



Universidad
Norbert Wiener

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA EN SALUD
MENTAL Y PSIQUIATRÍA

Trabajo Académico

Ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un
centro de salud mental, Lima – 2026

Para optar el Título de
Especialista en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría

Presentado por:

Autora: Leon Benito, Lorena Beatriz

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0003-6322-8547>

Asesora: Dra. Rojas Delgado, Lucila

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4575-3722>

Lima – Perú

2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

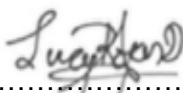
Yo, Lorena Beatriz Leon Benito egresado de la Facultad de Ciencias de la Salud y Programa Académico de Enfermería, del programa **Segunda especialidad en Enfermería en Salud Mental y Psiquiatría**, de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo académico “Ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental, Lima - 2026” Asesorado por el docente: Dra. Rojas Delgado, Lucila DNI 09235762 ORCID <https://orcid.org/0000-0002-4575-3722> tiene un índice de similitud de (17) (diecisiete) % con código OID: 14912:597520182 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor
 Lorena Beatriz Leon Benito
 DNI: 41094220



.....
 Firma
 ROJAS DELGADO LUCILA
 DNI: 09235762

Lima, 09 de junio de 2026

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Es obligatorio utilizar adecuadamente los filtros y exclusión del turnitin: excluir las citas, la bibliografía y las fuentes que tengan menos de 1% de palabras. EN caso se utilice cualquier otro ajuste o filtros, debe ser debidamente justificado en el siguiente recuadro.

En caso se supere el porcentaje de similitud máximo establecido por fuente primaria, afirmo que dicho excedente corresponde al marco metodológico del documento.

Procedo a detallar y justificar el mismo:

El 5 % de similitud en fuentes primarias corresponde al marco metodológico, donde se emplean definiciones, procedimientos y términos técnicos estandarizados que no pueden modificarse sin afectar su precisión. Estas coincidencias son habituales en investigaciones y no constituyen plagio, pues derivan de contenido metodológico de uso académico común.

DEDICATORIA:

Dedico este trabajo a mi familia y novio, por su amor y apoyo incondicional, y a todas las personas que me inspiraron a seguir adelante en este camino académico.

AGRADECIMIENTO:

Agradezco a mi asesora Dra. Lucila Rojas Delgado por su orientación y paciencia, a la Universidad privada Norbert Wiener por brindarme las herramientas necesarias para mi formación, y a todos aquellos que, de una u otra manera, aportaron en la realización de este proyecto. Mi gratitud es inmensa.

JURADO

Presidente: Mg. Lucimar Josefina Barrios Cabello

Secretario: Mg. Jocelynn Lisset Jauregui Cardenas

Vocal: Mg. Carmen Paula Tello Jiménez

ÍNDICE

DEDICATORIA:	iii
AGRADECIMIENTO:	iv
ÍNDICE	vii
RESUMEN	ix
ABSTRACT.....	x
1. EL PROBLEMA.....	11
1.1. Planteamiento del problema.....	11
1.2. Formulación del problema	14
1.2.1. Problema general	14
1.2.2. Problemas específicos.....	14
1.3. Objetivos de la investigación	14
1.3.1. Objetivo general.....	14
1.3.2. Objetivos específicos	14
1.4. Justificación de la investigación	15
1.4.1. Teórica	15
1.4.2. Metodológica	15
1.4.3. Práctica.....	15
1.5. Delimitaciones de la investigación	15
1.5.1. Temporal	15
1.5.2. Espacial	15
1.5.3. Población o unidad de análisis.....	16
2. MARCO TEÓRICO	17
2.1. Antecedentes	17
2.2. Bases teóricas.....	20
2.3. Formulación de hipótesis	31
2.3.1. Hipótesis general.....	31
2.3.2. Hipótesis específicas.....	32
3. METODOLOGÍA.....	33
3.1. Método de la investigación	33
3.2. Enfoque de la investigación	33
3.3. Tipo de investigación.....	33
3.4. Diseño de la investigación	33

3.5.	Población, muestra y muestreo	33
3.6.	Variables y operacionalización	35
3.7.	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	36
3.7.1.	Técnica	36
3.7.2.	Descripción de instrumentos	36
3.7.3.	Validación	37
3.7.4.	Confiabilidad	38
3.8.	Plan de procesamiento y análisis de datos	38
3.9.	Aspectos éticos	38
4.	ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	40
5.	REFERENCIAS	42
	ANEXOS	49
	Anexo 1. Matriz de consistencia	50
	Anexo 2. Instrumentos	51
	Anexo 3. Formato de consentimiento informado	57

RESUMEN

A nivel global la salud mental representa un desafío crítico que afecta la capacidad cognitiva y el bienestar humano especialmente tras la crisis sanitaria reciente que exacerbó los cuadros de inestabilidad emocional en Latinoamérica mientras que en el panorama peruano la diabetes mellitus tipo 2 ha emergido como una patología crónica que no solo compromete la integridad física sino que actúa como un detonante de alteraciones psicológicas significativas debido a la vulnerabilidad de los pacientes ante el tratamiento y las complicaciones propias de la enfermedad en el contexto nacional la ansiedad y la depresión se manifiestan con alta frecuencia en la población diabética evidenciándose una correlación preocupante entre el control metabólico y el deterioro del estado de ánimo. Objetivo: “Determinar la relación entre la ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un Centro de Salud Mental San Ignacio de Surco, 2026.” Metodología: el método es hipotético-deductivo, enfoque cuantitativo, no experimental, corte transversal y nivel correlacional. El estudio contemplará la participación de 100 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que se atienden en el Centro de Salud Mental San Ignacio de Surco. Se emplearán los instrumentos inventario de ansiedad de Beck (BAI) para evaluar la ansiedad y el inventario de depresión de Beck (BDI-II) para evaluar la depresión. Los datos recolectados serán organizados en Excel y posteriormente procesados en SPSS versión 26 permitiendo elaborar gráficos y tablas para describir e interpretar variables aplicando la correlación de Rho de Spearman.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, diabetes, salud y bienestar.

ABSTRACT

Globally, mental health represents a critical challenge that affects cognitive ability and human well-being, especially after the recent health crisis that exacerbated emotional instability in Latin America. Meanwhile, in Peru, type 2 diabetes mellitus has emerged as a chronic condition that not only compromises physical integrity but also acts as a trigger for significant psychological disorders due to patients' vulnerability to treatment and complications associated with the disease. In the national context, anxiety and depression are highly prevalent in the diabetic population, revealing a worrying correlation between metabolic control and mood deterioration. Objective: "To determine the relationship between anxiety and depression in patients with type 2 diabetes mellitus treated at the San Ignacio de Surco Mental Health Center, 2026." Methodology: The method is hypothetical-deductive, quantitative, non-experimental, cross-sectional, and correlational. The study will involve 100 patients with type 2 diabetes mellitus who are treated at the San Ignacio de Surco Mental Health Center. The Beck Anxiety Inventory (BAI) will be used to assess anxiety and the Beck Depression Inventory (BDI-II) will be used to assess depression. The data collected will be organized in Excel and then processed in SPSS version 26, allowing graphs and tables to be created to describe and interpret variables using Spearman's Rho correlation.

Keywords: Anxiety, depression, diabetes, health and well-being.

1. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Los trastornos mentales afectan significativamente la cognición, la OMS (Organización mundial de la salud) en el 2021, reportó que alrededor de 1,100 millones de personas (casi el 15% global) padecían un trastorno mental, como la ansiedad o la depresión. Cabe mencionar que el problema se agrava porque la mayoría no accede a tratamientos eficaces y, a menudo, sufren estigmatización, discriminación y violaciones de derechos humanos (1).

Los trastornos de ansiedad afectan a una proporción considerable de la población. La OMS estima que el 4.4% de la población mundial padece (o experimenta) un trastorno de ansiedad, sumando un total de alrededor de 359 millones de personas con algún tipo de esta condición a lo largo de 2021 (2).

La Organización Mundial de la Salud reporta que la depresión afecta al 5,7% de adultos globalmente, siendo más prevalente en mujeres con 6,9% comparado con 4,6% en hombres, mientras que en adultos mayores de 70 años alcanza el 5,9%, representando un problema de salud mental que impacta emocionalmente a más de 332 millones de personas mundialmente (3).

La Organización Mundial de la Salud reporta un incremento alarmante de diabetes a nivel global, pasando de 200 millones en 1990 a 830 millones en 2022, afectando desproporcionadamente a países de bajos ingresos, donde más de la mitad carece de tratamiento, generando mayor vulnerabilidad psicológica en esta población (4).

En el Caribe, la crisis sanitaria provocada por el COVID-19 puso en el centro de atención los problemas de salud mental. Específicamente, en 2020, la región de América Latina sufrió un fuerte deterioro psicológico, la depresión severa subió un 35% y la ansiedad grave un 32% (5).

Perú, la ansiedad es el trastorno de salud mental más atendido, con el Minsa reportando 433,816 casos en 2022. Es conveniente resaltar que esta emoción es adaptativa, pero se clasifica como patológica cuando su intensidad es desproporcionada y afecta en la vida diaria (6).

