



Universidad  
Norbert Wiener

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA ACADÉMICO DE MEDICINA HUMANA**

**Tesis**

Estrés y depresión asociado a diabetes tipo 2 en pacientes atendidos por  
endocrinología del hospital en Lima, 2024

**Para optar el Título Profesional de**  
Médico Cirujano

**Presentado por:**

**Autora:** Navarro Antezana, Roxana

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0009-0009-4116-9148>

**Asesora:** Dra. Diaz Barrientos, Galina

**Código ORCID:** <https://orcid.org/0000-0002-8502-5842>

**Lima – Perú**

**2025**

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

Yo, ROXANA NAVARRO ANTEZANA egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Programa Académico de **Medicina Humana** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación "ESTRÉS Y DEPRESIÓN ASOCIADO A DIABETES TIPO 2 EN PACIENTES ATENDIDOS POR ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL EN LIMA, 2024 " Asesorado por el docente: DIAZ BARRIENTOS GALINA DNI 40441748 ORCID: 0000-0002-8502-5842 tiene un índice de similitud de **16 (dieciséis) %** con código OID:14912:533963956 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 1  
 ROXANA NAVARRO ANTEZANA  
 DNI: 73200784

.....  
 Firma de autor 2  
 Nombres y apellidos del Egresado  
 DNI: .....



.....  
 Firma  
 DIAZ BARRIENTOS GALINA  
 DNI: 40441748

|  |   |                                    |
|--|---|------------------------------------|
| <br>Universidad<br>Norbert Wiener | <b>DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN</b> |                                    |
|  | <b>CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033</b>   | <b>VERSIÓN: 01</b><br>REVISIÓN: 01 |

Lima, 12...de DICIEMBRE... de...2025.....

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.

Justifico que el excedente del 3 % en fuentes primarias, que actualmente alcanza un 7 % frente al máximo permitido de 4 %, se debe a que los términos coincidentes corresponden al marco metodológico propio de una investigación. En ese sentido, se confirma la originalidad de la investigación, sustentando que la fuente identificada (7 %) proviene del repositorio [uwiener.edu.pe](http://uwiener.edu.pe), en el cual los títulos, subtítulos y términos detectados forman parte de la estructura metodológica establecida por la universidad. Asimismo, los demás términos coincidentes corresponden a expresiones de uso común en la redacción de investigaciones académicas.

## DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico a Dios por ser mi guía y fortaleza en todo este largo camino.

A mis amados padres Celsa y Dionicio por siempre darme palabras de motivación y el abrazo más reconfortante cuando más lo necesito.

A mis queridos hermanos, Mónica, Hugo, Gilbert, Lino, Willian, Lucas, Pablo, Esther, por el apoyo incondicional todos estos años, ellos son mi mejor ejemplo para lograr mi meta, lo que soy se los debo a ustedes, gracias por darme tantos años de felicidad.

A mi ángel amado mi hermano Juan, por haber estado en todo momento a mi lado, ser mi faról en mis días oscuros y enseñarme a disfrutar de cada momento de la vida con la familia.

A mis sobrinos Valeria, Ángel, Miguel, Sebastián, Gabriela, Johan, GianFranco, porque también me ayudaron a lograr esta meta con sus conocimientos, espero que sea su ejemplo y ellos saben que todo lo que te propones en la vida se logra con esfuerzo, porque nadie mejor que ustedes que vieron cuánto me costo llegar a la meta.

A mis pequeños sobrinos Valentina y Adriel, gracias por permitirme estar presente y poner todos mis conocimientos en el momento más especial que fue el proceso de su nacimiento.

A Mathias por su gran lealtad, por romper mis hojas de estudio y sobre todo por sus amanecidas conmigo.

A mi querido hijito Alessio Santiago que es mi razón de vivir, mi motor de seguir superándome cada día, quiero ser su mejor ejemplo de lucha y perseverancia.

A mi compañero de vida, Brian; gracias por apoyarme en cada paso, por siempre respetar y acompañarme en todo este proceso.

A mi misma por nunca rendirme y lograr con mucho esfuerzo esta segunda carrera.

Lo logramos mi QUERIDA FAMILIA.

## **AGRADECIMIENTO**

Agradezco a la Dra. Galina, por su apoyo, tiempo y paciencia en la elaboración de esta tesis.

A la Universidad Norbert Wiener por todo el apoyo brindado todos estos años.

A mis compañeros de promoción porque muchos de ellos fueron ejemplo de perseverancia.

A mis pacientes porque cada uno de ellos puso su confianza en mis conocimientos, gracias a ellos vi lo magnífico que es tener sus vidas en mis manos.

Al hospital que es mi segundo hogar, porque me brindó muchas experiencias y me dió la posibilidad de conocer a muchas personas que me apoyaron y me inspiraron a continuar mi segunda carrera.

## ÍNDICE GENERAL

|  |    |
|--|----|
| CAPÍTULO I: EL PROBLEMA .....                              | 1  |
| 1.1 Planteamiento y formulación del problema .....         | 1  |
| 1.2. Formulación del problema .....                        | 3  |
| 1.2.1 Problema general.....                                | 3  |
| 1.2.2 Problemas específicos .....                          | 3  |
| 1.3 Objetivos de la investigación .....                    | 3  |
| 1.3.1 Objetivo general .....                               | 3  |
| 1.3.2 Objetivos específicos.....                           | 3  |
| 1.4 Justificación .....                                    | 4  |
| CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....                            | 6  |
| 2.1. Antecedentes de la investigación .....                | 6  |
| 2.1.1. Antecedentes internacionales .....                  | 6  |
| 2.3. Formulación de hipótesis .....                        | 17 |
| 2.3.1. Hipótesis general .....                             | 17 |
| 2.3.2. Hipótesis específicas .....                         | 17 |
| CAPITULO III: METODOLOGÍA.....                             | 19 |
| 3.1. Método de la investigación .....                      | 19 |
| 3.2. Enfoque de la investigación .....                     | 19 |
| 3.3. Tipo de la investigación .....                        | 19 |
| 3.4. Diseño de la investigación .....                      | 20 |
| 3.4.1. Corte.....  | 20 |
| 3.4.2. Nivel.....  | 20 |
| 3.5. Población, muestra y muestreo .....                   | 21 |
| 3.5.1 Criterios de inclusión y exclusión .....             | 21 |
| 3.6. Variables y Operacionalización de variables .....     | 22 |
| 3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos ..... | 23 |
| 3.7.1. Descripción del instrumento.....                    | 23 |
| 3.7.2. Validación .....                                    | 24 |
| 3.7.3. Confiabilidad.....                                  | 24 |

|  |    |
|--|----|
| 3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos ..... | 25 |
| 3.9 Aspectos éticos .....                            | 26 |
| CAPÍTULO IV: RESULTADOS .....                        | 28 |
| 4.1 Análisis descriptivo.....                        | 28 |
| 4.2. Análisis inferencial .....                      | 37 |
| 4.2.1. Análisis de normalidad.....                   | 37 |
| 4.2.2. Contrastación de hipótesis general.....       | 38 |
| 4.2.3. Contrastación de hipótesis específica 1.....  | 38 |
| 4.2.4. Contrastación de hipótesis específica 2.....  | 39 |
| 4.3 Discusión de resultados .....                    | 40 |
| CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones.....      | 45 |
| 5.1 Conclusiones.....                                | 45 |
| 5.2 Recomendaciones .....                            | 45 |
| REFERENCIAS .....                                    | 47 |

## ÍNDICE DE TABLAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabla 1</b> <i>Operacionalización de variables</i> .....  | 23 |
| <b>Tabla 2</b> <i>Distribución de frecuencia de la variables estrés</i> .....  | 28 |
| <b>Tabla 3</b> <i>Distribución de frecuencia de la dimensión carga emocional</i> .....   | 29 |
| <b>Tabla 4</b> <i>Distribución de frecuencia de la dimensión Atención al personal de salud</i> ....                            | 30 |
| <b>Tabla 5</b> <i>Distribución de frecuencia de la dimensión regimen de tratamiento</i> .....                                  | 31 |
| <b>Tabla 6</b> <i>Distribución de frecuencia de la dimensión Relación intgerpersonal</i> .....                                 | 32 |
| <b>Tabla 7</b> <i>Distribución de frecuencias de la variable Depresión</i> .....   | 33 |
| <b>Tabla 8</b> <i>Distribución de frecuencias de la dimensión Somático Motivacional</i> .....                                  | 34 |
| <b>Tabla 9</b> <i>Distribución de frecuencias de la dimensión Cognitivo afectivo</i> .....                                     | 35 |
| <b>Tabla 10</b> <i>Distribución de frecuencias de diabetes tipo 2</i> .....  | 36 |
| <b>Tabla 11</b> <i>Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov de las variables Estrés y Depresión, y diabetes tipo 2</i> ..... | 37 |
| <b>Tabla 12</b> <i>Correlación entre estrés y depresión, y diabetes tipo 2</i> .....   | 38 |
| <b>Tabla 13</b> <i>Correlación entre depresión y diabetes tipo 2</i> .....   | 39 |
| <b>Tabla 14</b> <i>Correlación entre estrés y diabetes tipo 2</i> .....  | 40 |

## ÍNDICE DE FIGURAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Figura 1</b> <i>Diagrama de barras de la variables Estrés</i> .....                       | 28 |
| <b>Figura 2</b> <i>Diagrama de barras de la dimensión Carga Emocional</i> .....              | 29 |
| <b>Figura 3</b> <i>Diagrama de barra de la dimensión Atención al personal de salud</i> ..... | 30 |
| <b>Figura 4</b> <i>Diagrama de barras de la dimensión Régimen de tratamiento</i> .....       | 31 |
| <b>Figura 5</b> <i>Diagrama de barras de la dimensión Relación Interpersonal</i> .....       | 32 |
| <b>Figura 6</b> <i>Diagrama de barras de la variable Depresión</i> .....                     | 34 |
| <b>Figura 7</b> <i>Diagrama de barras de la dimensión Somático motivacional</i> .....        | 35 |
| <b>Figura 8</b> <i>Diagrama de barras de la dimensión Cognitivo afectivo</i> .....           | 35 |
| <b>Figura 9</b> <i>Diagrama de barras de diabetes tipo 2</i> .....                           | 37 |

## RESUMEN

La finalidad de la investigación radicó en determinar la asociación de estrés y la depresión en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital en Lima, 2024. En lo que respecta a la metodología, esta fue de diseño no experimental, contó con un corte transversal, el nivel se posicionó en correlacional y enfoque cuantitativo, para lo cual se empleó una muestra de 90 pacientes, a los cuales se les administró el instrumento del cuestionario. Los hallazgos revelaron que el 71.1% de los pacientes mostró un nivel medio de estrés, mientras que el 62.2% registró un nivel bajo de depresión, asimismo, la correlación de Spearman indicó una relación significativa y positiva del estrés y la depresión en pacientes diagnosticados con diabetes ( $r = 0.688$ ,  $p < 0.05$ ), evidenciando que los enfermos a causa de este mal se asocian ser víctimas de una mayor sintomatología depresiva y a padecer con mayor frecuencia cuadros de estrés, se identificó que la atención del personal de salud, el régimen de tratamiento y la carga emocional influyen en la depresión y el estrés en distintos grados. Se llegó a la conclusión que, el estrés y la depresión son aspectos determinantes en la salud mental de los sujetos con diabetes y que mejorar el apoyo emocional, la atención en salud y la adherencia al tratamiento puede reducir la sintomatología depresiva en esta población.

**Palabras clave:** estrés, depresión, diabetes tipo 2, salud mental, endocrinología

## ABSTRACT

The study's general purpose was to determine the association between stress and depression in patients with type 2 diabetes treated by the endocrinology department of a hospital in Lima, 2024. The methodology used was a non-experimental design, cross-sectional, correlational level and quantitative approach, for which a sample of 90 patients was used, to whom the questionnaire instrument was administered. The findings revealed that 71.1% of the patients showed a medium level of stress, while 62.2% registered a low level of depression, likewise, the Spearman correlation indicated a significant and positive relationship between stress and depression in patients diagnosed with diabetes ( $r = 0.688$ ,  $p < 0.05$ ), evidencing that patients due to this disease are associated with being victims of greater depressive symptoms and suffering more frequently from stress, it was identified that the attention of health personnel, the treatment regimen and the emotional burden influence depression and stress to different degrees. It was concluded that stress and depression are determining factors in the mental health of individuals with diabetes, and that improving emotional support, healthcare, and treatment adherence can reduce depressive symptoms in this population.

**Keywords:** stress, depression, type 2 diabetes, mental health, endocrinology

## CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

### 1.1 Planteamiento y formulación del problema

A nivel mundial, los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) señalaron que las personas que viven con enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión o las dislipidemias presentaron con frecuencia afectaciones en su salud mental, especialmente en el ámbito emocional y en la forma en que gestionan el estrés asociado a estas condiciones. En el caso de los pacientes diabéticos, por ejemplo, se estimó que tienen entre dos y tres veces más probabilidades de desarrollar depresión en comparación con la población general (1). A ello se suma que, según la OMS, la depresión puede retroalimentarse con el estrés, incrementando el riesgo de deterioro de la salud mental (2).

De acuerdo con Chireh et al.(3), quienes han tocado estas temáticas en varios países a nivel mundial, por ejemplo, en Canadá, un estudio sobre el dominio de la depresión y la ansiedad en sujetos con diabetes tipo 2 (DM2) mostró que al menos el 10.1% padecía de ansiedad y el 12.4% de depresión (3); asimismo, un estudio en Pakistan, realizado en el Instituto de Diabetología y Endocrinología de Baqai (BIDE), con paciente diabéticos, mostró que al menos el 41.3% muestra síntomas de depresión y al menos el 46.6% muestra síntomas de estrés (4).

A nivel latinoamericano, Muñoz et al., indica que estudios como el realizado en un hospital de Colombia, con sujetos que sufren de DM2, mostraron que al menos un 22% muestra síntomas depresivos y un 13% no están seguros de mostrarlos (5); asimismo, un estudio en la ciudad de Pernambuco en Brasil, con pacientes diabéticos, mostró que un 16.7% de los evaluados presenta estrés entre grave o extremo y un 20.4% muestran niveles de depresión graves o extremos.

Además, según las proyecciones de la International Diabetes Federation (2024), precisaron que, en el año 2025 un estimado de 853 millones de adultos, un aproximado de 1 de cada 8, será víctima de esta enfermedad, cifra que refleja un incremento estimado del 46% (6). Además, según un estudio del Centers for Disease Control and Prevention, para el 2060, la magnitud de pacientes que padecen de esta enfermedad cuenta con la potencialidad para alcanzar los 220 000, lo que representa un alarmante aumento del 700%, se ha previsto que este aumento genere disparidades significativas entre diversos grupos raciales y étnicos, siendo los adultos jóvenes de rasgos afrodescendientes, hispanos/latinos, asiáticos e isleños del Pacífico quienes presenten más altas tasas de diabetes tipo 2 (7).

A nivel nacional, Accineli et al. comentaron que las investigaciones son menores, pero aún se pueden encontrar algún ejemplo como el de un estudio realizado en pacientes diabéticos ambulatorios de Lima y Callao, donde un 8.4% de las mujeres mostraron estar atravesando un episodio depresivo, mientras que el 37% refirió haber tenido uno en algún momento de su vida; en el caso de los varones solo el 0.6% mencionaron sufrir un episodio depresivo en ese momento y un 21.9% mencionaron haberlo padecido en algún momento (8).

