



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON
DIABETES MELLITUS DEL CENTRO MÉDICO
ESSALUD DEL DISTRITO DE ZARUMILLA – TUMBES,
2019.**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICÓLOGIA

AUTORA

CRUZ JIMENEZ, GREASSE KELLY
ORCID: 0000-0003-4946-6605

ASESOR

ZETA RODRIGUEZ, GUILLERMO
ORCID: 0000-0002-4031-5061

**TUMBES - PERÚ
2020**

EQUIPO DE TRABAJO

AUTORA

Cruz Jiménez, Greasse Kelly

ORCID: 0000-0003-4946-6605

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de Pregrado, Tumbes,
Perú.

ASESOR:

Zeta Rodríguez, Guillermo

ORCID: 0000-0002-4031-5061

Universidad, Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de la Salud,
Escuela Profesional de Psicología, Tumbes, Perú.

JURADO

Bravo Barreto, Elizabeth Edelmira

ORCID: ORCID: 0000-0003-3526-8069

Coronado Zapata, Carlos Alberto

ORCID: ORCID: 0000-0003-3526-8069

Reto Otero de Arredondo, Narcisa Elizabeth

ORDI: ORICID. 0000-0002-8107-1657

JURADO EVALUADOR DE TESIS

.....
Mgtr. Elizabeth Edelmira Bravo Barreto
Presidente

.....
Mgtr. Carlos Alberto Coronado Zapata
Miembro

.....
Mgtr. Narcisa Elizabeth Reto Otero de Arredondo
Miembro

.....
Mgtr. Guillermo Zeta Rodríguez
Asesor

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser mi guía, mi seguridad y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

A mis padres:

Por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente, pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron.

A mis hermanos por sus consejos, apoyo y sobre todo por ayudarme en los momentos más difíciles de mi vida.

A los docentes, en especial a mi asesor el Mgtr. Guillermo Zeta Rodríguez que con su sabiduría, conocimiento y apoyo, motivaron a desarrollarme como persona y profesional.

DEDICATORIA

A Dios, Por darme la vida y estar siempre conmigo, dándome la fortaleza y guiándome en mi camino.

A mis Padres:

El esfuerzo y las metas alcanzadas, refleja la dedicación, el amor que invierten sus padres en sus hijos. En especial a mi madre Aida Jimenez Dioses y a mi padre Juan Cruz Guerrero que orgullosamente es mi mayor inspiración, que siempre me brindo su confianza y que estuvo y está en cada paso llegando a mi mayor meta de mi carrera profesional.

A mi querido hijo Wilkerson Tapia Cruz, quien es uno de los más grandes motivos de mi esfuerzo y de mi ánimo constante de seguir adelante.

RESUMEN

La depresión, la diabetes son enfermedades de alta prevalencia, causan un desconsuelo sentimental y físico, se espera una importante calidad de vida de los pacientes que padecen de diabetes o consumen productos sanitarios, se planteó como problema conocer ¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes con diabetes mellitus del centro médico de EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019? tuvo como objetivo general Determinar el nivel de depresión en pacientes con diabetes mellitus del centro médico de EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019, la metodología que se utilizó para la investigación fue de tipo y nivel cuantitativo descriptivo; diseño de investigación; no experimental de corte transversal. Se trabajó con toda la población la cual estuvo constituida por 100 pacientes de ambos sexos con diagnóstico médico de diabetes mellitus, los datos y resultados se obtuvieron por medio de la encuesta, y del instrumento de la escala de Zung para evaluar la variable de depresión. Los resultados obtenidos de la variable de estudio, muestran que del total de pacientes el 51.00% de ellos se encuentra en un rango ligeramente deprimido, mientras que el 22.00% de pacientes presentan un nivel rango normal, así mismo un 22.00% se ubican en el nivel moderadamente deprimido y el 5% de los pacientes presentan severamente deprimido, se concluye que un porcentaje elevado de 78% de pacientes con diabetes mellitus del centro médico EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019, se encuentran en un rango ligeramente deprimido a severamente deprimido y el 22% tienen un rango normal.

Palabra Clave: pacientes, diabetes, depresión, mujeres, varones y centro médico.

ABSTRACT

Depression, diabetes are diseases of high prevalence, cause a sentimental and physical breakdown, a significant quality of life is expected of patients who suffer from diabetes or consume health products, it was raised as a problem to know what is the level of depression in patients with diabetes mellitus at EsSalud Medical Center in Zarumilla District – Tumbes, 2019? had the general objective of Determining the level of depression in patients with diabetes mellitus of the EsSalud Medical Center in Zarumilla District – Tumbes, 2019, the methodology used for research was of descriptive type and quantitative level; research design; non-experimental cross-sectional. Work was made up of the entire population, which consisted of 100 patients of both sexes with a medical diagnosis of diabetes mellitus, the data and results were obtained through the survey, and the Zung scale instrument to evaluate the variable of Depression. The results obtained from the study variable show that of the total number of patients 51.00% of them are in a slightly depressed range, while 22.00% of patients have a normal range, as well as 22.00% are in the level moderately depressed and 5% of patients have severely depressed, we conclude that a high percentage of 78% of patients with diabetes mellitus at EsSalud Medical Center in Zarumilla District – Tumbes, 2019, are in a slightly depressed to severely depressed and 22% have a normal range.

Keyword: patients, diabetes, depression, women, males and medical center.

CONTENIDO

TITULO DE TESIS.....	i
EQUIPO DE TRABAJO	ii
JURADO EVALUADOR DE TESIS	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
DEDICATORIA	v
RESUMEN	vi
ABSTRACT.....	vii
CONTENIDO	viii
INDICE DE TABLAS.....	xii
INDICE DE GRAFICOS.....	xiii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. Revisión de la literatura.....	7
2.1 Antecedentes.....	7
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	7
2.1.2 Antecedentes nacionales.....	10
2.1.3 Antecedentes Locales	14
2.2 Bases teóricas de la investigación.....	16
2.2.1 Depresión.....	16
2.2.1.1 Definición	16
2.2.1.2 Teorías de la Depresión	21
2.2.1.2.1 Psicodinámicas.....	21
2.2.1.2.2 Conductuales.....	22
2.2.1.2.3 Teorías Cognitivas	23
2.2.1.2.4 Teoría de autocontrol de Rehm.....	24
2.2.1.2.5 Teoría del auto focalización de Lewinsohn.....	24
2.2.1.2.6 La teoría de estilos de respuestas	25
2.2.1.2.7 Teoría de la depresión de Beck.....	26
2.2.1.3 Clasificación de la depresión	27
2.2.1.3.1 Depresión leve.	28
2.2.1.3.2 La depresión moderada.	29
2.2.1.3.3 La depresión severa.....	29