Los centros de salud del Minsa a nivel nacional manejaron 256,563 casos de depresión en 2024. Cabe resaltar que las tres cuartas partes de los afectados fueron mujeres (75.28%), siendo los adultos (41.11%) el grupo etario más numeroso. Los especialistas de Minsa definen la depresión como un trastorno que implica tristeza persistente, pensamientos negativos, aislamiento social, falta de vitalidad, alteraciones del sueño y el apetito (7).

El Instituto Nacional de Salud del Perú reporta que 2,6 millones de adultos viven con diabetes, representando el 10,7% de la población mayor de 18 años, con casi seis millones en riesgo elevado, afectando mayormente a mujeres y adultos mayores, constituyendo una amenaza creciente para el bienestar emocional y calidad de vida de esta población vulnerable (8).

La Libertad, un estudio transversal realizado en el Centro de Salud Casa Grande, evaluó 162 pacientes con diabetes mellitus tipo 2 utilizando la escala DASS-21, encontrando que el 72,83% experimentó ansiedad, el 45,67% depresión y el 38,27% estrés, concluyendo que, aunque los niveles fueron bajos, la ansiedad constituye la alteración emocional más prevalente en esta población diabética (9).

Lambayeque, en el Centro de Salud Reque durante el 2021, un estudio correlacional con 50 adultos mayores diabéticos tipo 2 empleando la escala HADS-14 reveló que el 76% presentó nivel medio de ansiedad y el 86% nivel medio de depresión, estableciendo una correlación positiva débil entre ambas variables emocionales en esta población vulnerable (10).

Chiclayo, un estudio transversal realizado en la Microrred publicado el 2023, evaluó 219 pacientes con diabetes tipo 2 mediante los Inventarios de Beck, identificando que el 32,9%

presentó depresión y solo el 4,1% ansiedad, evidenciando mayor vulnerabilidad depresiva en varones y ansiosa en mujeres dentro de esta población diabética (11).

Las causas de la ansiedad son múltiples, destacando las vivencias traumáticas, el estrés prolongado y la vulnerabilidad psicológica previa, a lo que se suma la carga emocional de enfermedades crónicas como la diabetes, cuya incertidumbre y exigencia cotidiana sostienen un estado de tensión que desencadena este trastorno (12).

Las causas de la depresión son diversas e incluyen la vulnerabilidad psicológica, el impacto emocional de enfermedades crónicas como la diabetes, las disfunciones familiares, los conflictos interpersonales y la precariedad económica, factores que en conjunto comprometen profundamente el bienestar emocional del individuo (13).

Las consecuencias de la ansiedad y la depresión trascienden lo individual, afectando la capacidad de las personas para relacionarse, trabajar y participar en su comunidad, lo que genera exclusión social, estigma y deterioro del bienestar colectivo, a esto se suma una amplia brecha en el acceso a atención, agravada por la escasez de recursos destinados a la salud mental, situación que perpetúa el sufrimiento emocional y limita el desarrollo pleno del individuo (14).

En el Centro de Salud Mental Comunitario San Ignacio de Surco, lugar donde desarrollo mis labores, se observa que muchos pacientes con diabetes que presentan síntomas comunes como irritabilidad, dificultad para respirar y preocupaciones excesivas. Estos síntomas, posiblemente relacionados con la ansiedad y depresión, han motivado esta investigación.

La propuesta se vincula con el ODS 3 Salud y bienestar en la meta 3.4 al plantear la actualización de protocolos y guías junto con talleres de terapias complementarias como yoga o tai chi y visitas domiciliarias que fortalecen el apoyo mutuo, lo cual favorece la atención integral de pacientes con diabetes tipo 2 y contribuye al bienestar físico y psicológico de la población mediante estrategias de prevención y promoción de la salud mental.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿De qué manera se relaciona la ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental, Lima 2026?

1.2.2. Problemas específicos

¿De qué manera se relaciona la dimensión afectiva de la ansiedad y la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental?

¿De qué manera se relaciona la dimensión cognitiva de la ansiedad y la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental?

¿De qué manera se relaciona la dimensión somática de la ansiedad y la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental?

1.3. Objetivos de la investigación

1.3.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre la ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental, Lima 2026.

1.3.2. Objetivos específicos

- Establecer la relación entre la dimensión afectiva de la ansiedad y la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental.
- Establecer la relación entre la dimensión cognitiva de la ansiedad y la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental.
- Establecer la relación entre la dimensión somática de la ansiedad y la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental.

1.4. Justificación de la investigación

1.4.1. Teórica

La presente investigación se sustenta sobre sólidas bases teóricas, producto de una exhaustiva revisión de la literatura científica más reciente, una de ellas la base teórica de Hildegard Peplau que ha sido fundamental para establecer un marco conceptual sólido en la enfermería de salud mental. Al no hallarse estudios previos en el Centro de Salud Mental San Ignacio de Surco, esta propuesta se erige como un aporte novedoso e indispensable para ampliar el conocimiento sobre la ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en este contexto específico. Los resultados obtenidos enriquecerán el campo de la enfermería, generando nuevas líneas de investigación y evidencias sólidas para la práctica clínica

1.4.2. Metodológica

Se realizará un estudio correlacional entre dos variables, utilizando instrumentos de medición validados y confiables.

1.4.3. Práctica

La presente investigación, pretende identificar la relación de la ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, para poder brindar posibles estrategias y políticas integrales que promuevan la prevención de la salud mental.

1.5. Delimitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

El proyecto de estudio se realizará entre los meses de febrero y mayo del 2026.

1.5.2. Espacial

El estudio será aplicado en el Centro de Salud Mental San Ignacio de Surco del Ministerio de Salud, ubicado en el distrito de Surco, provincia de Lima, departamento de Lima.

1.5.3. Población o unidad de análisis

La investigación se desarrolló en la población mayor de 18 años que acuden al Centro de Salud Mental San Ignacio de Surco para su atención.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

2.1.1. Internacionales

Narváez (15), en 2023, se desarrolló un estudio en Ecuador con el objetivo de “analizar la relación entre ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial esencial, atendidos en las Unidades de Salud del Distrito 17D06”. Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental y transversal de tipo correlacional, muestra fue de 152 pacientes; la información se recogió mediante la CES-D, escala de ansiedad HARS y un cuestionario sociodemográfico. En el estudio, los pacientes con diabetes tipo 2 presentaron prevalencias moderadas de ansiedad (47,8%; n=46) y depresión (45,7%; n=46). Se determinó la relación de los niveles de afectación emocional en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) e hipertensión arterial (HTA) (chi-cuadrado: ansiedad = 16,22, p = 0,003; depresión = 14,03, p = 0,029).

Luzuriaga (16), en 2023, se elaboró un estudio en Ecuador con el objetivo de “identificar ansiedad y depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Salud de Miraflores- Loja”. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, descriptivo, relacional prospectivo; con una muestra 69 pacientes; se utilizó la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS). Se obtuvo como resultado que la prevalencia de Diabetes Mellitus tipo 2 fue 2,69%, la incidencia en mujeres fue del 56,25 % (n=27) ansiedad y 43,75% (n=21) depresión, y en hombres fue del 100 % (n=21) ansiedad y 23,81% (n=5) depresión. Concluyó que existe una relación estadísticamente significativa entre la diabetes mellitus tipo 2 y las alteraciones en la conducta emocional ($\chi^2 = 24,20$; IC 95%), evidenciando que los pacientes con esta patología presentan con mayor frecuencia dichas alteraciones.

Wen et al. (17), en 2023, llevaron a cabo una investigación en China la cual tuvo como objetivo “Investigar el nivel de ansiedad y depresión, así como los factores que influyen en ellos, en pacientes con diabetes tipo 2”. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, descriptivo, correlacional; con una muestra 216 pacientes; se utilizó la escala de Autoevaluación de Ansiedad de Zung (SAS) Escala de Autoevaluación de Depresión de Zung (SDS) y un cuestionario de variables sociodemográficas. Los resultados mostraron que 94 pacientes manifestaron cuadros ansiosos (43,52%), predominando los niveles leves (25,93%) y moderado (12,96%), mientras que 97 pacientes presentaron sintomatología depresiva (44,91%), con mayor frecuencia en grados leve (31,02%) y moderado (10,19%). Se concluyo que los pacientes con diabetes tipo 2 muestran alta ansiedad y depresión, influenciadas por complicaciones, escasa educación sanitaria y HbA1c elevada, requiriendo intervenciones clínicas específicas.

2.1.2. Nacionales

Azabache (18), en 2023, se elaboró una investigación en Trujillo la cual tuvo como objetivo “Determinar la relación entre depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2”. Estudio descriptivo y correlacional, la muestra fue de 164 pacientes diabéticos; se aplicó el cuestionario de inventario de depresión y ansiedad de Beck. Las mujeres exhibieron mayor frecuencia de alteraciones emocionales comparadas con los varones, especialmente en ansiedad severa (48,78%). El grupo etario de 36 a 55 años concentró los casos más graves de ambos trastornos, mientras que los participantes sin pareja presentaron niveles elevados de depresión (18,90%). Todas las asociaciones demostraron significancia estadística ($p < 0,05$). Concluyendo que existe una correlación fuerte y estadísticamente significativa entre depresión y ansiedad en diabéticos tipo 2 ($Rho = 0,815$; $p < 0,01$). Ambas dimensiones depresivas, tanto los componentes psico-afectivos

($Rho = 0,638$) como somáticos, evidenciaron asociaciones positivas robustas con los síntomas ansiosos en esta población.