A nivel local, los pacientes diabéticos atendidos en centro de salud de Lima adscritos al Ministerio de Salud del Perú enfrentan una serie de desafíos que exacerban su situación, dado que la ausencia de fondos y la carencia de profesionales capacitados en el bienestar mental dentro de los servicios de endocrinología son elementos que conciben a la predominancia significativa de estrés y depresión en esta, asimismo, el vínculo entre ambos es bidireccional; el estrés puede llevar a un mal control de la glucosa, mientras que las complicaciones de la diabetes pueden aumentar los niveles de estrés en cada paciente sumando a una ansiedad, por los mismo, la estigmatización y la falta de

comprensión sobre la enfermedad en la sociedad contribuyen a un sentimiento de aislamiento en los pacientes, lo que puede agravar los síntomas de depresión, para ello, es crucial que se implementen programas de atención integral que incluyan apoyo psicológico y educación sobre la diabetes para el bienestar dentro de la cotidianidad de cada ser persona afecta por esta condición y mitigar el pesar que la enfermedad representa tanto para ellos como para el sistema de salud.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1 Problema general**

¿Existe asociación entre estrés y depresión en pacientes diabéticos tipo 2 atendidos por endocrinología de un hospital en Lima, 2024?

### **1.2.2 Problemas específicos**

- ¿Existe la asociación entre estrés y diabetes tipo 2 en pacientes atendidos por endocrinología de un hospital en Lima, 2024?
- ¿Existe la asociación entre depresión y diabetes tipo 2 en pacientes atendidos por endocrinología de un hospital en Lima, 2024?

## **1.3 Objetivos de la investigación**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar el estrés y depresión asociado a diabetes tipo 2 en pacientes atendidos por endocrinología del hospital en Lima, 2024.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Determinar la asociación entre estrés y diabetes tipo 2 en pacientes atendidos por endocrinología del hospital en Lima, 2024.

- Determinar la asociación entre depresión y diabetes tipo 2 en pacientes atendidos por endocrinología del hospital en Lima, 2024.

#### **1.4 Justificación**

La investigación desarrollada cuenta con una justificación en grado teórico dado que el estrés y la depresión en sujetos con DM2 son condiciones altamente prevalentes y existe una limitada literatura científica que explore de manera detallada el vínculo entre la depresión y el estrés en estos pacientes, por lo que este estudio contribuyó a la profundización del conocimiento en la interrelación entre estas variables, permitió validar o cuestionar teorías existentes sobre la influencia psicológica de la diabetes en entornos de salud nacional y privada, además, se empleó como sustento para investigaciones futuras que busquen intervenciones eficaces en la gestión emocional de los pacientes diabéticos.

Asimismo, se justificó a nivel práctico, dado que el estudio tiene una relevancia práctica inmediata, ya que permitió asociar los principales aspectos relacionados con las magnitudes correspondientes al estrés y depresión en sujetos con DM2 además con los resultados obtenidos, se pudieron diseñar estrategias con la finalidad de optimizar los niveles y rangos del bienestar psicológico de estos pacientes, optimizando los protocolos de atención en endocrinología, esto permitió a los representantes de salud contar con información objetiva para adaptar sus prácticas en función de los requerimientos psicoemocionales de los sujetos, mejorando su fijación al procedimiento y su nivel de vida.

Además el estudio se justificó con respecto al ápice metodológico, ya que se empleó un enfoque cuantitativo, correlacional y de diseño no experimental, lo que permitió obtener datos objetivos sobre el vínculo entre las variables, el empleo de

instrumentos garantiza la confiabilidad de los resultados y su posible replicabilidad en otros contextos de investigación, todo ello contribuirá al fortalecimiento de los estudios efectuados en el área de salud mental y enfermedades crónicas, brindó un modelo replicable para futuras investigaciones similares.

A nivel social, esta investigación cobró una relevancia significativa debido al incremento sostenido en la prevalencia de diabetes tipo 2, resulta importante considerar la magnitud correspondiente a la cifra de pacientes diagnosticados con esta condición, lo cual, ha mostrado un aumento relevante en las últimas décadas, que ha derivado en un mayor interés y demanda por parte de esta población hacia una atención médica más integral que contemple no solo el control glucémico, sino también su salud mental, en este contexto, la investigación se alineó a la necesidad social urgente de generar evidencia empírica que permitió visibilizar el impacto psicológico de la diabetes, promovió así el desarrollo de políticas públicas y estrategias clínicas que integren el componente emocional en los planes de tratamiento, mejoró así el bienestar global de los pacientes.

### **1.5. Limitaciones de la investigación**

En la investigación se presentó limitaciones dentro del contexto institucional y temporal donde se realizó la investigación, dado que, los resultados responden a una realidad hospitalaria particular en el año 2024. En esta situación los cambios correspondiente a políticas de salud y disponibilidad de recursos públicos, cuenta con la potencialidad de modificar las dinámicas observadas en estudios posteriores.

## CAPITULO II: MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de la investigación

#### 2.1.1. Antecedentes internacionales

De acuerdo con Muñoz y Arteaga (9) en el 2024, Colombia, tuvieron como finalidad “Vincular la ansiedad y depresión en enfermos diabéticos de acuerdo con factores clínicos y sociodemográficos”. Para la investigación, se empleó un enfoque cuantitativo, corte transversal y tipo descriptivo, asimismo, se empleó una muestra de 82 sujetos a los cuales se les administró un cuestionario de 14 ítems. Se visualizó en los resultados que, respecto al uso de insulina, el 77% señala que si la consume y el 23% indica que no la utiliza, asimismo, respecto a los años de diagnóstico, el 37% señala que sucedió de 5 a 10 años, el 33% indica que hace menos de 5 años y el 30% comenta que hace más de 10 años. Por otro lado, respecto a la depresión, el 65% presenta ausencia, el 22% es de prevalencia afirmativa y el 13% restante es de prevalencia dudosa, asimismo, respecto a la ansiedad, el 54% presenta ausencia, el 30% es de prevalencia dudosa y el 16% restante es de prevalencia afirmativo. Se concluyó que, se visualizaron reducidos los grados de depresión, así como los correspondientes a la ansiedad de la población que posee diabetes hospitalizados, además, se detectó una correlación entre ambas enfermedades y la edad, los años de experimentación y los días de atención médica.

En relación con el estudio de Marquez et al. (10) en el 2022, en México, presentó una disertación con el propósito de “Establecer un vínculo del bienestar de vida, el ingesto de alcohol, la ansiedad y la depresión en pacientes con DM2 en la pandemia”. El enfoque metodológico empleado para el estudio fue cuantitativo, tipo básico y nivel correlaciona. Se utilizó una muestra de 119 sujetos con diagnóstico de diabetes, a las cuales se les presentó el instrumento de investigación, el cual fue el cuestionario. En los resultados se pudo visualizar que, referente a los tratamientos realizados por el diagnostico, el 52.1%

indicó que tuvo cambios farmacológicos y cambios en su alimentación, el 19.3% realizó ejercicios y aplicación de insulina, el 9.2% indico solo cambios en su alimentación. Por otro lado, el 46.18% indicó tener depresión, el 18.67% señaló tener ansiedad, el 26.7% indicó tener carga social y el 26.8% comentó tener un consumo de riesgo. Se llegó a la conclusión que, tener DM2 es un factor para padecer males del bienestar mental.

En relación con la investigación de Ibiapina et al. (11) en el 2022, en Brasil, presentaron como finalidad “Realizar un análisis de los aspectos vinculados a la aflicción mental en individuos con DM2 en la pandemia”. Se empleó un enfoque cuantitativo y tipo básico, para ello se utilizó una muestra 111 personas con diabetes a las cuales se les administró un formulario de 20 ítems. Los resultados arrojaron que, el 20.7% indicó tener un diagnóstico de trastorno mental y el 73.3% señaló no tenerlo, asimismo, el 78.2% indicó tener un tratamiento para el trastorno mental y el 21.7% señaló no tenerlo. Por otro lado, el 33% indicó que su tratamiento es con dieta, el 46% indicó que su tratamiento es con medicación oral y el 36% señaló que su tratamiento es con insulina, finalmente, el 49% indicó tener acompañamiento de un médico endocrinológico, el 25% indicó tener apoyo de un medico clínico y el 5% restante acompañamiento profesional de una enfermera. Se llegó a la conclusión que, las señales de angustia más significativos se manifestaron en las mujeres en sujetos casados, con formación secundaria, con un vínculo laboral formal y con sueldos de hasta dos sueldos mínimos.

En el estudio de (12) en el 2020, en Honduras, tuvieron como finalidad “Establecer los aspectos de depresión y ansiedad en enfermos con diabetes”. El estudio fue de corte transversal, enfoque cuantitativo y tipo descriptivo. Asimismo, los participantes para el desarrollo del trabajo se precisaron en 372 pacientes a los cuales se les administró un cuestionario. Se logró visualizar en los resultados que, respecto a un humor ansioso, el 45.9% lo presentó de manera moderada, el 30.7% de manera leve, el

12.1% de manera ausente y el 11% de forma grave, asimismo, respecto al insomnio, el 40.3% lo presentó de manera moderada, el 27.9% de manera grave, el 19.4% de forma leve y el 10.2% de forma ausente. Por otro lado, el 79% presentó ansiedad y depresión, el 16.1% mostró ansiedad y nada de depresión, el 4.6% no presentó ni ansiedad ni depresión y el 0.3% presentó depresión sin nada de ansiedad. Se concluyó que, los individuos con este padecimiento presentaron una mayor tolerancia a alteraciones del estado anímico, a causa del impacto mental que la enfermedad pudo ocasionar.

De acuerdo con Di Lorenzi et al. (13) en el 2023, en Uruguay, mostraron como objetivo general “Establecer la ocurrencia de señales depresivas y su relación con rasgos sociodemográficos, gestión metabólica, atención y dificultades crónicas en una aplicación de diabetes”. El enfoque metodológico fue cuantitativo, nivel correlacional y tipo básico, para lo cual, se utilizó una muestra de 142 sujetos con un cuestionario como instrumento aplicado a toda la muestra. Se visualizó en los hallazgos que, respecto a los niveles de depresión, el 36.7% la presentaron en un nivel alto, el 14.8% de manera moderada, el 12.7% de forma leve y el 9.2% de forma severa, asimismo, respecto al tratamiento realizado, el 43% indicó que toma antidiabéticos orales, el 35% señala consumir insulina y el 14% indicó no tener ningún tratamiento. Se logró concluir que, las señales de depresión son comunes en los individuos con diabetes, afectando a la tercera parte de la población analizada.

### **2.1.2. Antecedentes nacionales**

De acuerdo con Tapia (14) en el 2022, tuvo como finalidad general “Determinar el vínculo entre el control metabólico y la depresión en sujetos que padecen de diabetes del Centro de Salud Velasco Ibarra”. Se empleó un estudio de tipo básica, corte transversal y enfoque cuantitativo, para ello se administró una ficha de recopilación de datos a un total de 154 pacientes, que representaron la población del estudio. Se visualizó

en los resultados que, respecto a las complicaciones de la diabetes, el 16.9% indicó es combinada, el 13% indicó que tienen retinopatía, el 6.5% señaló tener pie diabético y el 3.9% señaló tener nefropatía, asimismo, el 52.8% señaló tener depresión ausente o mínima, el 24.7% presentó leve depresión, el 19.5% mostró moderada depresión y el 3.2% grave depresión. Se llegó a la conclusión que, la aparición de depresión no estuvo asociada con el equilibrio metabólico de los sujetos que se presentaron al hospital.

Por otra parte, el estudio de Lopez y Silva (15) en el 2022, tuvieron como propósito en su estudio “Establecer el grado de ansiedad y estrés en sujetos diabéticos del Hospital Gustavo Lanatta Luján”. La metodología llevada a cabo fue de enfoque cuantitativo, grado correlacional, empleando una muestra de 98 sujetos y con la administración de un cuestionario a los mismos. Se observó en los hallazgos que, el 93.9% exhibe un elevado grado de estrés, el 4% moderado y el 23% bajo, en cuanto a la ansiedad, el 23% mostró un grado elevado de ansiedad, el 31% un moderado grado de ansiedad y el 9% mostró un grado de ansiedad bajo, en cuanto a la dimensión cognitiva, el 35.8% la manifestó en un grado elevado, el 19.2% en un grado medio y el 17.9% en un grado bajo. Igualmente, en la dimensión fisiológica, el 44.9% alcanzó un elevado grado, el 35.9% un medio grado y el 19.2% un inferior grado. Se concluyó que, hay un vínculo muy relevante entre la ansiedad y el estrés en individuos con diabetes, manifestándose un incremento en los grados es alto y medio de estrés y ansiedad.

Por otro lado, la investigación de Bárrig (16) en el 2021, tuvo como objetivo general “Analizar la relación entre la depresión, la asistencia comunitaria y el nivel de vida de individuos con DM2 en un hospital de Lima”. La disertación fue descriptiva, de diseño, enfoque cuantitativo y tipo básica, con una muestra de 76 individuos quienes fueron invitador a completar un cuestionario de 21 interrogantes de la escala Likert. Los resultados arrojaron que, respecto al apoyo social que tiene cada paciente, el 28.11% tuvo

apoyo emocionalmente informativo, el 21.79% tuvo apoyo familiar, 13.82% tuvo apoyo de amigos y el 11.39% tuvo apoyo afectivo, asimismo, en relación con los síntomas de depresión, el 19.55% evidenció un medio nivel, el 17.5% mostró un nivel bajo y el 11.61% un alto nivel. Se determinó que los hallazgos señalaron vínculos bivariados entre los síntomas de depresión, las dimensiones de respaldo social y el bienestar de vida.

De acuerdo a Chang et al. (17) en el 2024, tuvieron como finalidad general "Establecer la afinidad entre la DM2 y la depresión crónica en adultos en el grupo peruano". En lo precisado en el método de la disertación, se tuvo conocimiento que fue utilizado la orientación cuantitativa, corte de corte transversal y diseño de correlación. Se utilizó un grupo de 245 adultos a quienes se les entregó un cuestionario. Los hallazgos indicaron que el 15.7% de los adultos en edades que oscilan entre 27 a 59 años experimentaron crónica depresión, mientras que el 13.63% señaló que la depresión es más común en bajos conjuntos sociales, con índices más elevados entre la población más pobre. A diferencia de las clases más adineradas y ricas que exhiben tasas de depresión más bajas, con un 15.27% y un 12.04 % respectivamente. Se dedujo que hay una correlación entre la depresión crónica y la diabetes en personas que edades que oscilan entre 27 y 59 año. Además, la escasa riqueza y la escasa educación son aspectos de peligro para el cambio depresivo grave.

Asimismo, la investigación de Loayza y Vera (18) en el 2024, presentó como finalidad en su estudio "Establecer el vínculo entre el periodo de enfermedad de los pacientes con HTA y DM2 que muestran una sintomatología correspondiente a la depresión". Se empleó el enfoque cuantitativo, corte transversal y nivel analítico. En los resultados se observó que, respecto al tiempo con DM2, el 97.91% no la presentó, el 0.06% lo presentó hasta 1 año, el 0.66% de 4 a 6 años y el 1.37% de 5 años a más, asimismo, respecto a pacientes con hipertensión arterial, el 94% no presentó síntomas de

ello, el 0.34% fue hasta 1 año, el 2.13% de 2 a 4 años y el 3.43% de 5 años a más. Se dedujo que la duración del diagnóstico está vinculada a los síntomas depresivos en sujetos con HTA y DM2.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1. Estrés**

De acuerdo con Buitrago et al. (19) precisó que la aparición paulatina del estrés en el centro de labores es una alteración entre la condición física y la situación mental del sujeto, ello como una conciliación a circunstancias ambientales o íntimas que presentan un reto y que se conocen como estresantes. Cada factor estresante puede generar una reacción favorable (eustress) o crítica (distress). Además, Pinto et al. (20) exhibió que este pesar es una condición del cuerpo que se manifiesta a través de tres etapas: alerta, ajuste y ausencia, no todas las situaciones de estrés alcanzan la etapa de ausencia, donde puede surgir la enfermedad del cuerpo al disminuir la reacción de adaptabilidad.

