUD "PROGRESO", CHIMBOTE- PERÚ EN
EL MES DE MARZO DEL 2023**

Fecha: ___/___/___

ID: _____

A. Características generales

- Procedencia: Urbana () Rural ()
- Estado civil: () Soltero (a) () Casado (a)
() Conviviente () Viudo (a)
- Grado de instrucción:
Superior completa () Superior incompleta ()
Secundaria completa () Secundaria incompleta ()
Primaria completa () Primaria incompleta ()
No letrado (Analfabeto) ()
- Edad: ___ años
- Género: Masculino () Femenino ()
- Talla: ___m Peso: ___kg
- IMC: ___kg/m²

B. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON :

1. <i>Humor ansioso (AP)</i> Inquietud. Espera de lo peor. Aprensión (anticipación temerosa). Irritabilidad	0 1 2 3 4
2. <i>Tensión (AP)</i> Sensación de tensión. Fatigabilidad. Imposibilidad de relajarse. Llanto fácil. Temblor. Sensación de no poder quedarse en un lugar	0 1 2 3 4

<p><i>3. Miedos (AP)</i> A la oscuridad. A la gente desconocida. A quedarse solo. De los animales grandes, etc. Al tránsito callejero. A la multitud</p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p><i>4. Insomnio (AP)</i> Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos</p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p><i>5. Funciones intelectuales (AP)</i> (gnósicas). Dificultad de concentración. Mala memoria</p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p><i>6. Humor depresivo (AP)</i> Falta de interés. No disfrutar ya con sus pasatiempos. Depresión. Insomnio de la madrugada. Variaciones de humor durante el día</p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p><i>7. Síntomas somáticos generales (AS)</i> (musculares) Dolor y cansancio muscular. Rigidez muscular. Sobresaltos. Sacudidas crónicas. Chirrido de los dientes. Voz poco firme o insegura</p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p><i>8. Síntomas somáticos generales (AS)</i> (somáticos) Zumbidos de oídos. Visión borrosa. Sofocaciones o escalofríos. Sensación de debilidad. Sensación de hormigueo</p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p><i>9. Síntomas cardiovasculares (AS)</i> Taquicardia. Palpitaciones. Dolores en el pecho. Latidos vasculares. Extrasístoles</p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p><i>10. Síntomas respiratorios (AS)</i> Peso en el pecho o sensación de opresión torácica. Sensación de ahogo. Suspiros. Falta de aire</p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p><i>11. Síntomas gastrointestinales (AS)</i> Dificultad para tragar. Meteorismo (hinchazón). Dispepsia (acidez). Dolor antes o después de comer. Sensación de ardor. Distensión abdominal. Pirosis. Náuseas. Vómitos. Sensación de estómago vacío. Cólicos abdominales. Borborismos. Diarrea. Constipación</p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p><i>12. Síntomas genitourinarios (AS)</i> Amenorrea. Metrorragia. Aparición de la frigidez. Micciones frecuentes. Urgencia de la micción. Eyaculación precoz. Ausencia de erección. Impotencia</p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p><i>13. Síntomas del sistema nervioso autónomo (AS)</i> Sequedad de boca. Accesos de rubor. Palidez. Transpiración excesiva. Vértigos. Cefalea de tensión. Horripilación</p>	<p>0 1 2 3 4</p>
<p><i>14. Comportamiento durante la entrevista (AP)</i> (general) Tenso, incómodo. Agitación nerviosa: de las manos, frota sus dedos, aprieta los puños. Inestabilidad, postura cambiante. Temblor de las manos. Ceño arrugado. Facies</p>	<p>0 1 2 3 4</p>

tensa. Aumento del tono muscular (fisiológico). Traga saliva. Eructos. Taquicardia de reposo. Frecuencia respiratoria de más de 20 min. Reflejos tendinosos vivos. Temblor. Dilatación pupilar. Exoftalmía. Sudor. Mioclonias palpebrales	
---	--

C. ESCALA DE DEPRESIÓN DE HAMILTON :

Humor depresivo (tristeza, desesperanza, desamparo, sentimiento de inutilidad)	0
- Ausente	1
- Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente	2
- Estas sensaciones las relata espontáneamente	3
- Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)	4
- Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea	
Sentimientos de culpa	
- Ausente	0
- Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente	1
- Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones	2
- Siente que la enfermedad actual es un castigo	3
- Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales de amenaza	4
Suicidio	0
- Ausente	1
- Le parece que la vida no vale la pena ser vivida	2
- Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morir	3
- Ideas de suicidio o amenazas	4
- Intentos de suicidio (cualquier intento serio)	
Insomnio precoz	
- No tiene dificultad	0
- Dificultad ocasional para dormir, por ej. más de media hora para conciliar el sueño	1