Arnedo (19), en 2025, se desarrolló una investigación en Lima la cual tuvo como objetivo “Determinar la relación entre ansiedad y depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el centro de salud Sangará en el periodo 2023-2024, Comas. Lima 2024”. Estudio de enfoque cuantitativo, no experimental, transversal y alcance correlacional, la muestra fue de 100 pacientes con diabetes tipo 2; se aplicó los cuestionarios de escala de ZUNG para ansiedad y depresión. Los resultados revelaron que los pacientes con manifestaciones ansiosas leves a moderadas (36%), predominó la coexistencia de sintomatología depresiva leve (22%), mientras que solo el 8% desarrolló depresión moderada. Los hallazgos sugieren que los cuadros ansiosos de menor intensidad se asocian preferentemente con depresión en grados iniciales. Se concluyó que los pacientes diabéticos tipo 2 presentaron predominantemente ansiedad leve-moderada asociada con depresión leve, correlacionándose ambos trastornos con factores sociodemográficos (educación, estado civil) y parámetros metabólicos, especialmente antigüedad diagnóstica.

Panduro (20), en 2025, se desarrolló una investigación en Loreto la cual tuvo como objetivo “Determinar la asociación entre síntomas depresivos y ansiedad en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Loreto, durante el año 2024”. Estudio observacional, analítico y transversal, la muestra fue de 142 pacientes con diabetes tipo 2; se aplicó los cuestionarios depresión PHQ-9 y ansiedad GAD-7. Los pacientes diabéticos manifestaron predominantemente sintomatología depresiva leve-moderada (75,4%) y ansiosa moderada (48,6%), caracterizadas por alteraciones del sueño, fatiga y nerviosismo, asociándose significativamente con edad avanzada, mayor tiempo de enfermedad, control glucémico deficiente y nivel socioeconómico bajo, incrementando hasta 12 veces el riesgo en adultos mayores. Concluyo que la depresión y ansiedad mostraron alta frecuencia en

diabéticos tipo 2, asociándose con descompensación glucémica, tiempo prolongado de enfermedad, edad avanzada y nivel socioeconómico bajo, evidenciando la necesidad de abordaje psicológico integral en esta población.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Variable 1: Ansiedad

2.2.1.1. Definición de ansiedad

La ansiedad representa una reacción emocional anticipatoria frente a situaciones percibidas como amenazantes, que activa recursos adaptativos del individuo, pero puede interferir significativamente en sus capacidades de afrontamiento cuando alcanza niveles elevados y sostenidos, siendo la incertidumbre un factor desencadenante que compromete los mecanismos de adaptación y resolución de dificultades en el entorno cotidiano (21).

Esta reacción constituye una respuesta adaptativa universal ante demandas ambientales, sin embargo, cuando alcanza niveles patológicos pierde su función protectora y se manifiesta mediante trastornos que paralizan al individuo o se activan desproporcionadamente frente a estímulos cotidianos no amenazantes, interfiriendo significativamente en su capacidad de respuesta funcional y generando deterioro en su desenvolvimiento habitual (22)

Desde una perspectiva psicológica, se distingue del miedo en su carácter anticipatorio frente a amenazas futuras e indefinidas, mientras el miedo responde a peligros presentes, aunque ambos comparten manifestaciones similares como aprensión, pensamientos de peligro y reacciones fisiológicas, constituyendo mecanismos adaptativos evolutivos que favorecen la supervivencia, sin embargo, la ansiedad presenta respuestas más difusas y menos focalizadas, cumpliendo una función

activadora que facilita las capacidades de respuesta del individuo como mecanismo biológico protector ante posibles amenazas desde etapas tempranas del desarrollo (23).

2.2.1.2. Características de la ansiedad

Desde la perspectiva conductual, las características de la ansiedad comprenden su naturaleza excesiva, automática, persistente y desadaptativa determinada exclusivamente por el contexto individual, habiéndose descartado su conceptualización como fenómeno aislado para reconocerse actualmente su estructura tripartita conformada por sistemas motores, fisiológicos y cognitivos activados ante estímulos específicos o reacciones personales, distinguiéndose además por presentar una combinación distintiva de tensión emocional, nerviosismo, aprensión, preocupaciones y cogniciones negativas junto con manifestaciones somáticas como temblores en extremidades y molestias musculares, expresándose también mediante patrones comportamentales caracterizados por temor, irritabilidad, conductas evitativas y hostilidad en las interacciones interpersonales, configurando así un fenómeno multidimensional contextualmente determinado (24).

2.2.1.3. Teorías de la ansiedad

Desde el enfoque cognitivo de Beck, las personas con trastorno de ansiedad tienden a interpretar negativamente su entorno, sus propias habilidades y su comportamiento. Estas ideas, que a menudo se desarrollan durante la infancia, persisten a lo largo de la vida y se hacen más evidentes ante situaciones estresantes o de vulnerabilidad, afectando así el estado emocional del individuo (25).

La propuesta teórica de Clark y Beck también ha observado que la ansiedad puede llevar a una persona a centrarse excesivamente en sí misma. Esto puede resultar

en una exageración de los errores, ya sean reales o imaginarios, y en una fijación en las emociones negativas y los pensamientos disfuncionales. Además, las personas ansiosas pueden prestar mucha atención a las sensaciones físicas que acompañan a la ansiedad, lo que a su vez puede intensificar aún más la ansiedad (26).

Según la perspectiva teórica de Zung, la ansiedad constituye una condición psicofísica particular donde el individuo permanece en vigilancia constante frente a aquello que interpreta como riesgo para su integridad psicológica o corporal, preparándose mediante esta activación para desplegar los recursos energéticos requeridos tanto para enfrentar como para eludir dicha amenaza percibida, distinguiéndose este estado por la coexistencia de temor, tensión e inseguridad, manifestándose además que diversos factores vinculados a la trayectoria vital personal del sujeto ansioso, incluyendo la formación recibida en contextos familiares y educativos así como las influencias provenientes del ambiente social, particularmente aquellas relacionadas con los sistemas axiológicos imperantes, determinan que las personas expresen miedo, inquietud, angustia o nerviosismo con intensidades y modalidades variables (26).

2.2.1.4. Evolución histórica de la ansiedad

Históricamente, el vocablo ansiedad deriva del latín *anxietas*, denotando agitación e inquietud anímica, término que se entrelaza etimológicamente con angustia, generándose una imprecisión terminológica originada en la traducción del alemán *angst* incorporado por Freud en 1894, empleándose exclusivamente *anxiety* en inglés mientras que en español y francés se adoptaron dos vocablos diferenciados para distinguir los componentes fisiológicos de los psicológicos freudianamente conceptualizados, traduciendo como *anxiété* y *ansiedad* al referirse a los aspectos

somáticos, y como *angoisse* y angustia al aludir a las dimensiones psicológicas, dualidad que ha persistido históricamente hasta la actualidad aunque ambas acepciones representan traducciones válidas utilizables como sinónimos, habiendo el desarrollo psicológico y la emergencia de diversas corrientes teóricas contribuido a mantener dicha diferenciación conceptual, adoptando el psicoanálisis y humanismo el término angustia mientras la psicología científica privilegió ansiedad, constituyendo su distinción fundamentalmente divergencias de uso entre perspectivas teóricas que finalmente aluden al mismo fenómeno psicológico (27).

Durante las décadas de los cincuenta y sesenta la investigación psicológica se concentró en la esquizofrenia, trasladándose en los setenta hacia la evaluación de estados anímicos particularmente la depresión, hasta que en 1985 los psicólogos estadounidenses Husain y Maser afirmaron que los años ochenta serían reconocidos como la década de la ansiedad, estableciéndose desde entonces su posición privilegiada que persiste actualmente, caracterizándose en dicha época las neurosis ansiosas por preocupaciones exacerbadas que alcanzaban el pánico acompañadas frecuentemente de manifestaciones somáticas, diferenciándose de las neurosis fóbicas al generarse en cualquier circunstancia sin limitarse a situaciones u objetos particulares según el DSM II de 1986, ocupando actualmente los trastornos ansiosos el primer lugar mundialmente entre las alteraciones comportamentales más relevantes (28).

2.2.1.5. Dimensiones de la ansiedad

Dimensión Afectivo:

Se refiere a cómo esta afecta las emociones, puede ser tanto una causa como una consecuencia de las emociones intensas. La ansiedad puede ser desencadenada por emociones fuertes, pero también puede ser una respuesta a pensamientos ansiosos, lo

que a su vez genera más emociones negativas y crea un ciclo de ansiedad. Este componente afectivo se manifiesta en emociones como el temor, el nerviosismo y el miedo (29).