Por su parte, Calderón y Rivas (21) indicó que el estrés es una reacción corporal y mental frente a un peligro ocasionado por la falta de confianza entre las peticiones notables y las habilidades que un sujeto tiene para manejar tales exigencias, este está relacionado con la empresa, el desarrollo y los vínculos laborales. Asimismo, Espinoza y Ramos (22) señalaron que el estrés se produce cuando una persona encuentra una circunstancia o suceso como peligroso o sobrecargado que altera el balance mental del sujeto, este desarrollo comprendió un conjunto de respuestas psicológicas desfavorables.

De acuerdo con López y Silva (15) comentaron que las dimensiones de estrés son:

- **Carga emocional:** Se refiere al impacto psicológico y afectivo que una persona experimenta al enfrentar situaciones de alta demanda emocional, esta carga se manifiesta como el esfuerzo requerido para gestionar las propias emociones y las de los demás durante interacciones o decisiones críticas.

- Atención del personal de salud: Comprende el conjunto de acciones y actitudes desarrolladas por profesionales para satisfacer los requerimientos físicos, emocionales, y psicológicas de los individuos.
- Régimen de tratamiento: Se define como el conjunto estructurado de intervenciones terapéuticas prescritas para tratar o manejar una condición de salud específica, esto incluye la dosificación, frecuencia y duración de medicamentos,
- Relación interpersonal: se refiere a las conexiones y vínculos establecidos entre dos o más personas, fundamentados en la comunicación, la empatía y la reciprocidad, en contextos clínicos, esta relación desempeña un rol esencial en la comunicación entre enfermos y médicos.

### **Teoría Transaccional de Estrés y Procesos Cognitivos**

En consecuencia, Espinoza y Ramos (23) propugnaron que el estrés constituye un riesgo principalmente personal, en el contexto fisiológico y psicológico un obstáculo grupal, debido a la interconexión de los individuos en la comunidad, la premisa básica de la teoría sostiene que, aunque los individuos tienen demandas parecidas, estas se convierten en estrés para el sujeto, según su propia aplicación cognitiva, aunque varias personas ven algunas demandas como riesgos, otros las ven como escenarios, esta teoría se basó en premisas del ápice de la psicología el cual radica en vertiente cognitivista, dado que sus pilares fundamentales son la valoración cognitiva y el manejo del enfrentamiento.

Como se mencionó anteriormente, la teoría del estrés propuesta por Selye interpretó el estrés como un reflejo no concreto del cuerpo frente a las peticiones que se le presentan, para él, el estrés es "la condición que se expresa a través de un síndrome particular, que incluye todas las alteraciones inespecíficas provocadas en un sistema biológico", esto significó que el estrés no se origina por una razón específica. El estresor, o sea, el aspecto que provoca el estrés, tuvo un impacto en la homeostasis del cuerpo, el

cual posee la potencialidad para representar un artefacto estimulante de tipo físico, mental, cognitivo o afectivo (Selye) (24).

### **Fisiopatología del estrés**

Desde la óptica fisiopatológica, Romero et al. (25) mencionó que el estrés puede ser descrito como una respuesta del cuerpo ante elementos que suelen perturbar su balance fisiológico normal, este puede ser medido mediante parámetros bioquímicos (adrenalina y noradrenalina séricas, esteroides adrenales), fisiológicos (:frecuencia cardíaca, presión arterial) o psicológicos (ansiedad, tensión, miedo), y es capaz de desencadenar alteraciones patológicas que afecten a diversos órganos y sistemas del cuerpo humano.

Además, Mora y Martell (26) indicaron que la reacción ante el estrés se basa en una complicada relación de sistemas nerviosos, endocrinos e inmunológicos, que estimulan el eje simpático-adreno-medular (SAM), el eje hipotálamo-hipofisario-adrenal (HPA) y el sistema inmunológico. En caso de que el individuo no posea habilidades para gestionar un elemento estresante evaluado como relevante, generalmente se activan áreas y circuitos cognitivos que modifican el balance neuroendocrino y la homeostasis del cuerpo en general, originándose una reacción natural al estrés. En cambio, cuando el estimulante se considera insignificante o fácilmente controlable, no surge una respuesta intensa frente al estrés, lo que reduce la posibilidad de que impacte en la salud del ciudadano.

#### **2.2.2. Depresión**

De acuerdo con Corea (27) indicó que la depresión es un desorden de la situación de ánimo, definido por una alteración del carácter y en función de su periodo y naturaleza sintomática, tiene una aplicabilidad específica. De esta manera, se distinguen el efecto depresivo más común, el efecto disociativo y los disturbios emocionales como los más sobresalientes. Así también, Cuesta et al. (28) señaló que la depresión es una enfermedad

emocional de elevada frecuencia con diversos niveles de gravedad, que provocan una complicación crónica, varias señales como la tristeza, la culpa, entre otros, son habituales y puede acompañarse de ansiedad, además, se identificaron una variedad de aspectos de peligro en la depresión, tales como los individuales, mentales, laborales, genéticos y familiares, la existencia de estos incrementa la probabilidad de sufrir de depresión.

Por otro lado, Quintero y Gil (29) indicaron que la depresión ostenta una influencia considerable en la condición mental y biológica, se distingue debido a la manifestación de señales mentales, cognitivos, somáticos y conductuales, y afecta la habilidad para llevar a cabo tareas esenciales como tomar acuerdos, pensar, crear o realizar conceptos. Además, provoca alteraciones neurológicas en los vínculos serotoninérgicos y estimulantes, ya que los aspectos de estrés psicológico son los causantes de la disfunción eficaz. Asimismo, (30) afirmó que la depresión impacta el desarrollo emocional, mental y fisiológico del sujeto y simboliza un desequilibrio en el que el individuo se percibe a sí mismo, alrededor y al futuro de manera adversa, lo cual provoca dolor y modifica sus tareas económicas, profesionales, académicos y personales. Además, es un elemento de peligro significativo para los intentos de suicidio y el suicidio efectuado.

De acuerdo con Rios y Luna (31) mencionaron que las dimensiones de depresión son:

- Somático motivacional: están centrados dentro de una sintomatología representado en rasgos físicos como la agotamiento y modificaciones en la sensación de sueño y apetito, así como modificaciones en la actividad motora, como agitación o retraso psicomotor, además, la dimensión de pensamientos suicidas evalúa la presencia de pensamientos autodestructivos.

- **Cognitivo afectivo:** se centran en los aspectos emocionales y cognitivos de la depresión, incluyen la tristeza profunda y prolongada, la percepción de un futuro sombrío (desesperanza), la autocrítica excesiva y sentimientos de inutilidad, la sensación de fracaso en la vida y un enfoque pesimista en la percepción de las circunstancias y el futuro.

### **Modelo cognitivo**

En relación a Clark y Beck (32) en su teoría, sostuvieron que el desarrollo de los datos es la modificación fundamental que provoca la depresión, en este proceso se activan diversas estructuras, conocidos como la tríada mental de Beck, que constituyen las convicciones y sentidos establecidas durante la infancia. No obstante, se mantienen latentes y se activan con escenarios peligrosos.

Además, los tratamientos cognitivos frecuentes en las psicopatologías, así como los aspectos diferenciales de los diversos trastornos. Así también, articula el vínculo entre los tratamientos cognitivos y emocionales y otras características, y explica cómo se logra diferenciar a partir de tratamientos habituales.

### **Teoría psicoanalítica**

En esta teoría establecida por Mardomingo (33) sostuvo que los individuos que experimentan los signos de la depresión son consecuencia de la desaparición verdadera o irreal de un componente o individuo estimado, lo que causa una declinación en el "yo" de la hostilidad hacia el componente extraviado. En otras palabras, el individuo experimenta un conflicto constante y resentimiento con el sujeto o hecho que ha olvidado, lo cual le genera una sensación de desamparo.

### **Fisiopatología de la depresión**

Este tipo de fisiopatología, de acuerdo con Piñar et al. (34) fue complicada y se consideró que abarca una interrelación entre elementos psicológicos, sociales y biológicos. Las alteraciones en la aplicación y comunicación de los neurotransmisores, la erupción, el estrés crónico y los rasgos psicológicos y económicos son todos elementos relevantes en el surgimiento y la persistencia de la depresión.

Asimismo, de acuerdo con Robles y Solorzano (35), la hipótesis de las aminas biógenas, la depresión se encuentra en afinidad a la reducción en la presencia de señales nerviosas tales como dopamina, serotonina y norepinefrina, que juegan un papel fundamental en el control del estado anímico, siendo esencial, la memoria y la atención. Un déficit en estos neurotransmisores puede derivar en alteraciones en el procesamiento emocional, la motivación y las funciones cognitivas. Además, estudios han sugerido que la reducción en la actividad de la enzimas triptófano hidroxilasa, la cual ostenta la responsabilidad de realizar la síntesis de serotonina, podría contribuir a la deficiencia de serotonina observada en personas con depresión. Estas alteraciones neuroquímicas, en conjunto con factores genéticos y ambientales, generan una predisposición al desarrollo de la enfermedad.

### **Fisiopatología de la diabetes mellitus tipo 2 y su relación con el estrés y la depresión**

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2), se consideró un trastorno metabólico crónico caracterizado por incentivar una resistencia a la insulina y la disfunción progresiva de las células beta pancreáticas, lo cual conlleva a hiperglucemia sostenida. Esta resistencia a la insulina tiene su origen en los tejidos periféricos como el hígado, dentro del músculo esquelético y el tejido adiposo, es aquí que una sumatoria de factores de índole genéticos, la obesidad visceral, el sedentarismo y el padecer de inflamación crónica de nivel bajo influye en la alteración de la señalización de los receptores de insulina. Y esta alteración propicia un aumento compensatorio de la secreción de insulina que propició la sensación

de fatiga y apoptosis de las células beta, lo cual, consolidó la hiperglucemia crónica. En lo que respecta al grado sistémico, se tiene conocimiento que la glucotoxicidad y lipotoxicidad incentiva a la disfunción endotelial y un estado proinflamatorio, lo cual, acrecienta el riesgo de padecer complicaciones de índole micro y macrovasculares.

Asimismo, la diabetes mellitus de tipo 2 (DM2) exhibe una relación bidireccional, multifactorial con la depresión y el estrés. En un sentido, el curso crónico de la DM2 conlleva modificaciones permanentes del estilo de vida, control estricto de la glucemia, riesgo de complicaciones micro y macrovasculares y una sensación de incertidumbre acerca de la salud. Esta situación de estrés constante activa el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, eleva los niveles de cortisol y genera una respuesta inflamatoria sistémica de bajo grado, todos ellos elementos fisiopatológicos que propician la aparición de síntomas de estrés y depresión. En el sentido contrario, la depresión y el estrés crónico afectan la adherencia terapéutica, cuando no el autocontrol metabólico y elevan la glucemia y agravan la descompensación. Por ello, la diabetes mellitus tipo 2 no solo es un factor de riesgo para enfermedades afectivas sino que las enfermedades afectivas agravan el pronóstico de la DM2 y aumentan la probabilidad de complicaciones, de forma que es posible comprobar que se ha establecido una interdependencia clínica que requiere un enfoque médico-psicológico de la misma.

## **2.3. Formulación de hipótesis**

### **2.3.1. Hipótesis general**

Existe asociación entre estrés y depresión en pacientes diabéticos tipo 2 atendidos por endocrinología del hospital en Lima, 2025.

### **2.3.2. Hipótesis específicas**

- Existe asociación entre estrés y diabetes tipo 2 en pacientes atendidos por endocrinología del hospital en Lima, 2025.
- Existe asociación entre depresión y diabetes tipo 2 en pacientes atendidos por endocrinología del hospital en Lima, 2025.

## **CAPITULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1. Método de la investigación**

El método que se empleó fue el hipotético deductivo, una estrategia teórica de deducción que se basa en una hipótesis que intenta realizar conclusiones verificables utilizando información o evidencias pertinentes. En relación con Castro et al. (32) mencionaron que hace referencia a un método lógico que se distingue por transitar de lo universal a lo particular, en contraposición a la inducción, sostiene que la conclusión está oculta en las proposiciones, en otras palabras, la conclusión no es inédita, se deriva inevitablemente de los principios, si se valida una argumentación deductiva y las conclusiones son reales, la conclusión únicamente puede ser auténtica

### **3.2. Enfoque de la investigación**

La disertación empleó un enfoque conocido como cuantitativo, de acuerdo con Valderema y Jaimes (33) señalaron que el método se emplea con suma frecuencia en investigaciones que cuentan con la finalidad de evaluar situaciones o sucesos

### **3.3. Tipo de la investigación**

La actual disertación empleó el tipo básico, ya que según Castro et al. (32) sostuvo que también se conoce como estudio puro, teórica o dogmática, se distingue porque está basado en un ámbito teórico y se mantiene en él, no persigue un propósito instantáneo de aplicabilidad sino el alcance del estudio existente. Además, buscó proponer distintas teorías o modificar/replantear las ya actuales, enfocándose sea en el aprendizaje del universo o en áreas novedosas por explorar, de acuerdo con la disciplina particular. Dado que, la investigación tuvo como meta el generar conocimiento teórico y explicativo

acorde a la relación que posee el diabetes millitus tipo 2 y el estrés y la depresión, aportando evidencia empírica que busca enriquecer el marco conceptual referente a la salud mental y enfermedades crónicas, ello sin la tarea de ejecutar un plan de acción que pretenda alterar de forma inmediata la práctica hospitalaria.

### **3.4. Diseño de la investigación**

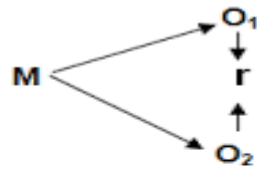
El estudio adoptó un diseño no experimental, dado que las variables no fueron alteradas, en relación con Silvestre y Huamán (34) señalaron que este tipo de diseño no emplean modificaciones en las variables, no hay equipo de gestión ni equipo experimental, y no se otorga de manera selectiva a los individuos involucrados en el estudio.

#### **3.4.1. Corte**

Asimismo, se empleó un corte transversal, en relación a Hernández y Mendoza (35) indicaron que el corte trasversal describe las variables en un conjunto de situaciones (muestra o población), o, en otras palabras, establece el grado o aplicación de las variables en una situación específica.

#### **3.4.2. Nivel**

Además, el nivel empleado fue de nivel correlacional, dado que en relación con Valderema y Jaimes (33) señalaron que, su función es determinar el nivel de relación actual entre dos o más variables y posibilitan investigar cuánto influyen las variaciones de una variable en las variaciones de las demás.



Donde:

M = Muestra

O<sub>1</sub> = Observación de la V.1.

O<sub>2</sub> = Observación de la V.2.

r = Correlación entre dichas variables.