- Dificultad para dormir cada noche	2
Insomnio intermedio	
- No hay dificultad	0
- Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche	1
- Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)	2
Insomnio tardío	
- No hay dificultad	0
- Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir	1
- No puede volver a dormirse si se levanta de la cama	2
Trabajo y actividades	
- No hay dificultad	0
- Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)	1
- Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)	2
- Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad	3
- Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.	4
Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y lenguaje, facultad de	

concentración disminuida, disminución de la actividad motora)	
- Palabra y pensamiento normales	0
- Ligero retraso en el habla	1
- Evidente retraso en el habla	2
- Dificultad para expresarse	3
- Incapacidad para expresarse	4
Agitación psicomotora	
- Ninguna	0
- Juega con sus dedos	1
- Juega con sus manos, cabello, etc.	2
- No puede quedarse quieto ni permanecer sentado	3
- Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios	4
Ansiedad psíquica	
No hay dificultad	0
Tensión subjetiva e irritabilidad	1
Preocupación por pequeñas cosas	2
Actitud aprensiva en la expresión o en el habla	3
Expresa sus temores sin que le pregunten	4
Ansiedad somática (signos físicos de ansiedad: gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, indigestión, etc; cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas; respiratorios: hiperventilación, suspiros; frecuencia de micción incrementada; transpiración)	
Ausente	0
Ligera	1
Moderada	2
Severa	3
Incapacitante	4
Síntomas somáticos gastrointestinales	
Ninguno	0
Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen.	1
Sensación de pesadez en el abdomen	2
Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales	3
	4

Síntomas somáticos generales	
Ninguno	0
Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	1 2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
Ausente	0
Débil	1
Grave	2
Hipocondría	
Ausente	0
Preocupado de si mismo (corporalmente)	1
Preocupado por su salud	2
Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3

Síntomas somáticos generales	
Ninguno	0
Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2	1 2
Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales)	
Ausente	0
Débil	1
Grave	2
Hipocondría	
Ausente	0
Preocupado de si mismo (corporalmente)	1
Preocupado por su salud	2
Se lamenta constantemente, solicita ayuda	3
Pérdida de peso	
Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana	0
Pérdida de más de 500 gr. en una semana	1
Pérdida de más de 1 Kg. en una semana	2
Introspección (insight)	
Se da cuenta que está deprimido y enfermo	0
Se da cuenta de su enfermedad, pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.	1 2
No se da cuenta que está enfermo	3

Anexo 4
Matriz de consistencia

Título: ansiedad y depresión en diabéticos tipo 2 en el Centro de Salud Progreso, Chimbote- Perú en el mes de marzo del 2023

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variable	Metodología
<p>Problema general</p> <p>¿Existe relación entre ansiedad y depresión en los pacientes diabéticos en el Centro de Salud Progreso, Chimbote- Perú en el mes de marzo del 2023?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Establecer la relación entre ansiedad y depresión en los pacientes diabéticos tipo 2 en el Centro de Salud Progreso, Chimbote- Perú en el mes de marzo del 2023.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>1. Precisar los factores sociodemográficos de los pacientes diabéticos tipo 2 con depresión y ansiedad, en el Centro de Salud Progreso, Chimbote- Perú en el mes de marzo del 2023.</p>	<p>Hipótesis</p> <p>H₁: Existe relación entre la ansiedad y depresión en los pacientes diabéticos tipo 2 en el Centro de Salud Progreso, Chimbote- Perú en el mes de marzo del 2023</p> <p>H₀: No existe relación entre la ansiedad y depresión en los pacientes diabéticos tipo 2 en el Centro de Salud Progreso, Chimbote- Perú en el mes de marzo del 2023</p>	<p>Variable independiente</p> <p>Diabetes Mellitus tipo 2</p> <p>Variable Dependiente</p> <p>Ansiedad y depresión</p>	<p>Tipo</p> <p>Estudio descriptivo, correlacional de corte transversal no experimental.</p> <p>Población y Muestra:</p> <p>La población de estudio fueron todos los pacientes diagnosticados de dm tipo 2 que acudirán en el Centro de Salud Progreso, Chimbote- Perú en el mes de marzo del 2023 siendo un total de 50 pacientes.</p>