Dimensión Cognitivo:

Dimensión Cognitivo: Se refiere a cómo las personas interpretan y responden a las situaciones que les rodean, cuando una persona percibe negativamente las exigencias de su entorno, esta percepción puede verse distorsionada por patrones de pensamiento negativos o poco útiles. Estos patrones de pensamiento pueden dificultar la formación de nuevas ideas y estrategias para afrontar los desafíos, lo que a su vez puede contribuir a la ansiedad (30).

Dimensión Somático:

Se refiere a los síntomas físicos que experimenta una persona como resultado de la ansiedad, estos síntomas son una respuesta directa del cuerpo a la ansiedad y pueden incluir sudoración, temblores, entumecimiento, dificultad para respirar, sensación de ahogo, mareos, desmayos y tartamudeo. Estos síntomas pueden ser causados por factores ambientales, pero también pueden ser influenciados por la forma en que una persona procesa la información y percibe su entorno (31).

2.2.1.6. Instrumento inventario de ansiedad de Beck (BAI)

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) representa un instrumento de evaluación psicológica desarrollado en 1988 para medir la severidad de síntomas ansiosos, diferenciándolos de manifestaciones depresivas, conformado por 21 ítems que valoran principalmente expresiones somáticas de la ansiedad mediante una escala graduada, cuyos puntajes totales permiten clasificar la intensidad sintomatológica,

siendo una herramienta de aplicación sencilla y ampliamente utilizada en contextos clínicos y de investigación con población general a nivel internacional (32).

2.2.1.7. Teoría de enfermería Hildegard Peplau

La teoría interpersonal de Hildegard Peplau, desde un enfoque psicodinámico, se centra en el cuidado como un proceso de ayuda al paciente para que adquiera un mayor conocimiento de sí mismo y encuentre un significado a su experiencia, especialmente en relación con su enfermedad. La competencia del profesional de enfermería en la atención del paciente es crucial, ya que como miembro clave de un equipo de salud, mantiene una relación directa y constante con el paciente. Esta cercanía lo convierte en un elemento fundamental en el proceso de curación y rehabilitación (33).

2.2.2. Variable 2: Depresión

2.2.2.1. Definición de Depresión

La depresión se define como una afección psíquica que se distingue por la presencia crónica de tristeza profunda y desesperanza, reduciendo la energía y la habilidad para enfrentar las tareas cotidianas; frecuentemente se acompaña de sensaciones de inutilidad, marcada insatisfacción, alteraciones en el apetito o el sueño, y la aparición de ideación suicida (34).

La depresión puede presentarse asociada a otras enfermedades crónicas, como el cáncer o la diabetes, y esta comorbilidad puede agravar ambas condiciones o ser efecto secundario de ciertos tratamientos. Existen dos tipos principales: la depresión mayor, con síntomas intensos que duran al menos dos semanas, e interfiere en la vida

diaria, y el trastorno depresivo persistente (distimia), de menor gravedad, pero que se extiende durante al menos dos años (35).

2.2.2.2. Características de la depresión

La sintomatología depresiva incluye manifestaciones afectivas como tristeza persistente, desesperanza, irritabilidad y culpabilidad, acompañadas de fatiga, alteraciones cognitivas, trastornos del sueño y apetito, además de cambios conductuales como aislamiento social, volverse impulsivo, incapacidad de llevar a cabo sus deberes entre otras manifestaciones (36).

La manifestación clínica de la depresión es variable, pues no todos los pacientes experimentan la totalidad de los síntomas, aunque, en cualquier caso, estos provocan una angustia considerable e interfieren notablemente en el desempeño de las actividades cotidianas de la persona (37).

La depresión puede evolucionar hacia formas crónicas o presentar recurrencias afectando notablemente el bienestar emocional y la habilidad para gestionar actividades cotidianas, considerándose que las patologías generalmente poseen origen o conexión con factores emocionales, siendo la depresión un ejemplo representativo de esta relación entre salud física y mental (38).

El diagnóstico de patologías crónicas, las exigencias de autocuidado de la misma y el temor ante posibles complicaciones pueden desencadenar cuadros ansioso-depresivos particularmente en personas con limitado soporte social y bajo nivel educativo, no obstante, la elevada prevalencia de sintomatología depresiva incluso en pacientes no diagnosticados sugiere que factores psicosociales por sí solos resultan insuficientes para explicar completamente esta asociación (39).

La depresión no debe confundirse con el simple ánimo bajo; más bien implica una vivencia compleja, difícil de reducir a criterios diagnósticos rígidos. Su comprensión exige integrar dimensiones subjetivas y socioculturales, evitando tomar como equivalentes las clasificaciones con la depresión real (40).

2.2.2.3. Teorías de la depresión

Teoría cognitiva de Beck

La Teoría Cognitiva de Aaron T. Beck propone un enfoque psicoterapéutico activo centrado en modificar patrones cognitivos y conductuales desadaptativos. Este modelo teórico-práctico, desarrollado sistemáticamente y validado empíricamente, se enfoca en abordar problemas psicológicos mediante intervenciones estructuradas y delimitadas temporalmente, consolidándose como referente en tratamientos basados en evidencia (41).

La Triada Cognitiva de Beck describe patrones de pensamiento negativos característicos de la depresión, donde la persona desarrolla percepciones distorsionadas sobre sí misma valorándose como inútil e insuficiente, interpreta el mundo como exigente y obstaculizador de sus metas, y anticipa un futuro plagado de sufrimiento continuo e inevitable, generando así la sintomatología depresiva restante (42).

Los esquemas cognitivos negativos de Beck son creencias aprendidas y distorsionadas sobre uno mismo y el entorno, que condicionan interpretaciones pesimistas en la depresión, aunque pueden modificarse mediante intervención terapéutica (43).

Los pensamientos automáticos son cogniciones negativas espontáneas, repetitivas e involuntarias que emergen de esquemas disfuncionales. Se caracterizan por interpretaciones sesgadas, absolutistas y distorsionadas de las experiencias, siendo

percibidos como verdades inmutables por la persona, interfiriendo significativamente en su funcionamiento cotidiano y bienestar emocional (44).

Los errores cognitivos representan distorsiones sistemáticas en el procesamiento de información que mantienen y refuerzan el malestar depresivo. Estos sesgos incluyen inferencias arbitrarias realizadas sin evidencia adecuada, atención selectiva enfocada exclusivamente en aspectos negativos, sobregeneralizaciones derivadas de eventos aislados, magnificación o minimización desproporcionada de situaciones, y personalización que atribuye erróneamente eventos externos negativos a sí mismo, generando conclusiones negativas persistentes (45).

La teoría cognitiva de Beck plantea que los patrones de pensamiento distorsionado constituyen el núcleo de la depresión. Su abordaje terapéutico busca identificar y transformar estas cogniciones disfuncionales, promoviendo interpretaciones más adaptativas de la realidad (46).

2.2.2.4. Evolución histórica de la depresión

El reconocimiento de la depresión tiene raíces en la Grecia antigua (siglo V a.C.), donde Hipócrates denominó melancolía a un estado caracterizado por tristeza persistente, irritabilidad, alteraciones del sueño y rechazo alimentario. Su explicación se fundamentaba en el desequilibrio de los cuatro humores corporales, particularmente de la bilis negra localizada en el estómago. Esta concepción naturalista del sufrimiento emocional perduró durante siglos, representando un primer intento de comprender sistemáticamente los estados afectivos prolongados desde una visión filosófica más que clínica (47).

El término depresión proviene del latín de y premere, usado por primera vez en 1725 por Richard Blackmore para describir un estado de profunda tristeza. Durante el

siglo XIX convivió con la melancolía, mientras William Cullen la clasificó como neurosis y se introdujo la ciclotimia para explicar variaciones emocionales. Con las revoluciones sociales e industriales, la comprensión de la enfermedad mental cambió, y Philippe Pinel aportó una visión humanista que transformó la atención, marcando un giro decisivo en la psicología clínica (48).

Durante el siglo XX la depresión adquirió su denominación actual y, en 1980, el DSM-III la definió como un trastorno específico, estableciendo el marco diagnóstico vigente. El avance de la neurociencia y la hipótesis monoaminérgica permitió a la psiquiatría diferenciarse del psicoanálisis y ofrecer tratamientos biológicos, aunque con limitaciones como la sobreexposición al prozac. Paralelamente, la psicología incorporó enfoques cognitivos y conductuales con modelos explicativos respaldados empíricamente, consolidando las bases modernas para comprender y abordar la depresión desde múltiples perspectivas (49).

2.2.2.5. Dimensiones de la depresión

Cognitivo-Afectivo

La dimensión cognitivo-afectiva comprende aquellas manifestaciones psicológicas que alteran tanto el procesamiento mental como el estado emocional del individuo. Dentro de esta dimensión se agrupan síntomas como la autopercepción negativa, sentimientos persistentes de desesperanza, autocrítica excesiva, dificultad para experimentar satisfacción en actividades cotidianas, rumiación sobre fracasos pasados, pensamientos de autolesión, así como estados de irritabilidad e indecisión que deterioran significativamente el funcionamiento psicológico y la calidad de vida del sujeto (50).