2.2.1.4	Dimensiones de la depresión	34
2.2.1.4.1	Estado de ánimo depresivo.	34
2.2.1.4.2	La anergia o vaciamiento de impulsos.	35
2.2.1.4.3	La discomunicación.....	35
2.2.1.5	Etiología de la depresión	35
2.2.1.5.1	Factores neurobiológicos.....	35
2.2.1.5.2	Factores biológicos (No neurobiológicos).....	36
2.2.1.6	Formas clínicas	36
2.2.1.6.1	Depresión de inicio tardío:	36
2.2.1.6.2	Depresión sin criterios de Depresión Mayor:	37
2.2.1.6.3	Depresión secundaria:	37
2.2.1.7	Indicadores de la depresión	38
2.2.1.8	Diabetes y Depresión	38
2.2.1.9	Depresión y mal control glucémico	40
2.2.1.10	Síntomas	40
2.2.1.11	Causas de la depresión	42
2.2.1.11.1	Causas Biológicos:	43
2.2.1.11.2	Factores personales y sociales.	45
2.2.1.11.3	Factores cognitivos.....	46
2.2.1.11.4	Factores familiares y genéticos.	46
2.2.1.12	Las Consecuencias	47
2.2.1.13	Diagnóstico de la depresión.....	47
2.2.1.14	Prevención de la depresión	48
2.2.1.15	Tratamiento de la depresión.....	48
2.2.2	Diabetes Mellitus	50
2.2.2.1	Definiciones	50
2.2.2.2	Clasificación de la Diabetes mellitus	51
2.2.2.3	El diagnóstico	53
2.2.2.4	Componentes del tratamiento de la diabetes mellitus	54
2.2.2.5	Prevención de la diabetes mellitus	54
2.2.2.5.1	Intervenciones sobre estilos de vida.....	54
2.2.2.5.2	Intervenciones con tratamiento farmacológico	55

III.	Metodología	57
3.1	Tipo investigación	57
3.2	Nivel de la investigación	57
3.3	Diseño de la investigación	57
3.3.1	Esquema del Diseño No Experimental de la investigación	57
3.4	Población y muestra.	58
3.4.1	Población	58
3.4.2	Muestra	58
3.4.3	Criterios de evaluación	58
3.4.3.1	Criterios de inclusión	58
3.4.3.2	Criterios de exclusión	59
3.5	Definición y Operacionalización de variables	59
3.5.1	Depresión	59
3.5.1.1	Definición conceptual (DC)	59
3.5.1.2	Definición operacional (D.O.)	60
3.5.2	Cuadro de operacionalización de variables:	61
3.6	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	62
3.6.1	Técnicas	62
3.6.2	Instrumento	62
3.6.2.1	La escala de autoevaluación para la depresión (EAMD)	62
3.7	Plan de análisis	66
3.8	Matriz de consistencia	67
3.9	Principios éticos	68
IV.	Resultados y análisis de los resultados	71
4.1	Resultados	71
4.2	Análisis de los resultados	75
V.	Conclusiones y recomendaciones	79
5.1	Conclusión	79
5.2	Recomendaciones	82
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	84
	ANEXOS	89
	ANEXO 1: Escala de Autoevaluación para la Depresión de Zung	89

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO	91
---	----

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Distribución de frecuencia y porcentaje en pacientes con diabetes mellitus del centro médico de EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019.....	58
Tabla 2. Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de depresión en pacientes con diabetes mellitus del centro médico EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019.....	71
Tabla 3. Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de depresión según sexo en pacientes con diabetes mellitus del centro médico EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019.....	72
Tabla 4. Distribucion de frecuencia del nivel de depresion según edad en pacientes con diabetes mellitus del centro médico EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019.....	73
Tabla 5. Distribucion de frecuencia del nivel de depresion según grado de instrucción en pacientes con diabetes mellitus del centro médico EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019.....	74

INDICE DE GRAFICOS

Figura 1. Gráfico circular del nivel de depresión en pacientes con diabetes mellitus del centro médico Essalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019.....	71
Figura 2. Gráfico de barras del nivel de depresión según el sexo en pacientes con diabetes mellitus del centro médico EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019.	72
Figura 3. Diagrama circular porcentual del nivel de depresión según edad en pacientes con diabetes mellitus del centro médico EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019.	73
Figura 4. Diagrama de barras porcentual del nivel de depresión según grado de instrucción en pacientes con diabetes mellitus del centro médico EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019.	74

INTRODUCCIÓN

El estudio deriva de la línea de investigación “Conflictos sociales y salud mental”. En el Perú, los padecimientos médicos y especialmente las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus, genera la posibilidad de que un individuo presente cambios de humor como depresión, la cual se distingue por la evidencia de un estado de ánimo deprimido, se muestra afligido y melancólico, es incapaz para concebir el placer, pierde el interés de sus actividades diarias y de su apetito, aunque en algunos casos también se puede observar una ganancia del mismo. Según Rhiner (2013) refiere que la depresión es el estado de ánimo que se conoce por la imposibilidad de regocijarse y de interesarse por las cosas (anhedonia) una disminución de la vitalidad, cansancio sin haber realizado alguna actividad física, y esto ocasiona que el individuo que presenta la enfermedad haga cambios en su estilo de vida. De acuerdo a los autores Guerrero y León (citado por Palomares, 2014, p.23) el estilo de vida son las condiciones y conductas que patrocinan y que todo ser humano desarrolla de manera individual o grupal para que sus necesidades sean satisfechas y puedan lograr desarrollarse como personas. Según refiere Castillo W (2015) que en nuestro país Perú, aproximadamente la cantidad de personas que sufren depresión es de un millón 700 mil; pero si se tomara interés en tratar estos casos, el porcentaje de suicidios bajaría a un 20%, sin embargo, hay personas que, si acuden a un centro de salud ante un episodio de depresión, esto equivale a un 25% de la población. Marly M (2013) menciona que la diabetes mellitus llegó a altos niveles en los cuales ha logrado preocupar ya que en los últimos años ha aumentado, lo que ha sido factor decisivo son los estilos de vida ya que al tener malos estilos de vida y alimenticios crece un alto nivel en la enfermedad, y esto se genera al poco conocimiento que tiene la población en que a

más sedentario sean sus costumbres alimenticias más riesgo de padecer diabetes tendrán. El problema observado con relación a la causa de la depresión en pacientes del centro médico, donde se ve necesidad de la concientización de las personas, y sensibilización las personas que estén en estos grupos de apoyo, serán al principio afectados debido a que ellos ven su enfermedad es de manera solo en tratar de sobre llevar la enfermedad y es por ello que ellos no piensan en una mejora sino lo contrario no creen importante mejor y cambiar sus estilos de vida. Por lo tanto, frente a la situación de la problemática descrita anteriormente se planteó la siguiente interrogante: ¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes con diabetes mellitus del centro médico de EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019? Para dar respuesta al enunciado del problema, se planteó el siguiente objetivo general: Determinar el nivel de depresión en pacientes con diabetes mellitus del centro médico de EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019. Así mismo se plantearon los siguientes objetivos específicos 1. Identificar el nivel de depresión según sexo en pacientes con diabetes mellitus del centro médico de EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019. 2. Identificar el nivel de depresión según edad en pacientes con diabetes mellitus del centro médico de EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019. y 3. Identificar la el nivel de depresión según el grado de instrucción de pacientes con diabetes mellitus del centro médico de EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019. Así mismo el estudio de investigación se justificó porque pretendió aportar al ámbito clínico y social demostrando la importancia que tiene la depresión en pacientes con diabetes mellitus en el proceso de la enfermedad y el rol que cumple la familia, puesto que muchas veces, en nuestro país, este elemento no es tomado en cuenta por los familiares de pacientes con diabetes mellitus en el Perú. Se fundamentó porque ayudo a determinar