### 3.5. Población, muestra y muestreo

De acuerdo con Hernandez y Mendoza (35) mencionaron que la población es el grupo de todas las situaciones que se relacionan con un grupo de distinciones. Asimismo, la población que se empleó fue de 120 pacientes diabéticos atendidos el Hospital Nacional Loayza, puesto que estos datos fueron recolectados en marzo del 2025 (36).

#### 3.5.1 Criterios de inclusión y exclusión

##### Inclusión

- Se tomó en cuenta a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 2 y que fueron atendidos durante el año 2024.
- Se tomó en cuenta a pacientes atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza ubicado en Lima, en el período de estudio.

##### Exclusión

- No se consideró pacientes menores de 18 años que no reciban atención por el servicio de endocrinología y que no fueron atendidos durante el período 2024.
- No se consideró pacientes no atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza ubicado en Lima, en el período de estudio.

Para el estudio, se optó por el muestreo probabilístico aleatorio simple. De acuerdo con Silvestre y Huamán (34) señalaron que, en este tipo de muestreo, todos los elementos de la población contaron con la misma probabilidad de ser partes de la muestra, donde se esclareció la magnitud de los participantes a través de la siguiente muestra.

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

Donde

N=Tamaño de la población: 120

Z=Nivel de confianza= 90%

p=Grado de homogeneidad= 0,50

q=Grado de heterogeneidad= 0,50

E=Margen de error=10%

n= Tamaño de la muestra=84

Silvestre y Huamán (34) indicaron que la muestra integra una parte o segmento representativo de la población, en este sentido, los elementos fundamentales son la objetividad y el fiel ejemplo de ella, es decir, los resultados obtenidos en tal muestra podrían ser extrapolables a diferentes componentes de la población citada. En consecuencia, en el presente estudio contó en un inicio con 84 pacientes, de los cuales 4 fueron descartados porque presentar inconsistencias a la hora de completar los instrumentos de investigación correspondientes, por lo que la muestra final fue de 80 pacientes.

### **3.6. Variables y Operacionalización de variables**

**Tabla 1.***Operacionalización de variables*

| Variables        | Definición conceptual  | Definición operacional  | Dimensiones   | Indicadores   | Escala de medición | Escala valorativa   |
|------------------|--|---|---|---|--------------------|---|
| V1:<br>ESTRÉS    | El estrés se refiere a una reacción física y mental ante un perjuicio provocado por la inseguridad entre las demandas vistas y las habilidades de un individuo para afrontar dichas demandas, está relacionado con la empresa, el desarrollo y las conexiones laborales (19).  | La variable estrés, se define operacionalmente en: Carga emocional, Atención del personal de salud, Régimen de tratamiento y Relación interpersonal | Carga emocional<br>Atención del personal de salud<br>Régimen de tratamiento<br>Relación interpersonal | Ítems 1, 3, 8, 11 y 14<br>Ítems 2, 4, 9 y 15<br>Ítems 5, 6, 10, 12 y 16<br>Ítems 7, 13 y 17 | Ordinal            | Likert<br>1 = No es un problema.<br>2 = Es un pequeño problema.<br>3 = Es un problema moderado.<br>4 = Es un problema algo grave.<br>5 = Es un problema grave.<br>6 = Es un problema muy grave.<br>Cuestionario de estrés |
| V2:<br>DEPRESIÓN | La depresión es un efecto depresivo del humor, cuyo principal rasgo es una modificación del humor y, de acuerdo a su periodo y fuente sintomática, posee una aplicación específica; de esta forma, se diferencian el efecto depresivo mayor, el efecto depresivo distímico y los problemas bipolares como los más destacados (24). | La depresión, se define operacionalmente en:  | Somático<br>motivacional<br>Cognitivo<br>afectivo   | Ítems desde el 1 al 10.<br>Ítems desde el 11 al 20.   | Ordinal            | Likert<br>1= Muy pocas veces<br>2 =Algunas veces<br>3 =Muchas veces<br>4 =Casi siempre  |

**3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

En la investigación, se empleó la encuesta, de acuerdo con (34) indicaron que es un método de estudio social que se destina para la investigación, estudio y recopilación de datos, a través de interrogantes planteadas de manera directa e indirecta a los participantes que conforman la unidad de evaluación de la investigación en cuestión. Asimismo, el instrumento empleado fue el cuestionario, de acuerdo con (35) indicaron que el cuestionario es el método más usado para la recopilación de información, que implica preguntar un grupo de interrogantes vinculadas con una o más variables a evaluar.

**3.7.1. Descripción del instrumento****Variable 1: Estrés**

Para esta variable, se empleó el Cuestionario de estrés. Este cuestionario constó de 17 ítems en escala nominal Likert en medición. Se tuvieron en cuenta 3 aspectos: Carga emocional (agotamiento constante, sentimientos de enojo y temor, pensamientos

negativos); Atención del personal de salud (falta de conocimiento, descuido por parte del personal de salud, desconfianza con el personal de salud); Régimen de tratamiento (sentimiento de fracaso, falta de confianza, falta de motivación para controlar la diabetes) y Relación interpersonal (falta de apoyo de mi familia, falta de apoyo emocional).

### **Variable 2: Depresión**

Para esta variable, se empleó Escala de Depresión de Zung (ZDS). Este cuestionario constó de 20 ítems en escala Likert. Se tuvieron en cuenta 2 aspectos: Somático motivacional (llanto, melancolía, agitación, pérdida de interés, pérdida de energía y cansancio) y Cognitivo afectivo (tristeza, fracaso, pesimismo, indecisión, irritabilidad y dificultad de concentración).

#### **3.7.2. Validación**

### **Variable 1: Estrés**

La evaluación del cuestionario de Estrés se llevó a cabo con la ayuda de especialistas, valorando elementos como la pertinencia, relevancia y entendimiento, alcanzando un coeficiente de validez del material de 0.93.

### **Variable 2: Depresión**

Se utilizó el cuestionario Escala de Depresión de Zung (ZDS) para esta variable, donde se realizó un análisis de validez de datos con la participación de expertos, evaluando aspectos como la relevancia, importancia y comprensión, logrando un coeficiente de validez de material de 0,98; catalogado como nivel excelente.

#### **3.7.3. Confiabilidad**

### **Variable 1: Estrés**

Se evaluó la fiabilidad a través de una evaluación experimental efectuada a 25 clientes del programa previsional de dificultades no transmisibles, esta muestra se realizó con individuos con DM2 e HTA, ya que no pertenecían a la población de investigación. Para valorar la confiabilidad interna, se administró la prueba estadística Alfa de Cronbach con un valor de 0.823.

### **Variable 2: Depresión**

Se utilizó la Escala de Depresión de Zung (ZDS) a esta variable, este instrumento fue aplicado a pacientes psiquiátricos en el Hospital Nacional Cayetano Heredia, obteniendo una confiabilidad aceptable de acuerdo al coeficiente de Alfa de Cronbach, con una amplitud dentro de Alfa =.7850.

### **3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos**

Una vez la propuesta del estudio fue aceptada por la Universidad Norbert Wiener, se inició la recopilación de datos para este proyecto, por lo que se estableció un calendario para la recolección de información, el cual será notificado con antelación a los participantes. El proceso de aplicación de los cuestionarios se realizó de manera virtual a través de la distribución de un formulario dentro del programa *Google forms* a los dispositivos móviles de cada integrante de la, el cual tuvo un proceso de duración promedio de 10 minutos por participantes.

Asimismo, se realizó el tratamiento de los datos correspondientes a cada una de las dimensiones de las variables por analizar, presentándolos en forma de gráficos y tablas mediante la utilización de una función de Microsoft Excel, la cual está integrada en el software estadístico SPSS v27. Además, las variables fueron correlacionadas utilizando el método de prueba de Spearman.

### 3.9. Recursos y presupuesto

| RECURSOS HUMANOS | CANTIDAD            | COSTO UNIDAD | COSTO FINAL |
|------------------|---------------------|--------------|-------------|
| INTERNET         | 50 HORAS            | 2.00         | 100.00      |
| PASAJES          | 120 PASAJES         | 2.00         | 240.00      |
| SUB TOTAL        | S/100.00 + S/240.00 |              |             |
| <b>TOTAL</b>     | <b>S/ 340.00</b>    |              |             |

### 3.10. Cronograma de actividades

### 3.11. Aspectos éticos

| ACTIVIDADES                           | 2024 |     |     | 2025 |     |     |     |     |     |     |     |
|---------------------------------------|------|-----|-----|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|                                       | OCT  | NOV | DIC | ENE  | FEB | MAR | ABR | MAY | JUN | JUL | AGO |
| REDACCIÓN DE TÍTULO                   | X    |     |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| ESQUEMA DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN | X    |     |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN            | X    |     |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA           | X    |     |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| DESARROLLO                            |      | X   |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| ELABORACIÓN DEL MARCO TEÓRICO         |      | X   |     |      |     |     |     |     |     |     |     |
| ELABORACIÓN DE INSTRUMENTOS           |      |     | X   |      |     |     |     |     |     |     |     |
| RECOLECCIÓN DE DATOS                  |      |     | X   |      |     |     |     |     |     |     |     |
| ANÁLISIS DE DATOS                     |      |     |     | X    | X   | X   | X   |     |     |     |     |
| AVANCE DE INVESTIGACIÓN               |      |     |     |      |     |     |     | X   |     |     |     |
| REVISIÓN DEL TRABAJO FINAL            |      |     |     |      |     |     |     |     | X   | X   |     |
| ENTREGA DE TRABAJO FINAL              |      |     |     |      |     |     |     |     |     |     | X   |

Los siguientes son los principios éticos que consideró el estudio:

**Principio de autonomía:** En el actual estudio, se administró el principio de autonomía y se notificó a los participantes del protocolo a seguir. Se les solicitó que completen un formulario de consentimiento informado para asegurar su consentimiento.

**Principio de beneficencia:** Se informó a los pacientes de las ventajas de participación en la investigación, ya que la incidencia del estrés en la depresión ayudará en el bienestar de los pacientes con DM2.

**Principio de justicia:** El objetivo fue mantener la equidad y eludir prejuicios o preferencias, además, se trató con justicia, respeto y cortesía a las personas que optaron por brindar su participación en el estudio.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

### 4.1 Análisis descriptivo

#### Variable Estrés

**Tabla 2**

*Niveles de la variables estrés*

| Rangos      | Puntajes |
|-------------|----------|
| Nivel bajo  | 17-45    |
| Nivel medio | 46-73    |
| Nivel alto  | 74-102   |

*Nota.* Elaboración propia

**Tabla 3**

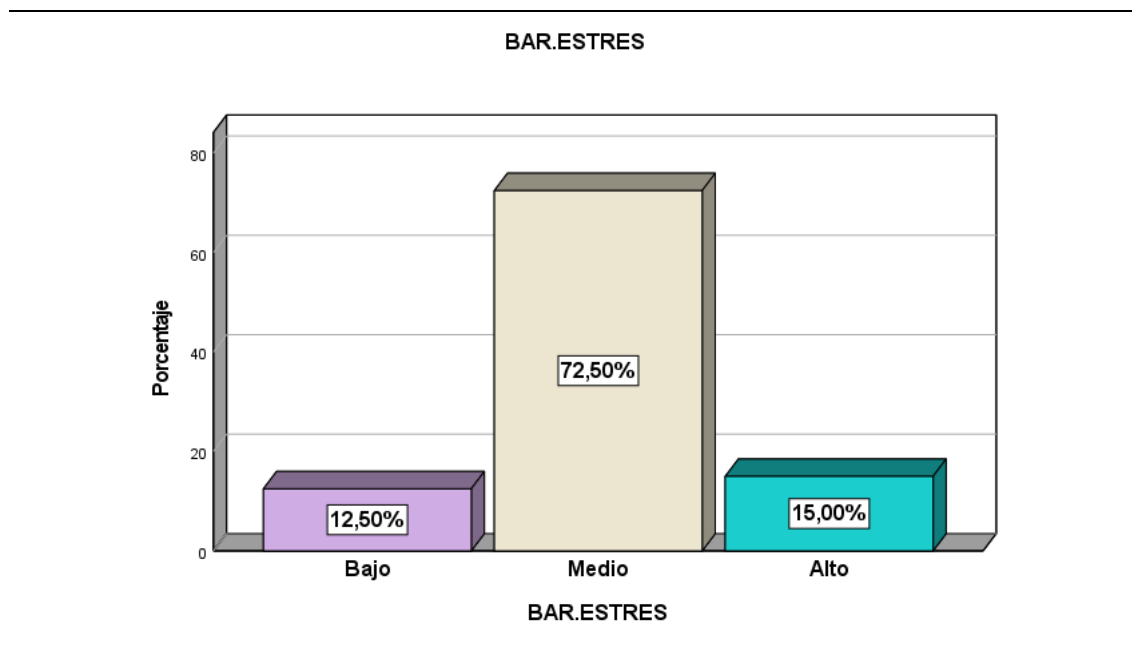
*Distribución de frecuencia de la variable Estrés*

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Bajo  | 10         | 12,5%      |
| Medio | 58         | 72,5%      |
| Alto  | 12         | 15,0%      |

*Nota.* Elaborado a través de SPSS V.26

**Figura 1**

*Diagrama de barras de la variable Estrés*



*Nota.* Elaborado a través de SPSS V.26

Se visualizó en la imagen previa que el 71.1% de los pacientes percibieron un grado medio de estrés, asimismo, el 18.9% del total de pacientes indicó que se encuentra en un alto nivel, añadiendo a ello el 10.0% de los pacientes precisaron tener un bajo nivel de estrés.

## Dimensiones de Estrés

### *Dimensión: Carga emocional*

**Tabla 4**

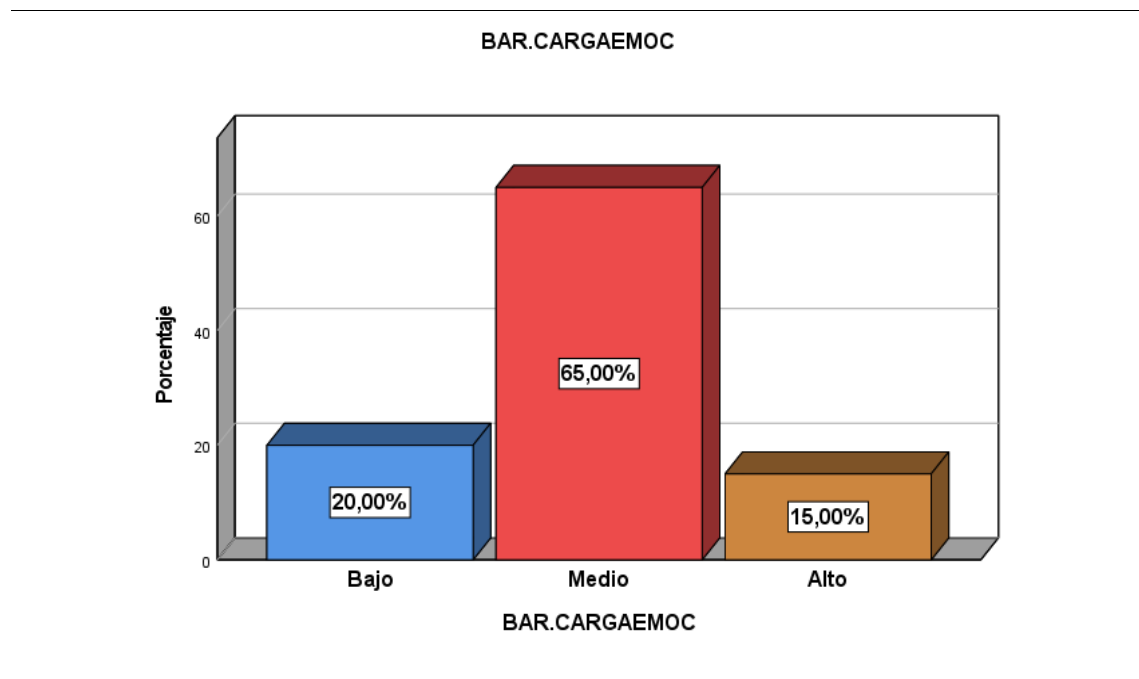
*Distribución de frecuencias de la dimensión Carga emocional*

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Bajo  | 16         | 20,0%      |
| Medio | 52         | 65,0%      |
| Alto  | 12         | 15,0%      |

*Nota.* Elaborado a través de SPSS V.26

**Figura 2**

*Diagrama de barra de la dimensión Carga emocional*



*Nota.* Elaborado a través de SPSS V.26

Se visualizó en los hallazgos que, el 74.44% de los pacientes percibieron un medio nivel de Carga emocional, asimismo, el 3.3% del total de pacientes indicó que se encuentra en un bajo nivel y por consecuencia únicamente 12% de los pacientes indicaron tener un alto nivel de carga emocional.