Somático-Motivacional

La dimensión somático-motivacional engloba alteraciones que afectan los ritmos biológicos básicos y el impulso para la acción. Se manifiesta mediante perturbaciones del ciclo sueño-vigilia, modificaciones en los patrones alimentarios, agotamiento persistente y disminución significativa del interés por realizar actividades previamente gratificantes, comprometiendo así el desempeño funcional cotidiano del individuo (51).

2.2.2.6. Instrumento inventario de depresión de Beck (BDI-II)

El Inventario de Depresión de Beck (BDI-II) constituye un instrumento psicométrico ampliamente validado para evaluar la presencia e intensidad de manifestaciones depresivas en población adolescente y adulta. Está conformado por 21 reactivos que exploran distintas expresiones sintomatológicas, cada uno valorado mediante una escala tipo Likert de cuatro opciones, generando puntuaciones totales que oscilan entre 0 y 63, lo cual permite establecer niveles de severidad sintomática (52).

2.2.2.7. Teoría de enfermería de Betty Neuman

El modelo de Neuman conceptualiza al individuo como un sistema abierto en interacción dinámica con su entorno, donde la depresión emerge cuando los estresores psicosociales superan las defensas personales, alterando el equilibrio homeostático. Este marco teórico reconoce que la estabilidad psicológica requiere ajustes continuos ante demandas internas y externas. Cuando los mecanismos de afrontamiento resultan insuficientes para restaurar el equilibrio frente a estresores persistentes, se desarrollan manifestaciones depresivas que reflejan el grado de desorganización del sistema,

evidenciando la necesidad de intervenciones que fortalezcan las líneas defensivas y restauren el bienestar psicológico del individuo (53).

El modelo de Neuman fundamenta su comprensión del individuo en la teoría general de sistemas y principios sobre el equilibrio orgánico, conceptualizándolo como una estructura abierta en intercambio continuo con su entorno. Este marco teórico permite entender cómo los estresores persistentes atraviesan progresivamente las líneas defensivas del sistema, generando desequilibrio psicológico. La depresión emerge cuando los mecanismos adaptativos resultan insuficientes para restaurar la homeostasis frente a estas demandas sostenidas. El modelo reconoce que el individuo enfrenta continuos procesos de ajuste que, al prolongarse sin recuperación del equilibrio, producen el grado de reacción característico de la sintomatología depresiva. Esta perspectiva enfatiza la importancia de fortalecer los recursos personales y contextuales para mantener la estabilidad del sistema, evitando que los estados de desequilibrio se perpetúen y comprometan el bienestar integral de la persona (53).

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental, Lima 2026.

H0: No existe relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental, Lima 2026.

2.3.2. Hipótesis específicas

Hi1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión afectiva de la ansiedad y la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental.

Hi2: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión cognitiva de la ansiedad y la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental.

Hi3: Existe relación estadísticamente significativa la dimensión somática de la ansiedad y la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental.

3. METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

El Método de la investigación es hipotético-deductivo, ya que se parte de una hipótesis basada en datos empíricos y por medio de la deducción, se obtiene predicciones las cuales se comprueban con la realidad (54).

3.2. Enfoque de la investigación

El enfoque de la investigación es cuantitativo, debido a que vamos a calcular los valores y la frecuencia del fenómeno y probar las hipótesis (55).

3.3. Tipo de investigación

El tipo de investigación es aplicada, dado que intenta resolver un problema y encontrar una solución práctica, utilizando metodologías empíricas (56).

3.4. Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es no experimental, ya que los sujetos de la investigación son observados sin alterar su entorno natural, también debemos considerar que no se manipulan las variables de la investigación (56).

La investigación es de corte transversal, por cuanto el estudio acopia los datos en un solo momento y solo una vez (56).

El nivel o alcance de la investigación es correlacional, puesto que busca analizar e identificar la relación entre las dos variables de estudio, sin alterarlas de forma directa (56).

3.5. Población, muestra y muestreo

Población

Son todos los individuos elementos o incidentes homogéneos, los cuales serán investigados (57).

La población está constituida por los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Salud Mental San Ignacio de Surco, siendo un total de 100 pacientes.

Muestra

La muestra es la subdivisión específica de la población, la cual se delimita según los objetivos de la investigación (57).

El estudio contará con la misma población por lo tanto será una muestra por conveniencia.

Muestreo

El muestreo utilizado es censal, incorporando a la totalidad de los 100 pacientes accesibles sin aplicar selección muestral y se considerará a todos los individuos que cumplan con los criterios de inclusión establecidos.

Criterios de inclusión

- Pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 mayores de 18 años.
- Pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 menores de 18 años.
- Pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2 que no firmen el consentimiento informado.

3.6. Variables y operacionalización

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles o rangos)
V1: Ansiedad	La ansiedad representa una experiencia emocional desagradable que se manifiesta mediante tensión psíquica y síntomas corporales como aceleración cardíaca, temblores, náuseas y sensación de vértigo (59).	La ansiedad se medirá mediante el Inventario de Ansiedad BAI-I elaborado por Beck en 1988 (59).	Afectiva	- Temor a lo peor - Miedo - Nerviosismo	Ordinal	0-7 Ansiedad mínima 8-15 Ansiedad leve 16-25 Ansiedad moderada 26-63 Ansiedad grave
			Cognitiva	- Percepción de incapacidad para relajarse - Percepción de que las respuestas somáticas lo invaden - Temor a morir	Ordinal	
			Somática	- Entumecimiento - Aumento de temperatura - Temblor en miembros inferiores o superiores - Aceleración cardíaca - Problemas digestivos - Ruborización - Sudoración	Ordinal	
V2: Depresión	La depresión constituye un trastorno afectivo caracterizado por tristeza persistente, pérdida de interés en actividades placenteras y deterioro en la capacidad para realizar actividades cotidianas, generando malestar psicológico significativo en quien la experimenta (59).	La depresión se medirá mediante el Inventario Depresión BDI-II elaborado por Beck en 1996 (60).	Cognitivo-afectiva	- Tristeza - Pesimismo - Fracaso - Pérdida de placer - Pensamientos	Ordinal	0-13 Depresión Mínima 14-19 Depresión leve 20-28 Depresión moderada 29-63 Depresión grave
			Somático-motivacional	- Fatiga - Sentimiento de inutilidad - Autocrítica - Deseos suicidas - Llanto - Agitación - Pérdida de interés - Indecisión - Desvalorización - Pérdida de energía - Cambios de sueño - Irritabilidad - Cambios de apetito - Dificultad de concentración - Fatiga - Pérdida de interés sexual	Ordinal	

3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.7.1. Técnica

Se utilizará como técnica la encuesta, esta permite recoger la información de forma estructurada y ordenada, estableciendo preguntas preestablecidas con respuestas con escalas (58).

El instrumento para el acopio de datos utilizado será el cuestionario, el cual consta de un conjunto de preguntas enumeradas las cuales tienen posibles respuestas, donde responderá el encuestado (58).

3.7.2. Descripción de instrumentos

Ansiedad

Instrumento 1: Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

El Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), elaborado por Beck y Steer en 1988, constituye un instrumento psicométrico fundamentado en criterios diagnósticos del DSM-III y DSM-IV para trastornos ansiosos, el cual evaluara la variable Ansiedad y fue aplicado por Trujillo en el 2021 en Lima en un estudio titulado “Ansiedad y agresividad en practicantes del deporte de combate que asisten a diez centros deportivos en Lima Sur”; este instrumento se compone de 21 ítems con formato de respuesta tipo Likert que se organizan en tres dimensiones evaluativas: afectiva (ítems 5, 8, 9, 10, 14, 17), cognitiva (ítems 4, 11, 13, 16) y somática (ítems 1, 2, 3, 6, 7, 12, 15, 18, 19, 20, 21), cuya integración permite obtener una puntuación global que refleja el nivel total de ansiedad experimentado por el evaluado (59).

Depresión

Instrumento 2: Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

El Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II), elaborado por Beck, Steer y Brown en 1996 y adaptado al contexto peruano por Bendezu y Valverde en 2019, representa un instrumento de evaluación psicológica diseñado para aplicación individual o grupal en población mayor de 18 años con una duración estimada de 5 a 10 minutos, habiendo sido utilizado por Rafael y Huanca durante el 2022 en Puno dentro de un estudio titulado “Depresión y funcionamiento familiar en adultos jóvenes del centro de salud Caracoto Puno- 2022”, estructurándose mediante 21 ítems organizados en dos dimensiones específicas: cognitivo-afectiva (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10) y somático-motivacional (ítems 6, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21), empleando formato de respuesta tipo Likert para cuantificar la severidad sintomatológica depresiva (60).

3.7.3. Validación

Instrumento 1: Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

La validez de contenido del instrumento aplicado por Trujillo en el 2021 en Lima fue analizada mediante el coeficiente V de Aiken con participación de cinco expertos evaluadores, obteniéndose valores que fluctuaron entre 0.80 y 1.00, lo cual evidencia niveles óptimos de pertinencia, relevancia y claridad de los reactivos que conforman el instrumento según el criterio especializado de los jueces (59).