como la depresión puede ser un factor de cambio de pacientes con diabetes mellitus ya que como se mencionó anteriormente el estilo de vida es un indicador que demuestra un adecuado o inadecuado alimentación, pero éste se puede ver afectado por diversos problemas entre los cuales se consideran los problemas psicológicos tales como la depresión y otros por lo tanto es de suma importancia ya que a través de sus resultados permitirá ampliar el conocimiento sobre las variables planteadas en el estudio de investigación, incorporando al cuerpo de conocimientos nuevos planteamientos teóricos, que apoyara de soporte para venideros estudios y beneficiará en la evaluación progresiva en todo el proceso de formación integral de los pacientes donde permitirá corregir y superar de manera temprana las dificultades en las actitudes y mejorando a lo largo de su vida, garantizando los resultados de manera eficaz a los pacientes con diabetes mellitus. Se consideró pertinente la elaboración del estudio de investigación ya que no solo ayudara a determinar el nivel de depresión de pacientes con diabetes mellitus del centro médico de EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019. Sino también reconocer los niveles de depresión según las características sociodemográficas en pacientes con diabetes mellitus del centro médico de Essalud del distrito de Zarumilla. Desde el punto de vista metodológico, la metodología que se utilizó para llevar a cabo el estudio de investigación que interpreta el tipo y nivel de investigación; cuantitativo descriptivo; diseño de investigación; no experimental de corte transversal; siendo la población 100 pacientes de ambos sexos que padecen diabetes Mellitus; Se obtuvo una muestra en donde esta es toda la población convirtiéndose en una población muestral, obteniendo una población muestral de 100 pacientes del centro médico de Essalud de Zarumilla – Tumbes, 2019. Los datos y resultados se obtuvieron por medio de la encuesta, y del instrumento de la escala de

Zung para evaluar la variable de depresión para evaluar a los pacientes con diabetes mellitus del centro médico de EsSalud del distrito de Zarumilla teniendo en cuenta el plan de análisis y los principios éticos se definió y operacionalizó las variables. Para el análisis y procesamiento de los datos se realizó en el Software SPSS versión 22.0 y el programa informático Microsoft Excel 2013, En los resultados, arrojaron que el 51.00% de pacientes se encuentra en el rango ligeramente deprimido, mientras que el 22.00% de pacientes presentan un nivel moderadamente deprimido, así mismo un 22.00% se ubican en un rango normal y el 5% se encuentran severamente deprimido, en los objetivos específicos: En relación al sexo el 55% (55) pacientes son varones y de ellos el 35% (35) se encuentran en un nivel ligeramente deprimido; seguido del 12% (12) se ubican en un nivel moderadamente deprimido; así mismo el 7% (7) se encuentran dentro del rango normal y el 1% (1) en un nivel severamente deprimido. Los resultados obtenidos en las pacientes mujeres quienes forman el 45% (45) de la población total, el 16% (16) se encuentran en un nivel ligeramente deprimido; seguido del 15% (15) que se ubican en el rango normal; así mismo el 10% (10) se encuentra en un nivel moderadamente deprimido y el 4% (4) tienen un nivel de severamente deprimido. Según la edad el 32% (32) de pacientes se ubican en edades de 36 a 45 años, de ellos el 15% se ubica en un nivel moderadamente deprimido; seguido del 8% que se ubican en un rango normal; así mismo el 7% se encuentra en un nivel ligeramente deprimido y el 2% presenta un nivel severamente deprimido; del 30% (30) con edades de 25 a 35 años, el 23% (23) se encuentra en un nivel ligeramente deprimido, el 5% se ubica dentro del rango normal y el 2% (2) se encuentra en un nivel moderadamente deprimido; del 21% (21) con edades de 46 a 55 años, el 12% (12) presenta un nivel ligeramente deprimido, el 5% (5) presenta un nivel moderadamente

deprimido y el 4% se encuentra dentro del rango normal; del 17% (17) con edades de 56 a más años, el 9% presentan un nivel ligeramente deprimido; seguido del 5% que se encuentran dentro del rango normal y el 3% se ubica en un nivel severamente deprimido. Según el grado de instrucción, el 43.00% de los pacientes se ubican en un grado de instrucción técnico, de los cuales el 22% se encuentran en un nivel ligeramente deprimido; seguido del 15% que se encuentran dentro del rango normal, el 4% se encuentra en un nivel severamente deprimido y el 2% tiene un nivel moderadamente deprimido; del 39% (39) con grado de instrucción superior, el 22% (22) se ubican en un nivel ligeramente deprimido; seguido del 9% quienes se encuentran en un nivel moderadamente deprimido; así mismo el 7% se encuentra dentro del rango normal y el 1% se encuentra con un nivel severamente deprimido y del 18% con grado de instrucción secundaria completa, el 11% (11) se encuentra en un nivel moderadamente deprimido y el 7% (7) se encuentra en un nivel ligeramente deprimido. Así mismo en Análisis de los resultados, se realizó el análisis y discusión de los resultados obtenidos, con las bases teóricas y antecedentes de la investigación. Se concluyó en resumen que un porcentaje elevado de 78% se ubica en un rango de ligeramente deprimido a severamente deprimido de pacientes con diabetes mellitus del centro médico de EsSalud del distrito de Zarumilla, así mismo, en los objetivos específicos según el sexo el 48% se encuentran en un nivel ligeramente a severamente deprimido y el 7% se encuentra dentro del rango normal de los pacientes varones y en las mujeres el 30% presentan un nivel ligeramente a severamente deprimido y el 15% se encuentra en un rango normal. Según la edad de los pacientes de 25 a 35 años el 25% se encuentran en un nivel ligeramente a moderadamente deprimido y el 5% se encuentra dentro del rango normal, los pacientes de 36 a 45 años

el 24% presentan un nivel ligeramente a severamente deprimido y el 8% un rango normal; en pacientes de 46 a 55 años el 17% presenta niveles de ligeramente a moderadamente deprimido y el 4% se ubican en un rango normal y los pacientes de 56 a más años, el 12% se ubican en niveles de ligeramente a severamente deprimido y el 5% se encuentra en un rango normal. Según el grado de instrucción, en los pacientes con secundaria completa el 18% se encuentran en niveles ligeramente a moderadamente deprimido; así mismo los pacientes con estudios técnicos el 28% se ubica en niveles ligeramente a severamente deprimido, el 15% se encuentra en un rango normal y con estudios superiores el 32% se encuentra en niveles ligeramente a severamente deprimido y el 7% se encuentra dentro del rango normal. El estudio de investigación se encontró estructurado de la siguiente manera: Título de la investigación, equipo de trabajo, hoja de jurado evaluador de tesis, agradecimiento, dedicatoria, resumen, abstract, índice de tablas, índice de gráficos, introducción, revisión de la literatura, metodología, resultados, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas, y finalmente anexos.