***Dimensión: Atención al personal de salud***

**Tabla 5**

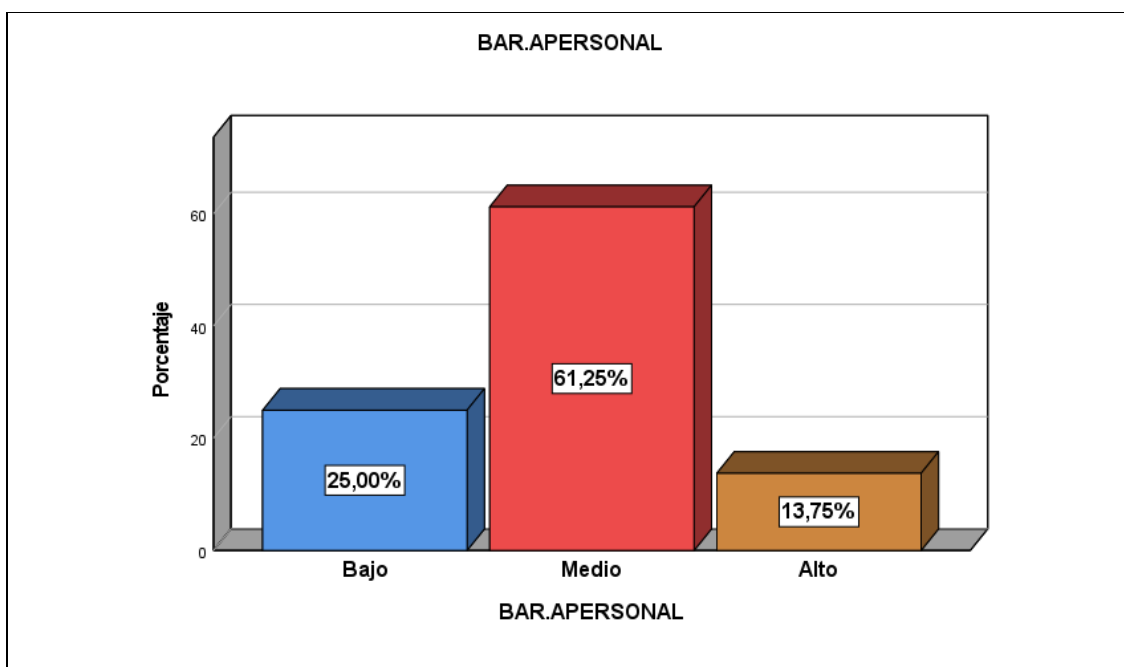
*Distribución de frecuencias de la dimensión Atención al personal de salud*

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Bajo  | 20         | 25,0%      |
| Medio | 49         | 61,3%      |
| Alto  | 11         | 13,8%      |

*Nota.* Elaborado a través de SPSS V.26

**Figura 3**

*Diagrama de barra de la dimensión Atención al personal de salud*



*Nota.* Elaborado a través de SPSS V.26.

Se logró visualizar que, el 66.67% de los sujetos tuvieron un medio nivel de atención al personal de salud, asimismo, el 25.56% del total de pacientes indicó que se encuentra en un bajo nivel y finalmente el 7.78% de los pacientes indicaron tener un alto nivel de atención al personal de salud.

***Dimensión: Régimen de tratamiento***

**Tabla 6**

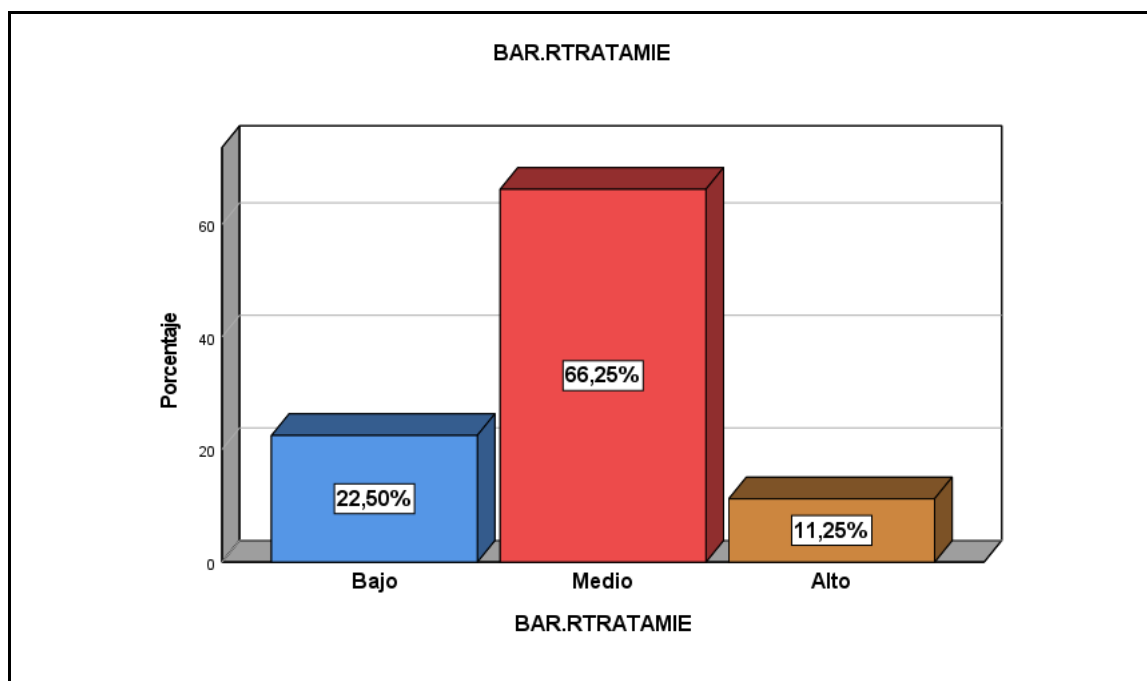
*Distribución de frecuencias de la dimensión Régimen de tratamiento*

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Bajo  | 18         | 22,50%     |
| Medio | 53         | 66,25%     |
| Alto  | 9          | 11,25%     |

*Nota.* Elaborado a través de SPSS V.26

**Figura 4**

*Diagrama de barras de la dimensión Régimen de tratamiento*



*Nota.* Elaborado a través de SPSS V.26

Se visualizó dentro del gráfico, que el 63.33% de los enfermos percibieron un nivel medio de régimen de tratamiento, asimismo, el 21.11% del total de pacientes indicó que se encuentra en un bajo nivel y finalmente el 15.55% de los pacientes indicaron tener un alto nivel de régimen de tratamiento.

***Dimensión: Relación interpersonal***

**Tabla 7**

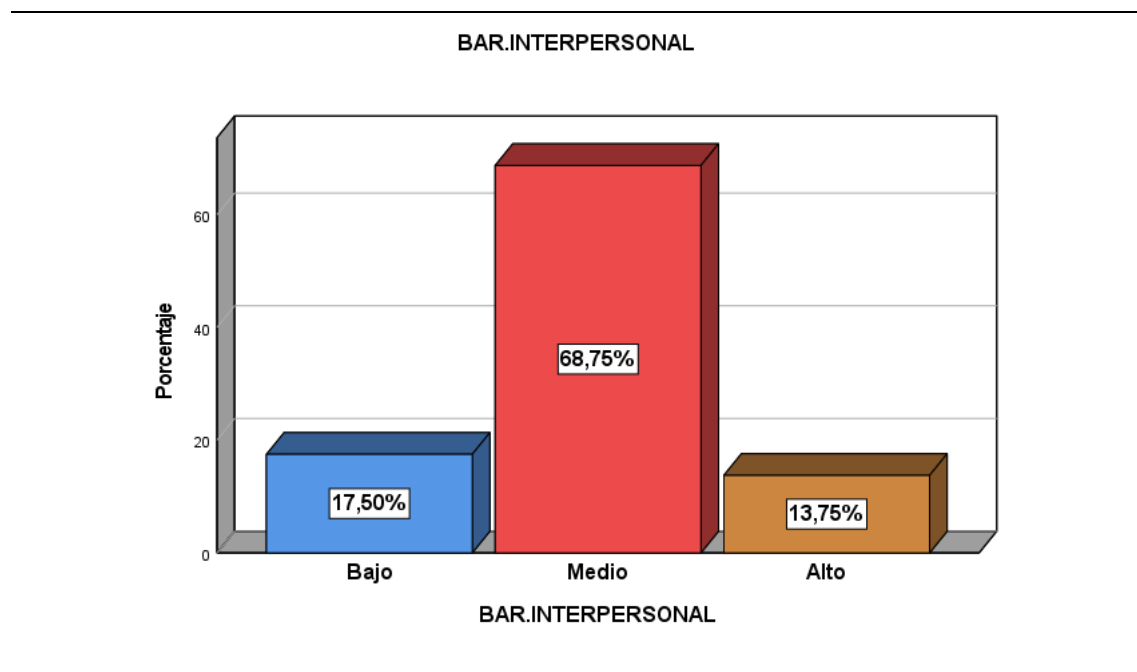
*Distribución de frecuencias de la dimensión Relación interpersonal*

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Bajo  | 14         | 17,5%      |
| Medio | 55         | 68,8%      |
| Alto  | 11         | 13,8%      |

*Nota.* Elaborado a través de SPSS V.26.

**Figura 5**

*Diagrama de barra de la dimensión Relación interpersonal*



*Nota.* Elaborado a través de SPSS V.26

Se visualizó en los resultados que, el 72.2% de los pacientes percibieron un grado medio de relación interpersonal, sumado a ello, el 16.67% del total de pacientes indicó que se encuentra en un alto nivel y finalmente el 12% de los pacientes indicaron tener un bajo nivel de relación interpersonal.

### **Variable Depresión**

**Tabla 8**

*Niveles de la variables estrés*

| <b>Rangos</b> | <b>Puntaje</b> |
|---------------|----------------|
| Nivel bajo    | 20 a 46        |
| Nivel medio   | 47 a 73        |
| Nivel alto    | 74 a 100       |

*Nota. Elaboración propia*

**Tabla 9**

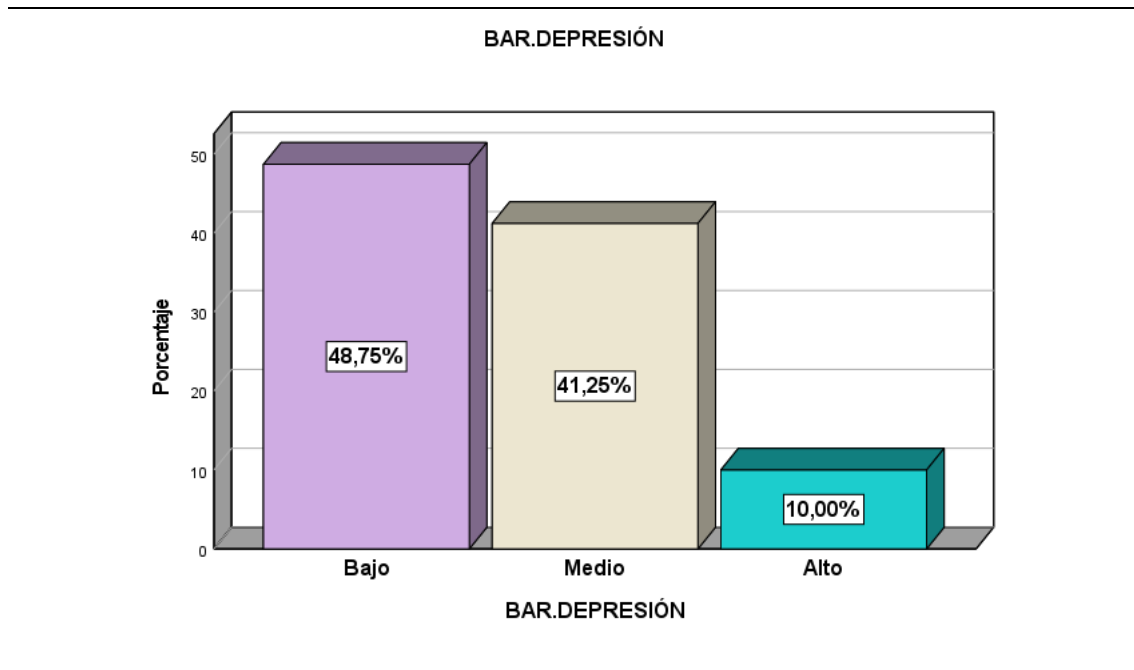
*Distribución de frecuencia de la variable Depresión*

|       | <b>Frecuencia</b> | <b>Porcentaje</b> |
|-------|-------------------|-------------------|
| Bajo  | 39                | 48,8%             |
| Medio | 33                | 41,3%             |
| Alto  | 8                 | 10,0%             |

*Nota. Elaborado a través de SPSS V.26*

**Figura 6**

*Diagrama de barra de la variable Depresión*



*Nota.* Elaborado a través de SPSS V.26.

Se visualizó que, el 62.22% de los pacientes percibieron un bajo nivel de depresión, además, el 34.3% del total de pacientes indicó que se encuentra en un medio nivel y por último, el 3.33% de los pacientes indicaron tener un alto nivel de depresión.