Instrumento 2: Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

BDI-II presenta evidencias de validez respaldadas en la versión original mediante una varianza explicada del 57% y validación por juicio experto, mientras que la adaptación peruana de Bendézu y Valverde en 2019 demostró adecuados indicadores de ajuste mediante análisis factorial confirmatorio ($GFI = 0.89$, $CFI = 0.90$, $TLI = 0.90$), consolidando la validez de constructo del instrumento en población peruana (57).

3.7.4. Confiabilidad

Instrumento 1: Inventario de ansiedad de Beck (BAI)

El análisis de confiabilidad del instrumento aplicado por Trujillo en el 2021 en Lima mediante consistencia interna fue realizado en un grupo piloto de 100 participantes, evidenciándose un coeficiente alfa de Cronbach superior a 0.879, lo cual indica que el instrumento presenta niveles adecuados de consistencia interna y estabilidad en la medición de la variable ansiosa evaluada (59).

Instrumento 2: Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

El BDI-II aplicado por Rafael y Huanca en 2022 evidencia apropiada confiabilidad mediante coeficiente alfa de Cronbach de 0.87 en su versión original, mientras que la adaptación peruana reporta valores oscilantes entre 0.76 y 0.87, demostrando consistencia interna adecuada del instrumento (60).

3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos

La información obtenida de las encuestas será digitada, organizada y guardada en una hoja de cálculo de Excel para su posterior procesamiento con el software estadístico SPSS versión 26, en el cual se podrán elaborar gráficos y tablas de esta forma será posible describir, analizar e interpretar las variables. Se utilizará el coeficiente de correlación de Rho de Spearman para poder relacionar las variables.

3.9. Aspectos éticos

Los aspectos éticos resguardan los derechos y bienestar de los participantes del estudio, sustentándose en los cuatro principios básicos establecidos por la bioética contemporánea, los cuales se detallan a continuación:

Principio de autonomía

La autonomía reconoce el derecho del participante a tomar decisiones voluntarias e informadas mediante el consentimiento informado, estableciendo la obligación del

investigador de respetar dichas decisiones sin coacción alguna. Esta investigación asegura brindar información clara y garantizar la decisión voluntaria de participar, destacando transparencia y respeto al consentimiento informado como principios éticos fundamentales.

Principio de beneficencia

El principio de beneficencia exige priorizar el bienestar de los participantes, evitando prejuicios y promoviendo acciones favorables que trasciendan los intereses del investigador.

Principio de no maleficencia

La no maleficencia establece la obligación de no causar daño intencionado ni riesgos innecesarios a los participantes, requiriendo evaluación continua que garantice la minimización de perjuicios potenciales. La presente investigación garantiza este principio.

Principio de justicia

El principio de justicia exige trato equitativo para todos los participantes sin discriminación por raza, género, religión o condición socioeconómica, garantizando la imparcialidad y respeto. Los participantes recibirán trato digno, respetuoso e igualitario durante el estudio, evitando cualquier forma de discriminación o favoritismo entre ellos.

4. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

4.1. Cronograma de actividades

ACTIVIDADES	2026			
	Feb	Mar	Abr	May
Determinar el problema				
Exploración de fuentes documentales de referencia				
Contexto del problema y bases teóricas				
Relevancia y fundamentación del estudio				
Formulación de la problemática y objetivos				
Marco metodológico y estrategia de investigación				
Población y muestra				
Técnica e instrumentos para el levantamiento de información				
Consideraciones bioéticas				
Técnicas de procesamiento de datos				
Gestión administrativa del estudio				
Preparación de los documentos anexos				
Validación del estudio				
Sustentación del estudio				

4.2.Presupuesto

ÍTEMS	Rubros	Cantidad	COSTO S/.	
			por Unidad	Total
Servicios	Anillados	2	15.00	30.00
	Fotocopias e impresiones	300	0.50	150.00
	Movilidad y Viáticos	20	35.00	700.00
	Total Servicios S/.			880.00
Recursos materiales	Hojas Bond	1000	0.05	50.00
	Bolígrafos	10	1.00	10.00
	Tableros	3	10.00	30.00
	Memoria USB	1	50.00	50.00
	Porta documentos	10	3.00	30.00
	Total Recursos materiales S/.			170.00
Nº	ÍTEMS			COSTO S/.
1	Servicios			880.00
2	Recursos materiales			170.00
TOTAL S/.				1050.00

5. REFERENCIAS

1. Trastornos mentales [Internet]. Who.int. [citado el 12 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
2. Trastornos de ansiedad [Internet]. Who.int. [citado el 12 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
3. Trastorno depresivo (depresión) [Internet]. Who.int. [citado el 12 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
4. Diabetes [Internet]. Who.int. [citado el 12 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>
5. Protección y promoción de la salud mental en la Región de las Américas [Internet]. Paho.org. [citado el 12 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/publicaciones/proteccion-promocion-salud-mental-region-americas>
6. Salud mental: ¿cómo detectar y superar la ansiedad? [Internet]. Gob.pe. [citado el 12 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/696706-salud-mental-como-detectar-y-superar-la-ansiedad>
7. Establecimientos del Minsa atendieron más de 250 000 casos de depresión a lo largo del año 2024 [Internet]. Gob.pe. [citado el 12 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/1088925-establecimientos-del-minsa-atendieron-mas-de-250-000-casos-de-depresion-a-lo-largo-del-ano-2024>
8. INS advierte que más de 2 millones 500 mil peruanos sufre de diabetes y recomienda evaluaciones preventivas al menos una vez al año [Internet]. Gob.pe. [citado el 12 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/ins/noticias/1190543-ins-advierte-que-mas-de-2-millones-500-mil-peruanos-sufre-de-diabetes-y-recomienda-evaluaciones-preventivas-al-menos-una-vez-al-ano>
9. Burgos V. Nivel de ansiedad, depresión y estrés en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en la región de La Libertad [Internet]. [Trujillo - Perú]: Universidad César Vallejo; 2023 [citado el 12 de enero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/131680>
10. Hurtado E, Vargas L. Ansiedad y depresión en adultos mayores con diabetes tipo 2, durante el confinamiento en el Centro de Salud “Reque” 2021 [Internet]. [Pimentel - Perú]: Universidad Señor de Sipan; 2023 [citado el 12 de enero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.uss.edu.pe/handle/20.500.12802/15205>
11. Calderon S, Robinson A. Depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo II atendidos en la microrred Chiclayo, 2021 [Internet]. [Chiclayo - Perú]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2023 [citado el 12 de enero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.usat.edu.pe/items/4829b694-a723-4024-98db-18ddd417fae1>

12. Quispe C, Alvaro C. Ansiedad y depresión en pacientes adultos que acuden al puesto de salud 9 de octubre, Juliaca 2024 [Internet]. [Ica - Perú]: Universidad Autónoma de Ica; 2025 [citado el 12 de enero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/3291>
13. Perez Beltran YJ, Marcos Salvatierra AT. Depresión y ansiedad en adultos diagnosticados con diabetes Mellitus Tipo 2 en el Hospital San José de Chíncha, 2023 [Internet]. [Ica - Perú]: Universidad Autónoma de Ica; 2024 [citado el 26 de enero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.autonomadeica.edu.pe/handle/20.500.14441/2729>
14. Salud Mental [Internet]. Who.int. [citado el 26 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
15. Narváez Zambrano O. Ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial esencial, atendidos en unidades de salud del distrito 17D06 [Internet]. [Ecuador]: Universidad Técnica del Norte; 2023 [citado el 12 de enero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/14043>
16. Luzuriaga GC. Ansiedad y depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 que acuden al Centro de Salud de Miraflores [Internet]. [Ecuador]: Universidad Nacional de Loja; 2023 [citado el 12 de enero de 2026]. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/items/b4896056-4d8b-4eed-9699-c24722240e7a>
17. Wen Y, Han X, Sun M, Wang L, Zhu X, Wang X, et al. The anxiety and depression status and related influencing factors in patients with type 2 diabetes: Why should we care. J Radiat Res Appl Sci [Internet]. 2023;16(1):100495. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jrras.2022.100495>
18. Azabache VA. Depresión y ansiedad en pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 [Internet]. [Trujillo - Perú]: Universidad César Vallejo; 2023 [citado el 12 de enero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/131808>
19. Arnedo MT. Ansiedad y depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el centro de salud Sangarará en el periodo 2023-2024, Comas. Lima 2024 [Internet]. [Lima - Perú]: Universidad Privada San Juan Bautista; 2025 [citado el 12 de enero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/handle/20.500.14308/6557>
20. Panduro García CE. Asociación entre síntomas depresivos y ansiedad en pacientes adultos con diabetes mellitus tipo 2 de un hospital de Loreto, 2024 [Internet]. [Loreto - Perú]: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana; 2025 [citado el 12 de enero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unapiquitos.edu.pe/items/9e361be6-75de-4a23-bcc5-6b0ce0e239f2>