II. Revisión de la literatura

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

Fabián (2010) en su investigación de Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades en México, tuvo como objetivo general el de determinar la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones y comorbilidades. Tuvo como muestra a 741 pacientes adultos de uno y otro sexo (≥ 18 años) con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 (por diagnóstico médico o tratamiento farmacológico para la diabetes) que participaron en la Caminata Anual del Paciente Diabético que se organiza en un centro hospitalario de tercer nivel de la Ciudad de México. Y tuvo como resultados la prevalencia de síntomas de ansiedad fue de 8.0%; de síntomas de depresión 24.7% y de ansiedad y depresión combinados de 5.4%. De los 183 pacientes con síntomas depresivos, 89.6% eran mujeres. En nuestro estudio, los síntomas indicativos de depresión fueron reportados más frecuentemente por mujeres que por hombres [33.7% versus 12.2%, $p < 0.0001$, para mujeres y hombres, respectivamente]. Después de ajustar por confesores potenciales, los resultados del análisis de regresión logística mostraron que los síntomas de ansiedad se asociaron significativa y positivamente con el tratamiento con acupuntura de la diabetes [RM =13.8 (IC95% 2.0-93.7), $p = 0.007$] y a tener dolor neuropáticos crónico [RM =4.0 (IC95% 1.9-8.4), $p < 0.0001$], y los síntomas de depresión se asociaron significativa y positivamente con el sexo femenino [RM =4.1 (IC95% 2.1-7.9), $p < 0.0001$]; al tratamiento naturista de la diabetes [RM =4.3 (IC95%

1.9-9.6), $p < 0.0001$]; a enfermedad ocular crónica [RM =2.0 (IC95% 1.3-3.2), $p = 0.002$] y a dolor neuropáticos crónico [RM =2.1 (IC95% 1.4-3.3), $p = 0.001$]. La ansiedad y depresión combinadas se asociaron significativa y positivamente con el tratamiento naturista de la diabetes [RM =8.9 (IC95% 2.3-34.7), $p = 0.002$]; con el antecedente de enfermedad cardiovascular, hipertensión y dislipidemia [RM =5.0 (IC95% 1.8-13.7), $p = 0.002$]; a padecer enfermedad renal crónica [RM =3.3 (IC95% 1.3-8.7), $p = 0.01$] y a dolor neuropáticos crónico [RM =5.2 (IC95% 1.9-14.0), $p = 0.001$] y en conclusión los síntomas de ansiedad y depresión son más frecuentes en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2, con complicaciones y comorbilidades asociadas. Los pacientes con síntomas de ansiedad o depresión utilizan con mayor frecuencia métodos no farmacológicos para tratar la enfermedad.

Moreno y Velásquez (2012) en su investigación titulada ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en comparación con un grupo control. Hospital “Manuel Nuñez Tovar”. Maturín, Estado Monagas. Segundo trimestre de 2012, tuvo como objetivo general el de comparar la prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, atendidos en la consulta de la unidad de endocrinología y diabetes del Hospital “Manuel Nuñez Tovar” de Maturín, en el segundo trimestre del año 2012; tuvo como muestra a 103 pacientes diabéticos y 79 individuos control que decidieron participar voluntariamente de la investigación. Y su resultado fue que los pacientes con DM2, 40,8% presentan depresión en niveles leve moderado y 34,9%, ansiedad patológica, las características sociodemográficas predominantes fueron: 90,4% de los deprimidos y 100% de los ansiosos eran del género femenino, 27,2% de los deprimidos y 16.5% de los ansiosos tienen edades entre 61 - 88 años, 20.4% con depresión eran casados y 12.6% con ansiedad eran solteros,

15,6% y 17,5% cumplían oficios del hogar, 34% y el 28,2% pertenecían al estrato IV respectivamente. De los pacientes con DM2 que presentaron depresión leve-moderada el 17,5% tiene entre 6 – 10 años de diagnóstico y de los que presentaron ansiedad el 13,6% tienen entre 1 – 3 años con el diagnóstico de DM2. Se encontró entre los pacientes con DM2 que el 100% de ellos no ha recibido ni está recibiendo apoyo Psiquiátrico/Psicológico. Y llegaron a la conclusión que se encontraron diferencias notables con el grupo control, y asociación entre DM2 y depresión con el género, la edad y estado civil; así como DM2 y ansiedad con el género, estado civil y la ocupación.

Meza (2015) en su investigación titulada factores asociados a la depresión en el paciente con diabetes mellitus de la unidad de medicina familiar no 61“tiene como objetivo general el de Determinar los factores asociados a depresión en el paciente con diabetes mellitus en la Unidad de Medicina Familiar N. 61. Tiene como muestra pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2, edad entre 50 a 70 años con tratamiento de hipoglucemiantes orales, insulina en sus distintas presentaciones que estuvo conformado por 260 diabéticos, y se obtuvieron los siguientes resultados, El género femenino fue de 57.7% con depresión y sin depresión 53.8% $p < 0.541$. La escolaridad primaria fue con depresión 49% (41), sin depresión 27,6% (43) $P < 0.000$. La neuropatía diabética mostró 20% (29) sin depresión y con depresión 31% (32) con OR de 1.8 (IC 95% 1.02-3.2) $p < 0.039$. El paciente controlado de su diabetes mostró con depresión 58% (60) y descontrolado 43% (44) $p < 0.918$; además el tipo de depresión según la Escala de Zung se observó leve con 34% (87) y moderada 6% (17). Y en conclusión Los factores asociados a depresión en el paciente con diabetes mellitus en la Unidad

de Medicina Familiar No. 61 fueron escolaridad primaria, convivencia con pocos miembros, el presentar neuropatía y tratamiento con glibenclamida/metformina.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Antero y colaboradores (2013), en su investigación titulada la Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital general de Chiclayo, donde se estudiaron a 270 pacientes diabéticos tipo 2, con una edad que iba de 19 a 60 años y que se atendieron en los consultorios externos de Endocrinología. A ellos se les realizó el test de Depresión y Ansiedad de Beck, como también una de ficha de recolección de datos. Lo que se encontró fue que no había asociación entre la glicemia basal y depresión pues presentaban un $RP = 0,94$, $IC95\% 0,83-1,07$, $p > 0,05$, como también con la ansiedad pues tenían un $RP = 0,95$, $IC95\% 0,77-1,16$, $p > 0,05$.