### **Dimensiones de Depresión**

#### ***Dimensión: Somático motivacional***

**Tabla 10**

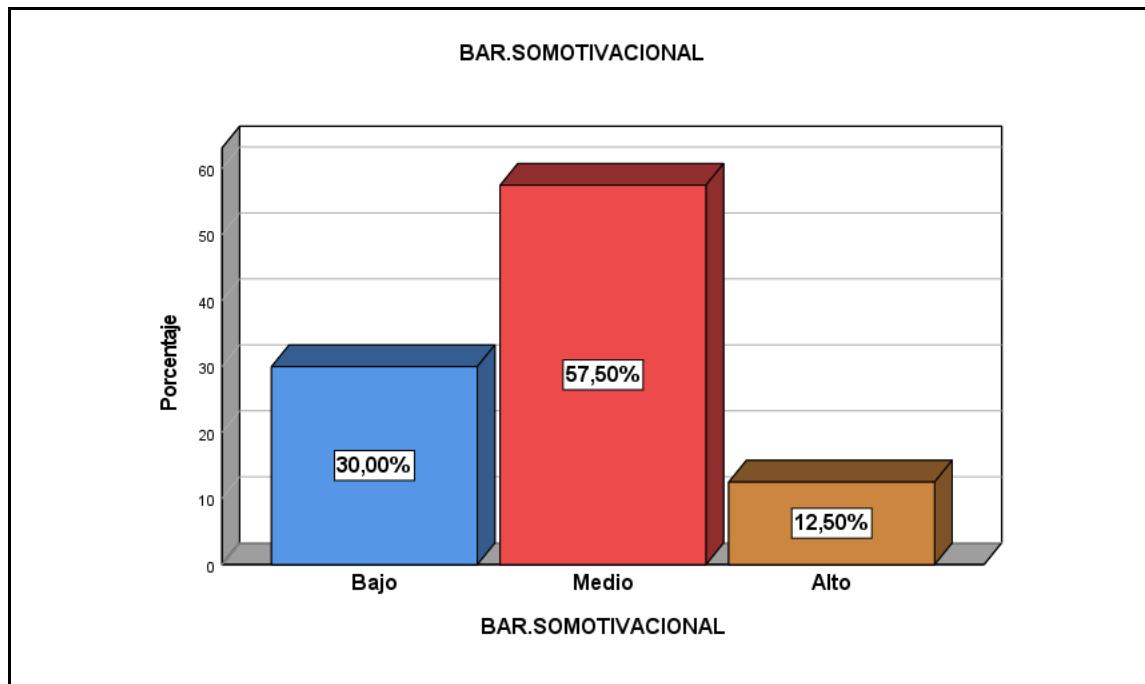
*Distribución de frecuencias de la dimensión Somático motivacional*

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Bajo  | 24         | 44,4%      |
| Medio | 46         | 50,0%      |
| Alto  | 10         | 5,6%       |

*Nota.* Elaborado a través de SPSS V.26

**Figura 7**

*Diagrama de barras de la dimensión somático motivacional*



*Nota.* Datos procesados y obtenidos mediante el software estadístico SPSS versión 26.

Se visualizó en los hallazgos que, el 50% de los pacientes percibieron un nivel medio de somático motivacional, por lo que, el 44.44% de los pacientes indicó que se encuentra en un bajo grado y finalmente el 5.56% de los pacientes indicaron tener un alto nivel de somático motivacional.

***Dimensión: Cognitivo Afectivo***

**Tabla 11**

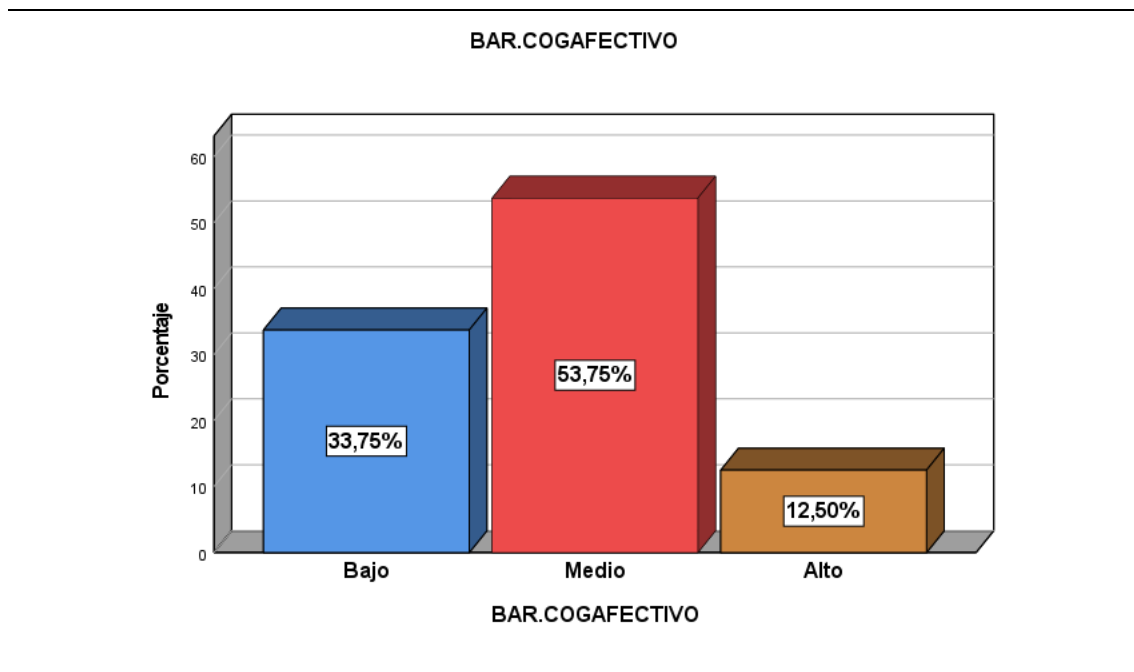
*Distribución de frecuencias de la dimensión Cognitivo afectivo*

|       | Frecuencia | Porcentaje |
|-------|------------|------------|
| Bajo  | 27         | 33,8%      |
| Medio | 43         | 53,8%      |
| Alto  | 10         | 12,5%      |

*Nota.* Elaborado a través de SPSS V.26

**Figura 8**

*Diagrama de barras de la dimensión Cognitivo afectivo*



*Nota.* Elaborado a través de SPSS V.26

Los resultados señalaron que el 50% de los pacientes percibieron un nivel medio de cognitivo afectivo, asimismo, el 44.44% del total de pacientes indicó que se mantiene en un bajo nivel y finalmente el 5.56% de los pacientes indicaron tener un alto nivel de cognitivo afectivo.

## **Diabetes tipo 2**

**Tabla 12**

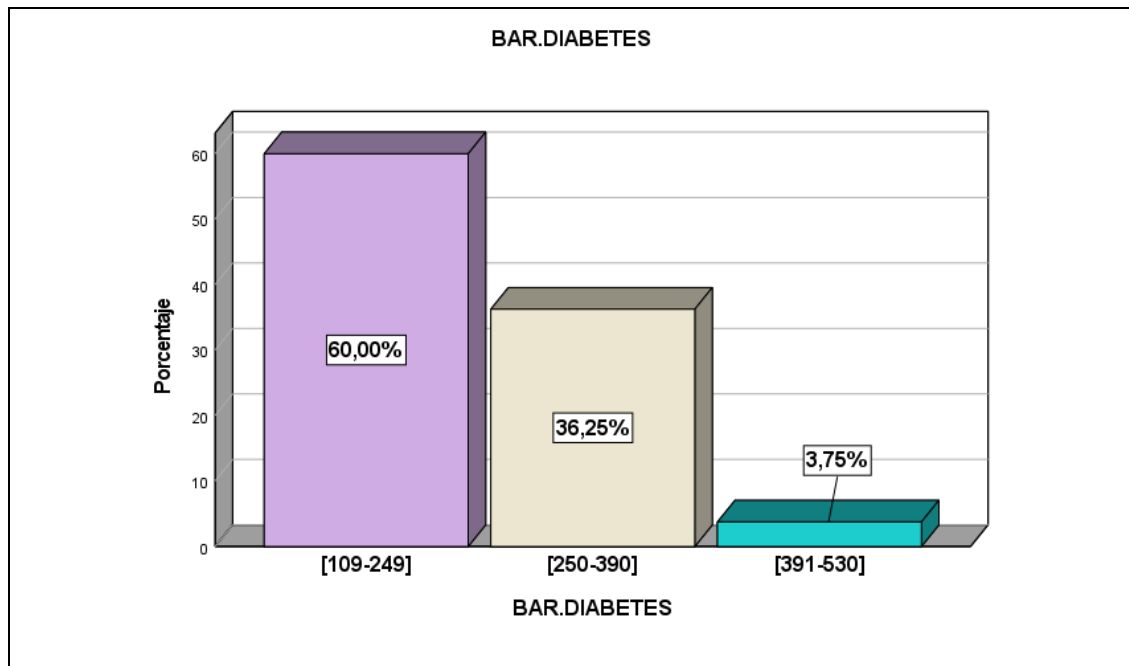
*Distribución de frecuencias de diabetes tipo 2*

|           | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| [109-249] | 48         | 60,0%      |
| [250-390] | 29         | 36,3%      |
| [391-530] | 3          | 3,8%       |

*Nota.* Elaborado a través de SPSS V.26

**Figura 9**

*Diagrama de barras de diabetes tipo2*



*Nota.* Elaborado a través de SPSS V.26

Los resultados señalaron que el 50% de los pacientes percibieron un nivel medio de cognitivo afectivo, asimismo, el 44.44% del total de pacientes indicó que se mantiene en un bajo nivel y finalmente el 5.56% de los pacientes indicaron tener un alto nivel de cognitivo afectivo.

## 4.2. Análisis inferencial

### 4.2.1. Análisis de normalidad

Dado que la muestra es mayor de 50, se aplicó la prueba de Kolmogorov – Smirnov, dando como resultados lo siguiente:

**Tabla 13**

*Prueba de normalidad. Kolmogorov-Smirnov de las variables Estrés y Depresión, y diabetes tipo 2*

|       | Estadístico | gl | Sig. |
|-------|-------------|----|------|
| Depre | ,129        | 80 | ,002 |

|          |      |    |      |
|----------|------|----|------|
| Estrés   | ,338 | 80 | ,000 |
| Diabetes | ,131 | 80 | ,002 |

*Nota.* Elaborado a través de SPSS V.26

Se visualizó que el grado de significancia de los datos recopilados de las variables de Estrés y Depresión es  $<0,05$ . Por tanto, no existieron una asignación normal y se utilizó la prueba estadística no paramétrica del coeficiente de correlación de Spearman.

#### 4.2.2. Contrastación de hipótesis general

Hi: Existe asociación entre el estrés y depresión en pacientes diabéticos tipo 2 atendidos por endocrinología de un hospital de Lima, 2024.

Ho: No existe asociación entre el estrés y depresión en pacientes diabéticos tipo 2 atendidos por endocrinología de un hospital de Lima, 2024.

#### Tabla 14

*Correlación entre estrés y depresión y diabetes tipo 2*

|                 |                    |                             | Diabetes tipo 2 |
|-----------------|--------------------|-----------------------------|-----------------|
| Rho de Spearman | Estrés y depresión | Coefficiente de correlación | ,688**          |
|                 |                    | Sig. (bilateral)            | ,000            |
|                 |                    | N                           | 80              |

*Nota.* Elaborado a través de SPSS V.26

Se observó que, la significancia es menor al umbral crítico de 0,05. Por lo tanto, se aceptó la Hipótesis alterna, el coeficiente de correlación es de ( $\rho=0.688$ ), lo cual se consideró positivo alto. Por lo que el estrés y depresión están relacionados con la aparición de pacientes diabéticos de DM2 atendidos por endocrinología de un hospital de Lima, 2024.

#### 4.2.3. Contrastación de hipótesis específica 1

H0: Existe asociación la depresión y pacientes diabéticos tipo 2 atendidos por endocrinología de un hospital de Lima, 2024.

Hi: No existe asociación la depresión y pacientes diabéticos tipo 2 atendidos por endocrinología de un hospital de Lima, 2024.

**Tabla 15**

*Correlación entre depresión y diabetes tipo 2*

|                 |           | Diabetes tipo 2            |        |
|-----------------|-----------|----------------------------|--------|
| Rho de Spearman | Depresión | Coeficiente de correlación | ,486** |
|                 |           | Sig. (bilateral)           | ,000   |
|                 |           | N                          | 80     |

*Nota.* Elaborado a través de SPSS V.26

Se exhibió que la significancia es inferior al umbral crítico de 0,05. Por lo cual se aceptó la hipótesis alterna, el coeficiente de correlación ( $\rho=0,486$ ), cifra que se consideró positivo moderado. Por este motivo la depresión está asociada con la aparición de pacientes diabéticos de DM2 atendidos por endocrinología del hospital en Lima, 2024.

#### **4.2.4. Contrastación de hipótesis específica 2**

H0: Existe asociación entre el estrés y pacientes diabéticos tipo 2 atendidos por endocrinología de un hospital en Lima, 2024.

Hi: No existe asociación entre el estrés y pacientes diabéticos tipo 2 atendidos por endocrinología de un hospital en Lima, 2024.

**Tabla 16***Correlación entre estrés y diabetes*

|                 |                 |                             | Estrés |
|-----------------|-----------------|-----------------------------|--------|
| Rho de Spearman | Diabetes tipo 2 | Coefficiente de correlación | ,548** |
|                 |                 | Sig. (bilateral)            | ,000   |
|                 |                 | N                           | 80     |

*Nota.* Elaborado a través de SPSS V.26

Se expresó que el grado de significancia es menor al umbral crítico de 0,05. Por lo cual se aceptó la hipótesis alterna, el coeficiente de correlación ( $\rho=0,548$ ), lo cual se consideró positivo moderado. Por este motivo el estrés está asociado con la aparición de pacientes diabéticos de DM2 atendidos por endocrinología del hospital en Lima, 2024

### 4.3 Discusión de resultados

Los resultados obtenidos en el desarrollo de la investigación evidenciaron una asociación significativa entre el estrés y la depresión en pacientes con diabetes, lo cual propició un respaldo hacia la hipótesis general. Puesto que, se consiguió una correlación positiva alta ( $\rho=0.688$ ,  $p<0.01$ ) entre ambas variables, lo cual, indicó que a un mayor grado de estrés se encuentra asociado a una mayor sintomatología de diabetes en la población. Este resultado se encuentra en afinidad a la teoría transaccional del estrés, donde se precisó que una percepción subjetiva del entorno, configura la intensidad del estrés y su influencia negativa sobre la estabilidad psicológica (23). De esta forma, las personas que padecen de esta enfermedad crónica, no solo se enfrenta a las repercusiones físicas sino, que a las repercusiones en su pensar debido a las situaciones de estrés a las cuales se ve expuesto (24).

En lo que respecta al primer objetivo específico, se precisó que el 72.5% de los pacientes presentaron un nivel intermedio de estrés, donde la dimensión de la carga

emocional fue la más involucrada con un 65% de la población correspondiente. Esta información exhibió que la gran mayoría de los pacientes presenta situaciones de tensión frecuentes debido al tratamiento indefinido a los cuales son expuestos, lo cual se suma a los reiterados diagnósticos que representan demandas emocionales que se derivan de la enfermedad. Ante ello, Buitrago et al. (19), expresó que el estrés dentro de situaciones sanitarias se traduce en una sobrecarga psicológica frente a eventualidades extensas de vulnerabilidad. Asimismo, se asumió que las dimensiones “Atención del personal de salud”; “Régimen de tratamiento” y “Relaciones interpersonales”, donde se registró una imposición de niveles medios, ello se debe a que, no se precisa a una crisis aguda, se detecta una afectación persistente y significativa que afecta a la salud mental de los pacientes.

Asimismo, el objetivo específico 2, el análisis evidenció que el 62.2% del total de la muestra presentó un nivel bajo de depresión, este resultado se encuentra en afinidad a lo encontrado por Cuesta et al. (24), quienes expresaron que la depresión en pacientes críticos no suele manifestarse de forma severa, sino, que esta con frecuencia se suele ubicar en niveles moderados o leves, sin embargo, la presencia de esta condición influye de manera negativa en la calidad de vida de la persona. Ante ello, el modelo cognitivo propuesto por Beck (32), se encontró respaldado, al precisar que la activación de esquemas negativos y de pensamientos automáticos de tipo disfuncional frente a situaciones crónicas cabe la posibilidad de desarrollar una afectación emocional sostenida.