21. Torrents R, Ricart M, Ferreiro M, López A, Renedo L, Lleixà M, et al. Ansiedad en los cuidados: una mirada desde el modelo de Mishel. *Index Enferm* [Internet]. 2013;22(1–2):60–4. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s1132-12962013000100013>
22. Delgado GDP. Ansiedad en el personal de salud [Internet]. [Arequipa- Perú]: Universidad Continental; 2020 [citado el 13 de enero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/9883>
23. Sierra J, Ortega V, Zubeidat I. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Rev Mal-Estar Subj* [Internet]. 2003 [citado el 13 de enero de 2026];3(1):10–59. Disponible en: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482003000100002
24. Asca MR, Flores E. Ansiedad en estudiantes de nivel primaria de una Institución Educativa Pública y una Institución Educativa Privada de Huánuco – 2021 [Internet]. [Huánuco - Perú]: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; [citado el 13 de enero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/6904>
25. Paredes FE. Niveles de ansiedad en el personal de salud de la micro red Totos, Ayacucho-2023 [Internet]. [Ayacucho- Perú]: Universidad Continental; 2024 [citado el 13 de enero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/15672>
26. Villagarcía A. Ansiedad y motivación del logro en estudiantes universitarios de la Universidad Nacional Tecnológica de Lima Sur [Internet]. [Huancayo - Perú]: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2022 [citado el 13 de enero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/8353>
27. Kuaik ID, de la Iglesia G. Ansiedad: Revisión y Delimitación Conceptual. *Summa Psicol* [Internet]. 2019 [citado el 27 de febrero de 2026];16(1):42–50. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7009167>
28. Sarudiansky M. Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos. *Psicología Iberoamericana* [Internet]. 2013;21(2):19–28. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525003>
29. Geronimo AY. Agresividad y ansiedad en estudiantes de secundaria de una institución educativa de Villa El Salvador [Internet]. [Lima - Perú]: Universidad Autónoma del Perú; 2022 [citado el 13 de enero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/1934>
30. Sotomayor L, Fiorella L. Ansiedad y depresión en adultos mayores de un CEDIF de San Juan de Miraflores [Internet]. [Lima - Perú]: Universidad Ricardo Palma; 2024 [citado el 21 de enero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/entities/publication/749b19a2-28a5-4782-8668-88d64827d131>

31. Sandiga R, Mercedes G. Estrés laboral y ansiedad en el personal de enfermería del servicio de emergencia de un hospital público del Callao, 2025 [Internet]. [Lima - Perú]: Universidad Privada Norbert Wiener; 2025 [citado el 21 de enero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/entities/publication/54c1c203-cd0d-4adb-9fdb-5bb3cc5f28ca>
32. Flores Espinosa A. Aplicación del inventario de ansiedad de Beck (BAI) en médicos de anestesiología del Hospital Regional 1° de octubre [Internet]. [México]: Universidad Nacional Autónoma de México; 2025 [citado el 21 de enero de 2026]. Disponible en: <https://ru.dgb.unam.mx/items/8b222a9c-dbf9-4b9b-996a-a0337bead234>
33. Tapia T, Estela M. Programa para el manejo de la ansiedad, basado en la Teoría Dehildegard Peplau. Enfoque ·Revista Científica de Enfermería [Internet]. 2010 [citado el 21 de enero de 2026];VIII(3):39–48. Disponible en: <http://up-rid.up.ac.pa/id/eprint/605>
34. ¿Qué es la depresión? [Internet]. American Psychiatric Association. [citado el 21 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.psychiatry.org/patients-families/la-salud-mental/depresion/que-es-la-depresion>
35. Depresión [Internet]. National Institute of Mental Health (NIMH). 2024 [citado el 21 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/depresion-sp>
36. Rabanal León HC, Aguilar Chávez PV, Figueroa Rojas P del V, Peralta Iparraguirre AV, Rodríguez-Azabache J, Yupari-Azabache IL. Características asociadas a la depresión, ansiedad y estrés en estudiantes universitarios. Enferm Glob [Internet]. 2023;22(3):152–78. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.553991>
37. Aquino U, Corina D. Estudio de las manifestaciones clínicas asociadas a la depresión en personas laboralmente activas [Internet]. [Guatemala]: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2024 [citado el 21 de enero de 2026]. Disponible en: <http://www.repositorio.usac.edu.gt/20651/>
38. Pachay CGM, Molina SAA. Depresión en adultos mayores de la Fundación una Vida con Propósito. Polo del Conocimiento: Revista científico - profesional [Internet]. 2021 [citado el 21 de enero de 2026];6(12):509–20. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8219297>
39. Nicolau Ramis J. Depresión y diabetes [Internet]. Revista Diabetes. 2023 [citado el 21 de enero de 2026]. Disponible en: <https://www.revistadiabetes.org/psicologia/depresion-y-diabetes/>
40. Jadresic E. Conceptualizing depression: two perspectives. Rev Med Chil [Internet]. 2022;150(11):1419–21. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872022001101419>

41. Neufeld CB, dos-Anjos NC, Rebessi IP. La teoría de los modos de Beck: una revisión de alcance. *Rev Bras Ter Cogn* [Internet]. 2023;19(2):230–43. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5935/1808-5687.20230027-es>
42. Verdi-Estrada J, Cañedo-Galván M, Andrade-Tapia IE, Guzmán-Díaz G, Cisneros Herrera J. Vulnerabilidad cognitiva específica de la depresión. *Bol Cient Esc Super Atotonilco Tula* [Internet]. 2021;8(15):9–13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.29057/esat.v8i15.6317>
43. Rosas-Fuentes PD, Valdés García KP, Durán-Vaca JL, Padrós-Blázquez F. Revisión sistemática sobre la asociación entre creencias irracionales y depresión. *Caleidoscopio* [Internet]. 2023;(48). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33064/48crscsh3535>
44. Liébana Puado S. Predicción de la sintomatología emocional a partir de las creencias disfuncionales en víctimas de atentados terroristas : poniendo a prueba la teoría cognitiva de Beck [Internet]. [España]: Universidad Complutense de Madrid; 2023 [citado el 21 de enero de 2026]. Disponible en: <https://docta.ucm.es/entities/publication/f9fe013f-567e-4478-baf6-c2247492b34d>
45. Weeland MM, Nijhof KS, Otten R, Vermaes IPR, Buitelaar JK. Beck's cognitive theory and the response style theory of depression in adolescents with and without mild to borderline intellectual disability. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2017;69:39–48. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2017.07.015>
46. da Silva CJ. A TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL DE BECK E PSICOLOGIA POSITIVA DE SELIGMAN: UM ESTUDO COMPARATIVO DAS ABORDAGENS. *Rev Pret* [Internet]. 2020 [citado el 21 de enero de 2026];5(9):103–16. Disponible en: <https://periodicos.pucminas.br/pretextos/article/view/24405>
47. del Rosario AN. Depresión y sufrimiento humano: pasado, presente y futuro. *Almogaren: revista del Centro Teológico de Las Palmas* [Internet]. 2023 [citado el 21 de enero de 2026];(72):91–9. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9480218>
48. Celedonio RA. Prevalencia de depresión en adolescentes del Liceo Juan Pablo Duarte, enero-marzo, 2020 [Internet]. [República Dominicana]: Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña; 2020 [citado el 21 de enero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.unphu.edu.do/handle/123456789/3798>
49. García Neme D. Depresión en el siglo XX: concepción y tratamientos [Internet]. [Colombia]: Universidad del Rosario; 2017. Disponible en: http://dx.doi.org/10.48713/10336_18022
50. Gelves-Ospina M, Martínez EB, Orozco-Acosta E, Roman NF, Allegri R. Síntomas afectivo-conductuales y estrategias de afrontamiento del dolor en pacientes con fibromialgia (FM). *Salud Uninorte* [Internet]. 2017 [citado el 21 de enero de 2026]. C.;33(3):285–95. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-55522017000300285&lng=en&nrm=iso&tlng=es

51. Pachas DVB. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Rev Investig Psicol* [Internet]. 2019 [citado el 21 de enero de 2026];22(1):39–52. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8162691>
52. Martínez REO, Castro Torres R, Orozco NV, Toledo MGC, Hernández GRC, Amézquita MGL, et al. Ansiedad y depresión en estudiantes del área de la salud de la Universidad Veracruzana. *CF* [Internet]. 2021 [citado el 21 de enero de 2026]; Disponible en: <https://erevistas.uacj.mx/ojs/index.php/cienciafrontera/article/view/3611>
53. Mena N, Gabriel H. Intervención de enfermería en salud mental desde la teoría de Betty Neuman, para el fortalecimiento de las estrategias de afrontamiento en relación al estrés laboral, dirigido a un grupo de personas trabajadoras de la empresa Hellmann, Heredia, Costa Rica, 2018: una experiencia de sistematización [Internet]. *Ucr.ac.cr*. 2020 [citado el 27 de febrero de 2026]. Disponible en: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/items/37d4055c-7597-41b1-a391-bbb8120a198d>
54. Rodríguez Jiménez A, Pérez Jacinto AO. Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Rev Esc Adm Neg* [Internet]. 2017;(82):175–95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.21158/01208160.n82.2017.1647>
55. Hernandez Sampieri R, Mendoza Torres CP. Metodología de la Investigación: Las Rutas Cuantitativa, Cualitativa y Mixta. México: McGraw-Hill; 2018.
56. Arias J, Holgado J, Tafur T, Vasquez M. Metodología de la investigación: El método ARIAS para desarrollar un proyecto de tesis. Instituto Universitario de Innovación Ciencia y Tecnología Inudi Perú; 2022.
57. Mucha Hospinal LF, Chamorro Mejía R, Oseda Lazo ME, Alania-Contreras RD. Evaluación de procedimientos empleados para determinar la población y muestra en trabajos de investigación de posgrado. *Desafíos* [Internet]. 2021;12(1):50–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37711/desafios.2021.12.1.253>
58. Ñaupas Paitán H, Mejía Mejía E, Novoa Ramírez E, Villagómez Paucar A. Metodología de la investigación: cuantitativa - cualitativa y redacción de la tesis. Bogotá - Colombia: Ediciones de la U; 2014.
59. Leandro T, Jose J. Ansiedad y agresividad en practicantes del deporte de combate que asisten a diez centros deportivos en Lima Sur [Internet]. Universidad Autónoma del Perú; 2021 [citado el 29 de enero de 2026]. Disponible en: <https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/1423>
60. Huanca Vargas M, Rafael Quispe BJ. Depresión y funcionamiento familiar en adultos jóvenes del centro de salud Caracoto Puno- 2022 [Internet]. Universidad Autónoma de