Orosco (2015) realizó una investigación titulada: “Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima”. El presente estudio se enfocó en los niveles de depresión y autoestima en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Las muestras estuvieron conformadas por 40 participantes sujetos institucionalizados y 45 no institucionalizados, los cuales fueron adultos mayores de estrato socioeconómico medio alto, con edades superiores a los 65 años. Se aplicaron el Inventario de Depresión de Beck - segunda versión (BDI-II) y el Inventario de Autoestima de Coopersmith (versión adultos). Por los resultados obtenidos se observó que existe una relación significativa entre la depresión y la autoestima en los grupos estudiados. Por otro lado, se encontró que al comparar los grupos con los niveles de depresión y autoestima estos presentan resultados similares.

Espinoza (2016) realizó un estudio denominado Estilos de vida y depresión en adultos mayores, del centro del adulto mayor de Es salud, de la ciudad de Sullana, tuvo como objetivo determinar la relación existente entre estilos de vida y depresión, en los adultos mayores que acuden al Centro del Adulto Mayor (CAM) de EsSalud de Sullana, para lo cual se utilizó el tipo de investigación descriptivo correlacional. La población estuvo conformada por 120 adultos mayores usuarios del CAM, de ambos sexos y cuyas edades oscilaron entre 65 y 96 años, quienes fueron evaluados mediante el cuestionario de Nola Pender que mide estilos de vida y la escala de depresión geriátrica de Yesavage, los cuales fueron baremados en la presente investigación, con la prueba de alpha de crombrach, con una confiabilidad de 0.79 y 0.76 respectivamente. Luego del procesamiento estadístico, no se encontró relación significativa entre los estilos de vida y la depresión en los adultos mayores que acuden al CAM de EsSalud, sin embargo al ser una correlación negativa, indica que se correlacionan en sentido inverso. Es decir a valores altos de estilos de vida, le suelen corresponder valores bajos de depresión y viceversa.

Gonzales (2016) realizó una investigación titulada La Depresión como factor asociado a la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de los consultorios de endocrinología del Hospital Nacional Hipólito Unanue agosto-octubre 2016. Tuvo como objetivo general Establecer la asociación entre la depresión y la adherencia al tratamiento en los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de los consultorios de endocrinología del HNHU en el periodo agosto-octubre del 2016. Su muestra estuvo conformada por 118 pacientes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 con un periodo de enfermedad mayor de un año, de edad de 20 a 60 años, que no presente otra enfermedad crónica ni enfermedad psiquiátrica, que se atendieron en

los consultorios externos de endocrinología del HNHU, en sus resultados manifiesta que el 38.1% (45/118) de los pacientes, presentó depresión y el 61.9% (73/118) de los pacientes, no presentó depresión. El 19,49% (23/118) presentó depresión leve y el 18,64% (22/118) presentó depresión moderada. El 59.3% (70/118), tuvieron buen control de la hemoglobina glucosilada y el 40.7% (48/118), tuvieron mal control. El 61% (72/118) presentó buen control de la glicemia basal y el 39% (46/118) de los pacientes presentó mal control. Se encontró que los pacientes deprimidos tienen más riesgo de tener un mal control de hemoglobina glucosilada que los pacientes no deprimidos. ($\chi^2=5,918$ $p= 0,015$ $OR=2,676$ $IC=1,197-5,981$). Los pacientes deprimidos tienen más riesgo a tener un mal control de glicemia que los no deprimidos. ($\chi^2=6,464$ $p=0,011$ $OR=2,847$ $IC=1,253- 6,466$). En Conclusiones: Se determinó que hay mayor número de pacientes diabéticos no deprimidos que deprimidos en la población estudiada. Se concluye que los pacientes deprimidos tienen más riesgo de tener un mal control de la hemoglobina glucosilada y de glicemia basal, que aquellos que no presentan depresión. Se concluye que ambos niveles tanto de depresión leve y depresión moderada tienen un bajo porcentaje en la población estudiada.

Laban (2018) en su investigación denominada “Nivel de depresión de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos cristo el buen amigo de la ciudad de Huancabamba, Piura 2018”, tuvo como objetivo general principal determinar el nivel de depresión en los adultos mayores del hogar asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Para su realización se contó con el total de los adultos mayores de dicho asilo, siendo muestra 25, seleccionados bajo el criterio no probabilístico por conveniencia cuya base fueron los criterios de inclusión y

exclusión. Así mismo, la investigación tiene un diseño No experimental de corte transeccional, Descriptivo. Para la recolección de datos se utilizó la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Al procesar los resultados se encontró que en un 48% de los evaluados, existe un nivel de depresión moderada, seguido por el 20% en un nivel severo. Por otra parte, se encontraron niveles de depresión moderada en ambos géneros, pero con una ligera tendencia al nivel severo en el género femenino. Mientras que en las dimensiones edad, estado civil y grado de instrucción, predomina el nivel moderado.

Quinto (2018) en su investigación denominada Nivel de Depresión de la Población Adulta Mayor Hospitalizada el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo tuvo como objetivo Determinar el nivel de depresión de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital nacional Dos de Mayo durante el 2017. Materiales y método: Estudio descriptivo y transversal. El instrumento fue la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el análisis estadístico fue a través del software estadístico SPSS.18.0. Resultados: Se obtuvo una muestra de 43 pacientes, el 28 % de los pacientes encuestados tuvo un nivel de depresión leve y 28% tuvo un nivel de depresión severo. El 19% de los pacientes con edades de 60 a 69 presento depresión leve y el 25% depresión severa. El 33 % de los pacientes con edades de 70 a 79 presentó depresión leve y el 29% depresión severa. El 33.3% de los pacientes mayores de 80 presentó depresión leve y el 33.3% presentó depresión severa. El 33% y el 27% de los pacientes con grado de instrucción primaria presentan depresión leve y severa respectivamente. El 29% y el 33% de los pacientes con grado de instrucción secundaria presentan depresión leve y severa respectivamente. El 16.7% y el 16.7% con grado de

instrucción superior presentan depresión leve y severa respectivamente. El 45.83% de los pacientes con depresión tiene diabetes mellitus II, el 29,17% tiene hipertensión arterial, el 20,83% tiene insuficiencia cardiaca, el 12.5% tiene alguna enfermedad infecciosa, el 12.5% tiene enfermedad renal crónica, el 8.33% tiene alguna neoplasia y el 29,17% tiene diferentes patologías a las mencionadas. Conclusiones: El 28% de la población adulta mayor hospitalizada tiene depresión leve y el 28% tiene depresión severa. El grupo etario con mayor nivel de depresión fue en los que tenía más de 80 años. El grado de instrucción con mayor nivel de depresión fue el Primario y Secundario. Las patologías más frecuentes en los pacientes con depresión fueron la diabetes mellitus II, la hipertensión arterial y la insuficiencia cardiaca.