	<p>2. Establecer el nivel de depresión de los pacientes diabéticos tipo 2 en el Centro de Salud Progreso, Chimbote- Perú en el mes de marzo del 2023.</p> <p>3. Establecer el nivel de ansiedad de los pacientes diabéticos tipo 2 en el Centro de Salud Progreso, Chimbote- Perú en el mes de marzo del 2023.</p> <p>4. Calcular la relación entre la ansiedad y la depresión en los pacientes diabéticos tipo 2 en el Centro de Salud Progreso, Chimbote-Perú en el mes de marzo del 2023.</p>			<p>Muestreo 50 pacientes</p> <p>Técnicas e instrumentos de investigación La técnica será la encuesta que estará constituida por dos instrumentos que será un cuestionario para ansiedad y depresión, así mismo estará formado por características sociodemográficas.</p>
--	--	--	--	--

Anexo 6

Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....Identificado con DNI.....Acepto participar voluntariamente en esta investigación, reconozco que la información otorgada a la investigadora para dicho estudio es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de esta investigación sin mi consentimiento.

Así mismo, confirmo haber sido informada de manera clara, precisa y oportuna por la investigadora Loje Canicoba, Elena Patricia, de la investigación titulada "Ansiedad y depresión en diabéticos tipo 2, Centro de Salud Progreso, Chimbote, 2023"

El presente trabajo de investigación tiene como objetivo general establecer la relación entre ansiedad y depresión en los pacientes diabéticos tipo 2 en el Centro de Salud Progreso, Chimbote- Perú en el mes de marzo del 2023.

Por lo expuesto, otorgo mi consentimiento a que se me realice el cuestionario para contribuir con la investigación.

Chimbote; ____de ____del 2022

Firma del participante

Bach. Loje Canicoba, Elena Patricia

Investigadora responsable

Anexo 7

Base de datos

Edad	Género	Procedencia	Ansiedad_V	Depresión_V	Edad_V
40	1	1	2	3	1
60	1	1	2	4	2
52	1	1	2	4	1
70	1	2	3	5	2
50	1	1	3	5	1
48	2	1	2	3	1
61	2	1	2	3	2
52	2	1	3	3	1
54	2	2	3	3	1
71	1	2	2	3	2
47	1	2	2	3	1
51	1	1	2	4	1
54	1	1	3	2	1
62	1	1	3	3	2
46	1	1	3	3	1
52	1	1	2	4	1
72	1	1	2	2	2
48	1	1	2	4	1
51	1	1	2	3	1
52	1	1	3	2	1
61	2	2	3	3	2
55	2	2	3	3	1
65	2	2	2	3	2
48	1	1	2	3	1
71	1	1	2	3	2
45	2	1	3	4	1
63	1	1	3	4	2
46	2	1	3	3	1
52	1	1	3	3	1
66	1	1	3	2	2
71	1	1	2	2	2
63	2	2	2	2	2
48	2	2	2	2	1
63	1	2	3	3	2
69	1	2	2	3	2

46	1	2	3	4	1
71	2	1	2	4	2
64	2	1	2	4	2
68	2	1	3	3	2
49	1	1	2	3	1
51	1	1	3	2	1
66	1	2	3	2	2
59	1	2	2	3	1
74	1	2	3	4	2
48	2	1	2	3	1
72	1	1	3	2	2
69	1	1	3	3	2
47	1	1	3	3	1
81	2	1	2	3	2
70	1	1	3	3	2

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD


El que suscribe, Vicerrector de Investigación de la Universidad San Pedro:

HACE CONSTAR

Que, de la revisión del trabajo titulado **“Ansiedad y depresión en diabéticos tipo 2, Centro de Salud Progreso, Chimbote, 2023”** del (a) estudiante: **Elena Patricia Loje Canicoba**, identificado(a) con **Código N° 1116100404**, se ha verificado un porcentaje de similitud del 29%, el cual se encuentra dentro del parámetro establecido por la Universidad San Pedro mediante resolución de Consejo Universitario N° 5037-2019-USP/CU para la obtención de grados y títulos académicos de pre y posgrado, así como proyectos de investigación anual Docente.

Se expide la presente constancia para los fines pertinentes.

Chimbote, 24 de Abril de 2023



UNIVERSIDAD SAN PEDRO
CHIMBOTE



Dr. LUIS VENEGÁS GORDILLO
RECTOR (e)



NOTA:

Este documento carece de valor si no tiene adjunta el reporte del Software TURNITIN.