De igual manera hicimos alusión a las consecuencias de dicha asociación cuando se interpretan los hallazgos. Del modelo cognitivo de Beck (32), se derivó que la continuidad de los esquemas disfuncionales y de los pensamientos automáticos negativos en el contexto de las condiciones crónicas puede mantener estados emocionales alterados.

De la teoría general del estrés de Selye (24) se extrajo que la forma en que cada persona percibe su entorno puede ser muy importante a la hora de determinar la intensidad de las respuestas fisiológicas y psicológicas a las mismas. Desde esta formulación, el tratamiento de la salud mental de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 no debe limitarse, sólo, a controlar los síntomas, sino que debe tener por objetivo cambiar la forma en la que se entiende la enfermedad y las estrategias para afrontarla. Por lo tanto, la ejecución de intervenciones integrales donde se encuadren programas de autocuidado estructurado, Terapia cognitivo-conductual y formación para afrontar el estrés, pueden favorecer la adherencia al tratamiento, mejorar el control metabólico y disminuir la carga emocional; es decir, se consiguieron un avance significativo en la calidad de vida de esta población.

Añadiendo a ello, se tuvo en consideración los resultados obtenidos en las correlaciones, las cuales fueron positivas entre cada uno de las variables y la diabetes tipo 2, donde se obtuvo un  $\rho=0.548$  para estrés, y DM2, y  $\rho=0.486$ , para depresión y DM2. Ambos valores, se situaron en el intervalo de 0.40 y 0.60, donde se indicó una asociación estadísticamente significativa y clínicamente relevante. De esta forma, estrés representó un mediador más directo de la afectación emocional en pacientes que padecen de diabetes, en suma medida, esto se concibió como un proceso de adaptación a las exigencias de tratamiento, la incertidumbre del pronóstico y la dependencia médica. Asimismo, se supo que el 66.% de la pacientes expresó niveles medios acorde a la atención por parte del personal de salud, lo cual responde a una experiencia de despersonalización o falta de empatía, donde trabajos como el de Ibiapina et al (11) asumieron como detonantes de aflicción mental en pacientes vulnerados por enfermedades crónicas.

La correlación positiva moderada entre la depresión y la diabetes ( $\rho=0.486$ ), refuerza lo expuesto por Chang et al. (17), quienes advirtieron que una de las

consecuencias del padecer DM2, en especial en situaciones de vulnerabilidad económica, engrosa la posibilidad de ser víctimas de trastornos depresivos crónicos. Lo cual, se debió a que la diabetes, antes de ser una enfermedad física, esta representa una readaptación del estilo de vida del paciente, lo cual en reiteradas ocasiones puede propiciar el origen de inseguridades.

Conforme a los resultados obtenidos, pareció relevante extender la discusión aportando el efecto que pueden tener las variables sociodemográficas en la asociación entre el estrés, la depresión y la diabetes tipo 2, Muñoz y Arteaga (9) o Ibiapina et al. (11) mostraron que las féminas, las personas con un escaso nivel educativo y los pacientes con más años de diagnóstico son quienes tienden a presentar niveles más altos de afectación emocional, lo que en parte coincidió con los resultados de la presente investigación, puesto que han predominado niveles intermedios de estrés y bajos de depresión, lo cual es coherente con la presencia de factores de protección, entre ellos, el soporte social o la adherencia al tratamiento. La cuestión es que este escenario mostró que el impacto psicoemocional de la enfermedad no es el mismo, sino que está mediado por las características clínicas del paciente y la interacción de estas con el contexto social del mismo.

Es útil destacar, por otra parte, que la asociación entre diabetes y salud mental es bidireccional y multifactorial; Piñar et al. (34) y Romero et al. (25) sugirieron que desde la óptica fisiopatológica puede darse alteraciones en el control de la glucosa a consecuencia de la reacción neuroendocrina al estrés mediada por el eje hipotálamo-hipófisis-adrenal, lo que podría ayudar al inicio o a la intensificación de los síntomas depresivos. Este proceso conlleva un ciclo de retroalimentación negativa, es decir, las dificultades propias de la diabetes acentúan el malestar emocional y este, a su vez, interfiere en una adecuada gestión de la enfermedad. Según este razonamiento, la

correlación moderada entre las variables psicológicas y la diabetes que se ha hallado en esta investigación pudo considerarse como la representación de esta carga clínica, sino que también pudo considerarse como el producto de una respuesta adaptativa mantenida ante requerimientos constantes desde una vertiente tanto física como emocional.

Finalmente, se precisa que el modelo metodológico empleado, propició la situación de sustentar una solidez interna en los resultados, sin embargo, se reconoció la limitación presenta a este tipo de diseños donde se busca encontrar una causalidad. No obstante, los resultados permitieron concluir que el estrés y la depresión representaron un factor estructurante dentro de las personas que padecen esta enfermedad, puesto que estas, inciden de forma directa sobre la capacidad del paciente a la hora de afrontar los retos propios de la enfermedad

## CAPÍTULO V: Conclusiones y Recomendaciones

### 5.1 Conclusiones

- Se estableció un vínculo significativo entre la depresión y el estrés en pacientes con DM2, lo que evidenció la necesidad de una intervención integral que aborde ambos aspectos para elevar el bienestar de los sujetos.
- Se evidenció que el estrés en pacientes con diabetes presentó una asociación positiva moderada con la condición clínica de la diabetes ( $\rho=0.584$ ), lo cual precisó que las situaciones de estrés poseen una influencia directa sobre la condición de pacientes que padecen de dicha enfermedad.
- En lo correspondiente a la depresión y la diabetes, se conoció que esta se encuentra en una correlación positiva moderada ( $\rho=0.486$ ), ello expresó que el encontrarse en una situación de padecimiento de diabetes se encuentra en asociación a padecer síntomas de depresión.

### 5.2 Recomendaciones

- Se recomienda al Ministerio de Salud (MINSA) fortalecer la atención primaria en salud a través de la aplicación de la Atención Primaria en Salud (APS) y del Modelo de Cuidado Integral (MCI), reforzar la atención integral a individuos con DM2. Esto implica que el seguimiento no dependa solamente del especialista en endocrinología, sino también de los médicos generales de las atenciones primarias, quienes deben desempeñar un papel activo en el control y en la atención clínica. Asimismo, se requiere un trabajo colaborativo con los Centros Comunitarios de Salud Mental para las estrategias de apoyo psicosocial, seguimiento terapéutico y prevención de comorbilidades emocionales asociadas

se integren. Esto favorecería una administración completa y sostenible de la enfermedad.

- Se recomienda al MINSA, diseñar estrategias específicas para la atención psicológica de pacientes con DM2, integrando terapias cognitivo-conductuales y sesiones de psicoeducación en centros hospitalarios.
- Se recomienda al MINSA, desarrollar un programa de seguimiento personalizado para pacientes con DM2, mediante recordatorios electrónicos y consultas virtuales, con el propósito de incrementar la fijación al procedimiento y reducir el riesgo de depresión asociada.
- Se recomienda al hospital de la población estudiada, la implementación de programas de monitoreo y asesoramiento sobre el régimen terapéutico.
- Se recomienda a las futuras investigaciones, estudiar los aspectos que inciden la carencia de fijación al procedimiento y su impacto en la depresión.

## REFERENCIAS

1. Centros para el Control y Prevención de Enfermedades. La diabetes y la salud mental. 2024.
2. Organización Mundial de la salud. Organización Mundial de la salud. 2023. Depresión .
3. Chireh B, Essien SK, D'Arcy C, Gyan C, Ankrah M. Severe disability and self-reported depression and anxiety among persons living with Type 2 diabetes in Canada. *J Affect Disord Rep.* 2024 Apr;16:100720.
4. Yousuf S, Syed A, Ahmedani MY. To explore the association of Ramadan fasting with symptoms of depression, anxiety, and stress in people with diabetes. *Diabetes Res Clin Pract.* 2021 Feb;172:108545.
5. Muñoz Monterroza DI, Arteaga Noriega A. Ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo.* 2021 Mar 5;22.
6. International Diabetes Federation. Datos y cifras sobre la diabetes, 2023. <https://idf.org/es/about-diabetes/diabetes-facts-figures/>
7. Pappachan, J, Fernandez, C, Ashraf, A. Marea creciente: el aumento mundial de diabetes tipo 2 en niños y adolescentes exige acciones inmediatas. *World J Diabetes.* 2024, 15(5): 797-809. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11099374/>
8. Accinelli RA, Arias KB, Leon-Abarca JA, López LM, Saavedra JE. Frecuencia de depresión y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus en establecimientos de salud pública de Lima Metropolitana. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2021 Oct;50(4):243–51.

9. Muñoz Monterroza DI, Arteaga Noriega A. Ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados con diabetes mellitus tipo 2. *Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo*. 2021 Mar 5;22.
10. Márquez Carrillo LC, De Arana Miranda AC, Yapur Badui N, Merino Hernández N, Higareda Sánchez JJ. Calidad de Vida, Ansiedad, Depresión y Consumo de Alcohol en Adultos con Diabetes Tipo Dos durante la Pandemia por COVID-19. *Acta Investig Psicol*. 2022 Dec 1;12(3):58–70.
11. Alberto Ibiapina Costa Filho A, Maria dos Santos Ribeiro L, de Carvalho Alencar D, Albertina de Oliveira N, Antonio Rabi J, Raquel de Sousa Ibiapina A. FACTORES ASOCIADOS A LA ANGUSTIA MENTAL EN PERSONAS CON DIABETES MELLITUS DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19. *Cogitare Enfermagem*. 2022 Sep 28;(27):1–12.
12. Sánchez-Sierra LE, Gómez-Medina O, Hernández M, Díaz-Arrazola N, Mejía-Escobar CK, Pastrana MA, et al. Prevalencia y Caracterización de Trastornos de Ansiedad y Depresión en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, Honduras. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*. 2020 Jun 30;6(2):42–52.
13. Di Lorenzi R, Garau M, Aida E, Bruno L, Barreneche L, Melone I. Asociación entre diabetes y depresión en una población hospitalaria con diabetes mellitus. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*. 2023 Mar 17;09(01):13–25.
14. Tapia G. Relación entre depresión y control metabólico en pacientes con diabetes Mellitus tipo 2 del Centro de salud Velasco Ibarra tipo c, Machala, Ecuador, 2020 [Tesis de maestría en psicología]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2022.
15. Lopez Erazo J, Silva Díaz YA. Estrés y ansiedad en pacientes diabéticos, hospital Gustavo Lanatta Luján, Bagua, Perú, 2020. *Revista Científica UNTRM: Ciencias Sociales y Humanidades*. 2022 Apr 30;5(1):55.

16. Bárrig P. Depresión y soporte social en la calidad de vida de pacientes diabéticos de un hospital de salud pública [Tesis de maestría en psicología]. Universidad San Martín de Porres.
17. Chang Espejo SS, Chaparro Calderón MA, Collazos Guevara LM, Cruz Riquelme TM. Diabetes mellitus y su asociación con depresión crónica en adultos en la población peruana. *Horizonte Médico (Lima)*. 2024 Jun 27;24(2):e2566.
18. Loayza-Castro JA, Vera-Ponce VJ. Tiempo de diagnóstico de enfermedad en pacientes con diabetes e hipertensión arterial con síntomas de depresión en una muestra de pobladores peruanos. *Medicina Clínica y Social*. 2024 Jan 9;8(1):112–7.
19. Buitrago L, Barrera M, Plazas L, Chaparro C. Estrés laboral: una revisión de las principales causas consecuencias y estrategias de prevención. *Revista investigación en salud*. 2021;8(2):46–131.
20. Pinto Aragón EE, Villa Navas AR, Pinto Aragón HA. Estrés académico en estudiantes de la Universidad de La Guajira, Colombia. *Rev Cienc Soc*. 2022;28(5):87–99.
21. Calderón Izaguirre GK, Rivas Díaz LH. Factores laborales y nivel de estrés en enfermeras de centro quirúrgico. *Rev Cubana Enferm*. 2022;37(4):1–18.
22. Espinoza M, Ramos J. Análisis comparativo de la accidentabilidad laboral en Ecuador: periodo 2014 al 2019. 593 Digital Publisher CEIT. 2021 Nov 3;6(6):49–58.
23. Lazarus RS, Folkman S. *Estrés y procesos cognitivos*. 1era Edición. Ediciones Martínez Roca., editor. 1986.
24. SELYE H. A Syndrome produced by Diverse Nocuous Agents. *Nature*. 1936 Jul;138(3479):32–32.

25. Romero Romero EE, Young J, Salado-Castillo R. Fisiología del estrés y su integración al sistema nervioso y endocrino. *Rev Méd Cient.* 2021; 32(1):61-70.
26. Mora Romo, J, Martell Muñoz, J. Predicción de efectos fisiológicos causados por el estrés académico mediante redes neuronales artificiales. *Revista Iberoamericana de Psicología.* 2021; 14(3):25-37.
27. Corea Del Cid MT. La depresión y su impacto en la salud pública. *Rev Med Hondur.* 2021 May 3;89(Supl.1):46–52.
28. Cuesta E, Picón J, Pineida P. Tendencias actuales sobre la depresión, factores de riesgo y abuso de sustancias. *Journal of American Health.* 2022;5(1):1–11.
29. Quintero C, Gil V. Depresión en estudiantes universitarios derivada del Covid-19 un modelo de clasificación. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología.* 2021;21(1):1-15.
30. Serna D, Terán C, Vanegas A, Medina Ó, Blandón O, Cardona D. Depresión y funcionamiento familiar en adolescentes de un municipio de Quindío, Colombia. *Revista Habanera de Ciencias Médicas.* 2020;19(5):1–17.
31. Rios Caiminagua JA, Luna Torres BM. Nivel de depresión en adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa Chilla. *NURE Investigación.* 2023 Aug 1;20(125):1–6.
32. Clark DA, Beck AT. Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends Cogn Sci.* 2010 Sep;14(9):418–24.
33. Mardomingo Sanz MJ. *Psiquiatría del niño y del adolescente: método, fundamentos y síndromes.* 1era Edición. Ediciones Diaz de Santos, editor. 1994.

34. Piñar Morales, R, Guirado Ruíz, P, Barrero Hernandez, F. Impacto de la fatiga en la calidad de vida en los adultos con esclerosis múltiple remitente recurrente. *Neurología*. 2025;40(9):864-874.
35. Falcon Cabezas, A, Soriano Eusebio, S, Espinoza Cárdenas, C. Relación del microbiota intestinal en patologías cutáneas. *Revista de investigación de salud*. 2023;6(16):36-44.
36. Jerez Fernández, C, Medina Pereira, Y, Ortiz Chang, A, González Olmedo, S, Aguirre Gaete, M. Fisiopatología y alteraciones clínicas de la diabetes mellitus tipo 2: revisión de literatura. *Revista Nova publicación científica En Ciencias biomédicas*. 2022;20(38):65-103.
37. Leon Ariza, H, Rojas Guardela, M, Coy Barrera, A. Fisiopatología y mecanismos de acción del ejercicio en el manejo de la diabetes mellitus tipo 2. *Revista Colombiana De Endocrinología, Diabetes & Metabolismo*. 2023;10(2):30-42.
38. Juárez Jiménez, M, Influencia del estrés en la diabetes mellitus. *N Punto Volumen III*. 2020;1(1):91-124.
39. Rondón Bernard, J, Angelucci Bastidas, L. Relación entre depresión y adherencia al tratamiento en diabetes tipo 2, considerando la red de apoyo social, las estrategias de afrontamiento y el sexo. *Revista Costarricense de Psicología*, 2021;40(2):215-242.
40. Castro A, Parra E, Arango I. Glosario para metodología de la investigación. *Working Paper ESACE*. 2020;1(8):1–41.
41. Valderema S, Jaimes C. El desarrollo de la tesis descriptiva, Correlacional y cuasi experimental. 1era edición. Editorial San Marcos., editor. 2019.