2.1.3 Antecedentes Locales

Mendoza (2018) en su investigación titulada “Nivel de ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con Cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II – Tumbes, 2018. La presente tesis tuvo como objetivo general determinar el nivel de ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II - Tumbes 2018. La investigación es cuantitativa con un diseño no experimental, transversal-descriptivo. La muestra estuvo constituida por 78 pacientes diagnosticados con cáncer. Se utilizó dos encuestas: Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) y el Inventario de Beck para evaluar depresión. Como resultados se obtuvo que el nivel de ansiedad de los pacientes diagnosticados con cáncer se ubicó en el 89.7% que corresponde al nivel de ansiedad muy baja, el 9.0% corresponde al nivel de ansiedad moderada y el 1.3% corresponde al nivel de ansiedad severa. El nivel de depresión de los pacientes diagnosticados con cáncer se ubicó en el 57.7% que corresponde al nivel no hay depresión, el 30.8%

corresponde al nivel de depresión moderada, el 10.3% corresponde al nivel de depresión leve y el 1.3% corresponde al nivel de depresión severa. Se concluyó que el nivel de ansiedad es muy bajo y el nivel de depresión indica que hay depresión en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II – Tumbes.

Cabanillas y Dios (2019) en su investigación denominada “Depresión y el estado nutricional en estudiantes de 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa “001 José Lishner Tudela” Tumbes, 2019”, tuvo como objetivo general determinar la relación entre la Depresión y el Estado Nutricional de los estudiantes I.E. N° 001 del 4to y 5to año de secundaria del distrito de Tumbes, en el año 2019, para la obtención de los resultados se realizó mediante el uso del test de Zung, el cual ha sido diseñado para valorar qué tan deprimido se encuentra un paciente, y la valoración antropométrica para poder obtener el estado nutricional del paciente. La investigación tiene un enfoque cuantitativo y no experimental, de carácter descriptivo, correlacionar, transversal y prospectivo. En la cual podemos describir las variables de estudio depresión y estado nutricional. Los métodos de evaluación fueron aplicados a 137 estudiantes de secundaria de la institución; para el análisis de los resultados se trabajó con el método estadístico chi-cuadrado para determinar la relación de las variables de estudio. La investigación tuvo como resultado en su muestra la relación de asociación de las variables; los resultados de la aplicación de la prueba estadística Chi cuadrado es de 0.015 su nivel de significatividad asintótica, valor que se encuentra por debajo de 0.05, nivel de margen error o nivel de significancia de la investigación; por lo tanto, se acepta la hipótesis de investigación, que nos indica que si existe relación de

asociación entre las variables depresión y estado nutricional en los estudiantes del 4to y 5to grado del nivel secundario de la IE N° 001, y se rechaza la hipótesis nula.

2.2 Bases teóricas de la investigación

2.2.1 Depresión

2.2.1.1 Definición

Según Porras (citado por Orosco, 2017. Pág. 27) menciona que depresión significa desplome; es decir el sujeto tiende a sentirse derrotado, tiene una desvalorización de sí mismo y todo esto le causa problemas tanto en el aspecto cognitivo, emocional, psicológico y es allí donde el sujeto no tendrá motivación ni ganas de superación y estará expuesto a tener un fracaso escolar y lo estancará académicamente.

De esta manera Porras (citado por Ramírez, 2017. Pág. 28) ostenta que la depresión es cuando el individuo suele sentirse bajoneado que pueden ir desde el retraimiento psicomotor, generándole problemas en su aprendizaje ya que no tendrá ganas de nada y por ello tendrá una insatisfacción de todas las actividades que realice.

Con relación al comportamiento de las veintisiete manifestaciones pueden partir del aislamiento psicomotor incluso la exaltación que sobreviene del mecanismo ansioso. Asimismo, el deprimido se lamenta de no lograr crear nada, y esto es el producto del retraimiento, asimismo como también de no lograr complacerse en nada.

Es forzoso insistir en las ocasiones, existe una unión en las varias actividades se mantienen de las excelentes experiencias y al sentir se mezcla el estado afectivo incrementado el placer y su estado anímico es depresivo provocando insatisfacción que se aumenta y más así tenemos la impresión de que no hay salida y de abandono.

De Medicina Unidad Revista Editorial, S.L.U (2015). Se manifiesta que melancolía o tristeza forman parte de los sentimientos que están en aquellos instantes de nuestras vidas en todos los individuos, así como el placer y felicidad.

Los primeros mencionados no son patológicos, pero si pueden llegar a convertirse en patológicos en algunas personas cuando su estado de ánimo se encuentra en sufrimiento y sufre sentimientos extensos y graves de tristeza u otro síntoma que llega a perturbar la cualidad de poderse relacionar de manera social como lo puede ser en el lugar donde labora, donde pueda enfrentar el día, y es allí donde se empieza a transformar en una enfermedad conocida por depresión. (p.1).

OMS (2016, p.1), refiere y define que depresión es como el conflicto llega a afectar a más de trescientos cincuenta millones en todo el mundo.

Sus principales características giran alrededor de un proceso en el estado de ánimo, el lirismo y en el funcionamiento en general. A si mismo se presenta interiormente de las señales cognitivas los pareceres dañinos de su propia persona, donde orbe y el futuro.

Es cuanto a los asomos del comportamiento en donde se haya depreciación para obras sociales con actuaciones que eran perseverantes, igualmente se manifiesta de la tardanza cuando transcurre y cuando charlar, se manifiesta poco ánimo o desgano.

Pérez & García (citado por Ramírez E. 2017, pág. 28), refiere que depresión se usa no solo en el ámbito clínico, como popular.

Estos dos contextos, señala la cierta vivencia de la fuerza que se podría detallar como pesadumbre y encogimiento, aunque, en todo caso, tiene un procedimiento demasiado maleable como para concertar a una aclaración breve

Bautista A y Rodríguez R (2001) La depresión se ha definido como un estado de tristeza y del ánimo, el cual se acompaña de una disminución de la actividad intelectual, física, social y ocupacional.

De acuerdo con el DSM-IV, la depresión tiene como característica al poco interés y del satisfacer en casi todas las actividades que venía realizando el individuo, y que toma en cuenta que estas manifestaciones estén presentes por al menos dos semanas para que se pueda establecer el diagnóstico.

La afección ocurre entonces en la esfera psíquica, somática y conductual, y se refleja en lo social, donde se pierde el interés de interactuar con el grupo social al que pertenece la persona y donde se pueden presentar datos principalmente de abatimiento del humor, la aflicción, el pesimismo y la pérdida de interés.

La depresión llega a ser las indisposiciones mentales que impide, por la vitola la pena, desvaloración del rendimiento o satisfacción, de almas con falta o baja de autoestima, estropicios de ensueño o anhelo, impresión de abatimiento y la inexactitud de aglomeración.

Según la OMS la depresión la padecen 350 millonadas de sujetos de la población esta puede transformarse en una enfermedad grave cuando el problema o situación se prolonga a un larga duración supongamos que a una persona se siente abatida tras la pérdida de un familiar querido y esta intensidad es moderada pero si dicha intensidad se prolonga más de las 6 meses esta pasaría de ser moderada a grave esta enfermedad puede crear un sufrimiento aun mayor que el de antes y esto repercutiría en sus actividades diarias y familiar. En la pésima situación se puede llegar a la muerte. Se manifiesta que dentro del país cada cien personas, veinte de ellas padecen depresión.

Y que el 60% de los individuos no reciben las ayudas necesarias y el rango de edad que afecta es entre los 25 a 35 años de edad.