Ica; 2023 [citado el 29 de enero de 2026]. Disponible en:
<https://repositorio.autonoma deica.edu.pe/handle/20.500.14441/2630>

ANEXOS

Anexo 1. Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico
Problema general - ¿De qué manera se relaciona la ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental, Lima 2026? Problemas específicos - ¿De qué manera se relaciona la dimensión afectiva de la ansiedad y la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental? - ¿De qué manera se relaciona la dimensión cognitiva de la ansiedad y la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental? - ¿De qué manera se relaciona la dimensión somática de la ansiedad y la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental?	Objetivo general - Determinar la relación entre la ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental, Lima 2026. Objetivos específicos - Establecer la relación entre la dimensión afectiva de la ansiedad y la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental. - Establecer la relación entre la dimensión cognitiva de la ansiedad y la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental. - Establecer la relación entre la dimensión somática de la ansiedad y la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental.	Hipótesis General Hi: Existe relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental, Lima 2026. H0: No existe relación estadísticamente significativa entre la ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental, Lima 2026. Hipótesis específicas Hi1: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión afectiva de la ansiedad y la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental. Hi2: Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión cognitiva de la ansiedad y la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental. Hi3: Existe relación estadísticamente significativa la dimensión somática de la ansiedad y la depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental.	Variable 1: Ansiedad Dimensiones - Afectiva - Cognitiva - Somática Variable 2: Depresión Dimensiones - Cognitivo-afectiva - Somático-motivacional	Método y diseño de la investigación: Hipotético-deductivo No experimental Tipo y enfoque de la investigación: Cuantitativo Aplicada Corte y alcance de la investigación: Transversal Correlacional Población: 100 pacientes. Muestra: Se trabajará con la totalidad de los pacientes. Técnica: Encuesta Instrumento: Cuestionarios

Anexo 2. Instrumentos

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD MENTAL Y
PSIQUIÁTRICA

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Nombre: _____

Sexo: M() F() **Edad:** _____ **Fecha:** _____

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy, marque con un aspa (X) según la intensidad de la molestia.

Nº	Ítems	Nada	Leve	Regular	Fuerte
1	Torpe o entumecido	(0)	(1)	(2)	(3)
2	Acalorado	(0)	(1)	(2)	(3)
3	Con temblor en las piernas	(0)	(1)	(2)	(3)
4	Incapaz de relajarme	(0)	(1)	(2)	(3)
5	Con temor a que ocurra lo peor	(0)	(1)	(2)	(3)
6	Mareado, o que se me va la cabeza	(0)	(1)	(2)	(3)
7	Con latidos del corazón fuertes y acelerados	(0)	(1)	(2)	(3)
8	Inestable (emocionalmente)	(0)	(1)	(2)	(3)
9	Atemorizado(a) o asustado (a)	(0)	(1)	(2)	(3)
10	Nervioso(a)	(0)	(1)	(2)	(3)
11	Con sensación de bloqueo (no puedo pensar bien)	(0)	(1)	(2)	(3)
12	Con temblores en las manos	(0)	(1)	(2)	(3)
13	Inquieto(a) , inseguro(a)	(0)	(1)	(2)	(3)
14	Con miedo a perder el control	(0)	(1)	(2)	(3)
15	Con sensación de ahogo	(0)	(1)	(2)	(3)
16	Con temor a morir	(0)	(1)	(2)	(3)
17	Con miedo	(0)	(1)	(2)	(3)
18	Con problemas digestivos	(0)	(1)	(2)	(3)
19	Con desvanecimientos	(0)	(1)	(2)	(3)
20	Con rubor facial	(0)	(1)	(2)	(3)

21	Con sudores, fríos o calientes	(0)	(1)	(2)	(3)
----	--------------------------------	-----	-----	-----	-----

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN SALUD MENTAL Y
PSIQUIÁTRICA

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II (BDI-II)

Nombre: _____

Sexo: M () F () **Edad:** _____ **Fecha:** _____

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

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

3. Fracaso

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

4. Pérdida de placer

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

5. Sentimientos de culpa

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

- (3) Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de castigo

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

7. Disconformidad con uno mismo

- (0) Siento acerca de mí lo mismo que siempre.
- (1) He perdido la confianza de mí mismo.
- (2) Estoy decepcionado conmigo mismo.
- (3) No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

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

9. Pensamientos o deseos suicidas

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

10. Llanto

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

11. Agitación

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

12. Pérdida de interés

- (0) No he perdido el interés en otras actividades o personas.

- (1) Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- (2) He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- (3) Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

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

15. Pérdida de energía

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

16. Cambios en los hábitos de sueño

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

17. Irritabilidad

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

18. Cambios de apetito

- (0) No he experimentado ningún cambio de mi apetito.
- (1a) Mi apetito es muy poco menor que lo habitual.

(1b) Mi apetito es muy poco mayor que lo habitual.

(2a) Mi apetito es mucho menor que antes.

(2b) Mi apetito es mucho mayor que lo habitual.

(3b) No tengo en apetito en absoluto.

(3b) Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de concentración

(0) Puedo concentrarme tan bien como siempre.

(1) No puedo concentrarme tan bien como lo habitual.

(2) Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

(3) Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o fatiga

(0) No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

(1) Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

(2) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer.

(3) Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.

21. Pérdida de interés en el sexo

(0) No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

(1) Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

(2) Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.

(3) He perdido completamente el interés por el sexo.

Anexo 3. Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Institución: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadora: León Benito Lorena Beatriz

Título: “Ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental, Lima - 2026”

Propósito del estudio

Lo invitamos a participar en un estudio llamado: “Ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental, Lima - 2026”. Este es un estudio desarrollado por investigadora de la Universidad Privada Norbert Wiener, Lic. León Benito, Lorena Beatriz. El propósito de este estudio es determinar la relación entre la ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en un centro de Salud mental, Lima - 2026. Su ejecución permitirá brindar posibles estrategias y políticas integrales que promuevan la prevención de la salud mental.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará lo siguiente:

Se le aplicará 2 cuestionarios, uno relacionado con la ansiedad el cual contiene 21 preguntas y el otro referente a la depresión el cual contiene 21 preguntas.

La encuesta puede demorar unos 20 minutos. Los resultados de los cuestionarios se almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos: En este estudio no habrá riesgo de comprometer la privacidad de los participantes, ya que la encuesta es anónima y únicamente se recopilarán datos generales con fines de investigación.

Beneficios: El presente estudio contribuye a que se realicen más investigaciones relacionadas al tema y poder mejorar la atención y la prevención de la salud mental. Asimismo, busca ofrecer posibles estrategias y políticas integrales que impulsen la prevención en este ámbito.

Costos e incentivos: Usted no deberá pagar nada por la participación. Tampoco recibirá ningún incentivo económico ni medicamentos a cambio de su participación.

Confidencialidad

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente

Si usted se siente incómodo durante la aplicación del cuestionario, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con León Benito, Lorena Beatriz al número de teléfono: 991875881 o al comité que validó el presente estudio, Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, tel. +51 924569790. E-mail: comite.etica@uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto. También entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Participante

Nombres:
DNI:

Investigadora

Nombres:
DNI:

17% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 10 palabras)

Fuentes principales

- 16%  Fuentes de Internet
- 6%  Publicaciones
- 12%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

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

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

Fuentes principales

- 16% Fuentes de Internet
- 6% Publicaciones
- 12% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

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

1	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	5%
2	Internet	alicia.concytec.gob.pe	3%
3	Internet	dspace.unl.edu.ec	<1%
4	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
5	Trabajos entregados	Universidad Tecnologica del Peru on 2026-01-21	<1%
6	Trabajos entregados	Universidad Wiener on 2026-05-27	<1%
7	Trabajos entregados	Universidad de las Islas Baleares on 2018-12-16	<1%
8	Internet	www.elsevier.es	<1%
9	Internet	repositorio.unprg.edu.pe	<1%
10	Internet	repositorio.unsaac.edu.pe	<1%
11	Internet	1library.co	<1%