42. Silvestre I, Huamán C. Pasos para elaborar la investigación y la redacción de la tesis universitaria. 1 era Edición. Editorial San Marcos, editor. 2019.
43. Hernández R, Mendoza C. Metodología de la investigación . 1era Edición. Editorial Mc Graw Hill., editor. 2019. .
44. Ministerio de Salud del Perú [Internet]. Hospital Loayza se mantiene en la lucha contra la diabetes [Consultado el 29 de septiembre del 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/hospitalloayza/noticias/865956-hospital-loayza-se-mantiene-en-la-lucha-contra-la-diabetes>

## ANEXOS

## Anexo 1. Matriz de consistencia

| Formulación del problema  | Objetivos  | Hipótesis   | Variables   | Diseño Metodológico  |
|---|--|---|---|--|
| <b>Problema general</b>   | <b>Objetivo general</b>  | <b>Hipótesis general</b>  |   |  |
| ¿Existe asociación entre estrés y depresión en pacientes diabéticos tipo 2 atendidos por endocrinología de un hospital en Lima, 2024? | Determinar el estrés y depresión asociado a diabetes tipo 2 en pacientes atendidos por endocrinología de un hospital en Lima, 2024 | -Existe asociación entre estrés y depresión en pacientes diabéticos tipo 2 atendidos por endocrinología de un hospital en Lima, 2024. | <b>Variable 1:</b><br><b>Estrés</b><br><b>Dimensiones:</b><br>-Carga emocional<br>-Atención del personal de salud<br>-Régimen de tratamiento<br>-Relación interpersonal | Enfoque:<br>cuantitativo<br>Tipo: básico<br>Diseño: no experimental<br>Nivel:<br>correlacional<br>Población y muestra:<br>1000 pacientes<br>Muestra:<br>80 pacientes |
| <b>Problemas específicos</b>  | <b>Objetivos específicos</b>   | <b>Hipótesis específicas</b>  | <b>Variable 2:</b><br><b>Depresión</b><br><b>Dimensiones:</b><br>-Somático motivacional<br>-Cognitivo afectivo  |  |
| -¿Existe la asociación entre estrés y diabetes tipo 2 en pacientes atendidos por endocrinología de un hospital en Lima, 2024?         | Determinar la asociación entre estrés y diabetes tipo 2 en pacientes atendidos por endocrinología de un hospital en Lima, 2024.    | -Existe la asociación entre estrés y diabetes tipo 2 en pacientes atendidos por endocrinología de un hospital en Lima, 2024.          |   |  |
| -¿Existe la asociación entre depresión y diabetes tipo 2 en pacientes atendidos por endocrinología de un hospital en Lima, 2024?      | Determinar la asociación entre depresión y diabetes tipo 2 en pacientes atendidos por endocrinología de un hospital en Lima, 2024. | -Existe la asociación entre depresión y diabetes tipo 2 en pacientes atendidos por endocrinología de un hospital en Lima, 2024.       |   |  |

## Anexo 2. Matriz de operacionalización de variables

| Variables        | Definición conceptual  | Definición operacional  | Dimensiones   | Indicadores   | Escala de medición | Escala valorativa   |
|------------------|--|---|---|---|--------------------|---|
| V1:<br>ESTRÉS    | El estrés es una respuesta física y emocional a un daño causado por la inestabilidad entre las exigencias percibidas y capacidades que tiene una persona para hacer frente a esas exigencias, está vinculado con la organización, el diseño y las relaciones del trabajo (19).   | La variable estrés, se define operacionalmente en: Carga emocional, Atención del personal de salud, Régimen de tratamiento y Relación interpersonal | Carga emocional<br>Atención del personal de salud<br>Régimen de tratamiento<br>Relación interpersonal | Ítems 1, 3, 8, 11 y 14<br>Ítems 2, 4, 9 y 15<br>Ítems 5, 6, 10, 12 y 16<br>Ítems 7, 13 y 17 | Ordinal            | Likert<br>1 = No es un problema.<br>2 = Es un pequeño problema.<br>3 = Es un problema moderado.<br>4 = Es un problema algo grave.<br>5 = Es un problema grave.<br>6 = Es un problema muy grave.<br>Cuestionario de estrés |
| V2:<br>DEPRESIÓN | La depresión es un trastorno del estado de ánimo, donde la principal característica es una alteración del humor y, según su temporalidad y origen sintomático, tiene una clasificación particular; de esta manera se distingue el trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastornos bipolares como los principales (24). | La depresión, se define operacionalmente en: Somático motivacional y Cognitivo afectivo   | Somático motivacional<br>Cognitivo afectivo   | Ítems desde el 1 al 10.<br>Ítems desde el 11 al 20.   | Ordinal            | Likert<br>1= Muy pocas veces<br>2 =Algunas veces<br>3 =Muchas veces<br>4 =Casi siempre  |

### Anexo 3. Instrumentos

#### CUESTIONARIO SOBRE ESTRÉS EN PACIENTES DIABÉTICOS

##### PRESENTACION:

Buenos días soy Roxana Navarro, me encuentro realizando una encuesta cuya finalidad es Determinar la asociación entre el estrés y depresión en pacientes diabéticos tipo 2 atendidos por endocrinología del hospital en Lima, 2024. Este cuestionario se desarrollará de manera anónima y confidencial.

De antemano, le agradecemos su disposición para poder responder esta encuesta, Gracias.

##### INSTRUCCIONES:

Antes de comenzar, por favor lea correctamente cada pregunta planteada en el cuestionario.

##### DATOS GENERALES:

Edad: .....

Sexo: .....

Estado civil: .....

Al contestar las preguntas marque con un aspa (X) de acuerdo a su consideración:

Escala valorativa

| 1                 | 2                      | 3                       | 4                         | 5                    | 6                         |
|-------------------|------------------------|-------------------------|---------------------------|----------------------|---------------------------|
| No es un problema | Es un pequeño problema | Es un problema moderado | Es un problema algo grave | Es un problema grave | Es un problema muy grave. |

| Nº   | VARIABLE: ESTRÉS  | Escala |   |   |   |   |
|--|---|--------|---|---|---|---|
|  | DIMENSIÓN: CARGA EMOCIONAL  | 1      | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1  | Sentir agotamiento por el constante trabajo para controlar la diabetes.   |        |   |   |   |   |
| 2  | Sentirme enojada(o), asustada(o), o deprimida(o) cuando pienso en vivir con la diabetes.                        |        |   |   |   |   |
| 3  | Sentir que la diabetes controla mi vida.  |        |   |   |   |   |
| 4  | Sentir que haga lo que haga, tendré alguna complicación seria con efectos a largo plazo.                        |        |   |   |   |   |
| 5  | Sentirse sobrecargado(a) por la atención que requiere vivir con la diabetes.                                    |        |   |   |   |   |
| <b>DIMENSIÓN: ATENCIÓN DEL PERSONAL DE SALUD</b> |   |        |   |   |   |   |
| 6  | Sentir que el personal de salud no sabe lo suficiente acerca de la diabetes y el cuidado de la diabetes.        |        |   |   |   |   |
| 7  | Sentir que el personal de salud no me da las suficientes recomendaciones específicas para controlar mi diabetes |        |   |   |   |   |
| 8  | Sentir que el personal de salud no toma mis preocupaciones en serio.  |        |   |   |   |   |

|  |   |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|--|
| 9  | Sentir que no tengo un personal de salud que puedo ver con suficiente frecuencia para discutir mi diabetes.   |  |  |  |  |  |  |
| <b>DIMENSIÓN: RÉGIMEN DE TRATAMIENTO</b> |   |  |  |  |  |  |  |
| 10                                       | Sentir que no me estoy analizando la sangre con suficiente frecuencia.  |  |  |  |  |  |  |
| 11                                       | Sentir que fracaso a menudo con mi tratamiento de diabetes.   |  |  |  |  |  |  |
| 12                                       | No sentir confianza en mi habilidad para manejar mi diabetes día a día  |  |  |  |  |  |  |
| 13                                       | Sentir que no estoy manteniendo una dieta saludable   |  |  |  |  |  |  |
| 14                                       | Sentir que no tengo la motivación necesaria para controlar mi diabetes.   |  |  |  |  |  |  |
| <b>DIMENSIÓN: RELACIÓN INTERPERSONAL</b> |   |  |  |  |  |  |  |
| 15                                       | Sentir que ni mis amigos ni mi familia dan suficiente apoyo de mis esfuerzos para cuidarme (planean actividades que chocan con mi horario, me animan a comer comidas inadecuadas) |  |  |  |  |  |  |
| 16                                       | Sentir que ni mis amigos ni mi familia saben lo difícil que es vivir con la diabetes  |  |  |  |  |  |  |
| 17                                       | Sentir que ni mis amigos ni mi familia me dan el apoyo emocional que me gustaría tener.   |  |  |  |  |  |  |

## ESCALA DE DEPRESIÓN DE ZUNG (ZDS)

### PRESENTACION:

Buenos días soy Roxana Navarro, me encuentro realizando una encuesta cuya finalidad es Determinar la asociación entre el estrés y depresión en pacientes diabéticos tipo 2 atendidos por endocrinología del hospital en Lima, 2024. Este cuestionario se desarrollará de manera anónima y confidencial.

De antemano, le agradecemos su disposición para poder responder esta encuesta, Gracias.

### INSTRUCCIONES:

Antes de comenzar, por favor lea correctamente cada pregunta planteada en el cuestionario.

### DATOS GENERALES:

Edad: .....

Sexo: .....

Estado civil: .....

Al contestar las preguntas marque con un aspa (X) de acuerdo a su consideración:

Escala valorativa

| 1               | 2           | 3             | 4            | 5                |
|-----------------|-------------|---------------|--------------|------------------|
| Muy pocas veces | Pocas veces | Algunas veces | Muchas veces | Muy muchas veces |

| N° | VARIABLE: DEPRESIÓN                                   | Escala |   |   |   |   |
|----|---|--------|---|---|---|---|
|    | DIMENSIÓN: SÓMATICO MOTIVACIONAL                      | 1      | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1  | Me siento triste y deprimido.                         |        |   |   |   |   |
| 2  | Por las mañanas me siento mejor que por las tardes.   |        |   |   |   |   |
| 3  | Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro. |        |   |   |   |   |
| 4  | Me cuesta mucho dormir o duermo mal por las noches.   |        |   |   |   |   |
| 5  | Ahora tengo tanto apetito como antes.                 |        |   |   |   |   |
| 6  | Todavía me siento atraído por el sexo opuesto.        |        |   |   |   |   |
| 7  | Creo que estoy adelgazando.                           |        |   |   |   |   |
| 8  | Estoy estreñado.                                      |        |   |   |   |   |
| 9  | Tengo palpitaciones.                                  |        |   |   |   |   |

|                                      |  |  |  |  |  |  |
|--------------------------------------|--|--|--|--|--|--|
| 10                                   | Me canso por cualquier cosa.                             |  |  |  |  |  |
| <b>DIMENSIÓN: COGNITIVA AFECTIVO</b> |  |  |  |  |  |  |
| 11                                   | Mi cabeza está tan despejada como antes.                 |  |  |  |  |  |
| 12                                   | Hago las cosas con la misma facilidad que antes.         |  |  |  |  |  |
| 13                                   | Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto. |  |  |  |  |  |
| 14                                   | Tengo esperanza y confío en el futuro.                   |  |  |  |  |  |
| 15                                   | Me siento más irritable que habitualmente.               |  |  |  |  |  |
| 16                                   | Encuentro fácil tomar decisiones.                        |  |  |  |  |  |
| 17                                   | Me creo útil y necesario para la gente.                  |  |  |  |  |  |
| 18                                   | Encuentro agradable vivir, mi vida es plena.             |  |  |  |  |  |
| 19                                   | Creo que sería mejor para los demás si me muriera.       |  |  |  |  |  |
| 20                                   | Me gustan las mismas cosas que solían agradarme.         |  |  |  |  |  |



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD  
CIENTÍFICA

**CONSTANCIA DE APROBACIÓN**

Lima, 16 de junio de 2025

Investigador(a)  
Roxana Navarro Antezana  
**Exp. N°: 0905-2025**

---

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: **“ESTRÉS Y DEPRESIÓN ASOCIADO A DIABETES TIPO 2 EN PACIENTES ATENDIDOS POR ENDOCRINOLOGÍA DEL HOSPITAL EN LIMA, 2024.”** con fecha 02/06/2025.

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Roxana Navarro Antezana.

La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. **La vigencia** de la aprobación es de **dos años** (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
3. Si aplica, **la Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

**Mg. Angelica Karina Minaya Galarreta**  
Presidenta  
Comité Institucional de Ética e Integridad Científica  
Universidad Privada Norbert Wiener

**COMITÉ DE INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL (OADEI)  
INFORME DE EVALUACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**INFORME DE EVALUACION N° 101-CII-HNAL/2025**

**INVESTIGADOR PRINCIPAL:** Roxana Navarro Antezana

**TÍTULO DEL PROYECTO:**

Estrés y depresión asociado a diabetes tipo 2 en pacientes atendidos por endocrinología del hospital en Lima, 2024

**REVISOR:**

**Dr.  
LUIS NOVOA MILLONES**  
Presidente del Comité de Investigación Institucional  
Presente. -

Por medio de la presente informo a Ud. que he Evaluado el proyecto de Investigación de la referencia, el cual ha sido calificado como:

**PROYECTO:**

- Aprobado

Atentamente

Lima, 13 de setiembre del 2025

  
MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA  
**DR. LUIS NOVOA MILLONES**  
PRESIDENTE  
COMITÉ DE INVESTIGACIÓN INSTITUCIONAL  
C.M.P. 55072 R.N.E. 73414

Firma y sello  
PRESIDENTE CII

  
DR. CESAR CASTRO VALVERDE  
GASTROENTERÓLOGO  
C.M.P. 44222 A.N.E. 11191

Firma y Sello de  
Revisor

|            |       |     |
|------------|-------|-----|
| Aprobación | OADEI | 101 |
|------------|-------|-----|




# 16% Similitud general

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

## Filtrado desde el informe

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

## Fuentes principales

- 14%  Fuentes de Internet
- 1%  Publicaciones
- 8%  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

- 14% Fuentes de Internet
- 1% Publicaciones
- 8% 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                               | 7%  |
| 2  | Internet            | hdl.handle.net   | 2%  |
| 3  | Internet            | repositorio.ucv.edu.pe                                   | <1% |
| 4  | Trabajos entregados | Universidad Wiener on 2024-07-06                         | <1% |
| 5  | Trabajos entregados | Universidad de Sevilla on 2023-05-30                     | <1% |
| 6  | Trabajos entregados | Universidad Cesar Vallejo on 2024-11-13                  | <1% |
| 7  | Internet            | repositorio.unc.edu.pe                                   | <1% |
| 8  | Trabajos entregados | Universidad Catolica San Antonio de Murcia on 2025-05-04 | <1% |
| 9  | Internet            | repositorio.usmp.edu.pe                                  | <1% |
| 10 | Trabajos entregados | uwiener on 2023-11-29                                    | <1% |
| 11 | Internet            | www.coursehero.com                                       | <1% |