Según Brage y Meredith (citado por Espinoza 2016 pag.42) las expresiones depresivas se muestran en cualquier etapa de su existencia y encontrarse vinculadas a significativos sucesos del día a día como por ejemplo los problemas de familia, laborales, personales, esta depresión no perjudica a todas las personas, sino que cambia según su edad, genero, ayuda social, etc.

Según Beck citado en Torrejón (2015) con el pasar del tiempo muchos autores han tratado de fijar esta emoción mediante la cual nos sentimos muy tristes, nostálgicos, vacíos, melancólicos, sin ganas de existir.

La manifestación de este sentimiento será distinta en cada ser humano que lo experimente, pero la aflicción, el gimoteo frágil, el decaimiento, la angustia serán comúnmente vivenciados. Beck lo expresaba como el estado anómalo del ser que se hace presente, mediante signos y síntomas, como un estado de ánimo parcial bajo, actitudes pesimistas, una pérdida de espontaneidad.

Según Cabanillas y Dios (2019) la depresión es un síntoma o conjunto de signos que perjudican principalmente el área afectiva: la pena patológica, la debilidad, la irritabilidad o un desorden del humor que puede mermar el rendimiento en lo laboral o acotar la tarea vital habitual, independientemente de que su origen sea conocida o desconocida.

La depresión también puede manifestarse mediante el padecimiento cognitivo, volitivo o corporal.

El ser humano afectado por la depresión puede no tener episodios de tristeza, sino pérdida de disposición e incapacidad para gozar las tareas lúdicas habituales, así como una vivencia baja en motivación y más lenta del transcurso del tiempo.

La depresión puede causar resultados no positivos en la sociedad y en lo personal, desde la incapacidad laboral hasta la muerte.

Ramírez (2017) manifiesta que “las depresiones son un grupo de enfermedades psiquiátricas hereditarias o adquirida, con una sintomatología definida a la que se afilian cambios negativos de tipo orgánico, psicológico, conductual, cognitivo y afectivo”

De acuerdo a Katz (2013), el abatimiento es un conjunto de expresiones hospitalarias que se usan para destinar a una a un proceso de variaciones cognitivas comportamentales (circunstancial o diaria, leves o moderadas o críticas). Mediante estas estas manifestaciones el ser humano ya no posee cabida al fortalecimiento social o más bien estos dejan de ser coherentes a sus contestaciones o pierden afecto.

Según el Ministerio de salud de Chile (2013), es descrita operacionalmente como una variación enfermiza del estado de ánimo, personificada por un descendimiento del humor que culmina en tristeza, seguida de muchos indicios que se mantienen por lo menos dos semanas. Con recurrencia tiende a expresarse en cualquier etapa del ciclo de vida y con muchos incidentes adquiriendo un curso repetido, con inclinación a la recuperación entre episodios.

La depresión como un resultado de prácticas subsistidas en la infancia que ayudan de base al ser humano para obtener una imagen negativa de sí misma, de su futuro y del resto. Esta actitud negativa puede ser reavivada ante circunstancias similares a las vividas y que son experimentadas de forma negativa. El sustrato de la

depresión, está por lo general, en el tipo de cogniciones que las personas realizan ante las circunstancias del medio.

Para Beck citado en Castillo (2015) el ser humano depresivo posee una representación negativa de sí misma, de su venidero y del mundo (triada cognitiva) su pensamiento sobre la realidad es negativo y recurrente y se distingue por el empleo de sesgos cognitivos.

Entre estos sesgos esta la inferencia arbitraria o proceso mediante el cual el ser humano acelera una terminación negativa en ausencia de evidencia o ante evidencia contraria, con el raciocinio dicotómico o tendencia a juzgar toda experiencia en categoría opuesta, la abstracción selectiva o tendencia a percibir una situación como negativa encima del apoyo de un elemento de la misma al tiempo que se ignora el resto de elementos que la caracteriza, los errores en la evaluación en la magnitud de un acontecimiento y la personalización y generalización o generalizadas sobre sucesos o acontecimientos externos.

2.2.1.2 Teorías de la Depresión

Según Coaquira y Ticona (2018) considera que respecto a la depresión existen diversas explicaciones teóricas por lo que trataremos de abordar los aportes teóricos más importantes:

2.2.1.2.1 Psicodinámicas

Karl Abraham sostiene con respecto a la depresión que se desarrolla cuando la persona ha experimentado repetidas frustraciones relacionadas con sus objetos libidinales lo que produce de forma permanente asociación entre sus deseos libidinales y deseos destructivos hostiles. De forma específica sostiene hacer referencia a las frustraciones en la fase oral. Esto ocasiona que si se repiten frustraciones en la etapa

adulta la persona puede empezar a experimentar deseos destructivos hostiles que en última instancia se comienzan a manifestar hacia sí mismo (Abraham, 1960). Luego Freud en su trabajo Duelo y melancolía hace una diferenciación de las reacciones depresivas normales (melancolía) de las reacciones por la pérdida de un ser querido (duelo) en la cual sostiene que la diferencia radica que además de la presencia de los síntomas como la tristeza, falta de interés e inhibición de la actividad en la melancolía existe una disminución de la autoestima (Freud, 1972).

Las teorías que se realizaron posteriormente en correspondencia a la oralidad explican que la depresión en la que se desarrolla en la fase oral se trata de satisfacer las necesidades de forma pasiva, cuando estas son insatisfechas pueden ocasionar una dependencia emocional, esto ocasiona que la persona sea dependiente en sus 42 relaciones y la frustración de estas necesidades pueden ocasionar un autoestima excesivamente dependiente a otras personas por lo que si no se cubren estas necesidades la persona empezara a presentar los síntomas y de forma específica un desequilibrio en el autoestima.

2.2.1.2.2 Conductuales

Teoría de la depresión de Charles Fesster: De acuerdo a Fesster (1965) la característica principal de la depresión es la reducción de frecuencias de conductas reforzadas positivamente que facilitan el control del ambiente y por tanto existe un aumento significativo en conductas de evitación de estímulos que son aversivos para la persona. De acuerdo a Fesster existen cuatro procesos que cumplen con esta característica y pueden explicar la patología depresiva (Fesster, 1973). Cambios inesperados, súbitos y rápidos en el medio que supongan pérdidas de fuentes de refuerzos o de estímulos discriminativos importantes para el individuo.

2.2.1.2.3 Teorías Cognitivas

Teoría de la hipótesis de activación diferencial de Teasdale: La Teoría de Teasdale es una teoría que parte de la investigación en las teorías cognitivas de Beck y de las redes asociativas de Bower, y es un modelo que explica la vulnerabilidad y estrés en la que asume que existen acontecimientos o hechos que la persona experimenta que pueden producir los síntomas clínicos de la depresión. La activación de nodos o estructuras cognitivas por un evento o acontecimiento estresante propaga la ocurrencia de síntomas depresivos clínicos y si esta actividad activa cognitiva de forma continua a los síntomas depresivos entonces el estado de depresión se mantendrá o intensificará en el tiempo. De acuerdo a ello entonces para Teasdale no es de mucha utilidad saber cuál es el origen de la depresión sino que el establecimiento de la relación entre las estructuras cognitivas y los síntomas que al hacerse repetitivo y cíclico puede desencadenar el mantenimiento de la depresión. Por ello para Teasdale es importante entender las interacciones que existen entre los factores ambientales, biológicos y psicológicos; teniendo con mayor relevancia de acuerdo a Teasdale los factores psicológicos.

Cuando hacemos referencia a los factores psicológicos lo indicamos como las evaluaciones cognitivas negativas de sí mismo e interpretaciones con respecto al ambiente como aversivos e incontrolables. Estas interpretaciones se encuentran determinadas en función de dos factores: disponibilidad, es decir que la persona tenga estructuras cognitivas desarrolladas por aprendizajes que ha experimentado y el otro factor es accesibilidad que hace referencia a la facilidad para exponerse a acontecimientos que activen las cogniciones.

2.2.1.2.4 Teoría de autocontrol de Rehm

La teoría de autocontrol de Rehm o modelo considerado diátesis-estrés que explica que cuando existe una falencia en las conductas de autocontrol este se configura en un factor de vulnerabilidad para la persona que interactúa con ausencia o pérdida de reforzadores externos que se constituyen en factores de estrés, esta interacción desencadena un posible episodio depresivo (Rehm, citado por Coaquira y Ticona, 2017).

2.2.1.2.5 Teoría del auto focalización de Lewinsohn

De acuerdo a la teoría de Lewinsohn los factores que median la depresión corresponden a factores ambientales pero en sus últimas investigaciones implican que han encontrado que los factores cognitivos median los efectos de los factores del ambiente. En esta identifica un factor cognitivo que hace referencia a la autoconciencia que hace referencia a la capacidad de la persona para focalizar su atención respecto así mismo antes que a los factores ambientales, en donde aumenta la atención sobre sí mismo para no observar los intentos infructuosos que realizan en relación a su entorno.

Lewinsohn estructura una cadena que permite observar cómo se logra que una persona presente síntomas depresivos. Primero en todo proceso existe la aparición de un suceso antecedente que aumenta la frecuencia de síntomas relacionadas a conductas depresivas a los cuales se les conoce como estresores que puede ser la muerte de un familiar, la separación de un ser querido u cualquier otro evento que sea significativo para la persona. A partir de ello se asume que estos eventos interfieren en la realización de patrones de conductas que están adaptados al entorno y no permiten que la persona busque patrones adaptativos alternativos. La presencia del evento estresante y la interrupción de conducta genera que la persona tenga una reacción emocional negativa

que van a variar en intensidad de acuerdo a la importancia que tenga ese evento estresor para la persona. Luego la reacción emocional negativa y la interrupción de conductas generan una interacción inadecuada con el ambiente que le rodea. Estas interacciones de fracasos que va tener con su entorno van a generar una reducción de refuerzos positivos por el aumento de situaciones aversivos. Esto en última instancia de acuerdo a Lewinsohn es lo que genera la focalización en sí mismo para evitar los eventos aversivos y que hacen que la intensidad de los síntomas depresivos aumente (Lewinsohn, citado por Coaquira y Ticona, 2017).

2.2.1.2.6 La teoría de estilos de respuestas

Es una teoría elaborada por Nolen (1991) que no busca explicar el origen de la depresión sino es una teoría que intenta identificar el curso de la depresión en la cual asume que la forma en como las personas responden a los síntomas depresivos va desencadenar el mantenimiento o intensificación de los síntomas. A estas formas de responder lo denomina respuestas rumiativas. (Nolen-Hoeksema, citado por Coaquira y Ticona, 2017).

Las respuestas rumiativas se definen como “conductas y pensamientos que focalizan la atención de una persona en sus síntomas depresivos y en las implicaciones de estos síntomas” estas formas de responder se diferencian las conductas y pensamientos de afrontamiento para solucionar 46 problemas en que estas se focalizan solo en conductas o pensamientos que los lleven a sentirse tristes, desmotivados o fatigados o las personas piensan constantemente en las causas de sus síntomas sin realizar un plan de acción para solucionarlo.

2.2.1.2.7 Teoría de la depresión de Beck

La teoría cognitiva de Beck (citado por Coaquira y Tincona, 2017) atribuye como principal desencadenante de la depresión la existencia de un sesgo o distorsión sistemática en el procesamiento de la información lo que conlleva a que la persona valore de forma excesiva sucesos o hechos negativos. Este procesamiento distorsionado ocasiona que la persona experimente los demás síntomas afectivos, conductuales, motivacionales y fisiológicos que aparecen de forma frecuente en la depresión.

Beck define, además los esquemas como estructuras funcionales de representaciones relativamente duraderas del conocimiento y la experiencia anterior». Es decir son estructuras de pensamiento que se han formado a lo largo del tiempo y son permanentes en la persona. De acuerdo a ello en los depresivos existen esquemas depresógenos que son disfuncionales y difieren de esquemas normales en que estos contienen creencias tacitas y actitudes estables acerca de sí mismo y del mundo que son poco realistas e inflexibles.

Beck además indica que la activación de estos esquemas depresógenos son activados por factores o agentes de estrés que sean significativos para la persona y a su vez son determinados por la estructura de la personalidad, cuando se realiza esta activación entonces se desarrollan errores sistemáticos en el procesamiento de la información que son los siguientes.

- Inferencia arbitraria.
- Abstracción selectiva.
- Generalización excesiva.
- Magnificación y minimización.

- Personalización.
- Pensamiento absolutista y dicotómico.

Por ultimo de acuerdo a la organización de estos errores cognitivos se configura lo que se denomina la triada cognitiva de la depresión que asume como factor causal del mantenimiento de la depresión:

- Pensamiento negativa de sí mismo
- Pensamiento negativa del mundo
- Pensamiento negativa del futuro.

2.2.1.3 Clasificación de la depresión

La depresión se puede clasificar de acuerdo a sus signos y síntomas como depresión leve, depresión moderada, depresión severa.

En el momento en que hablamos sobre la disposición sombría, los más mostrados y utilizados son: la Asociación Estadounidense de Psiquiatría, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) y la Clasificación Internacional de los Trastornos Mentales y del Comportamiento (ICD-10) de quien. Los desórdenes pesados se pueden caracterizar por su poder como suaves, moderados o graves. Para la técnica de caracterización indicativa indicada por ICD-10 y DSM IV-TR, es debido a la seriedad de las escenas que se da por el número, tipo y poder de las manifestaciones, así como la debilitación práctica. Como lo indica el DSM-IV-TR, caracterizado como un problema lleno de sentimientos en el que habla de tristeza suave, moderada y grave. La escena suave y pesada se describe por los efectos secundarios, por ejemplo, la pena, pierde el entusiasmo por las cosas y pierde la capacidad de apreciar, el cansancio ampliado, en la escena moderada y pesada, hay

problemas para crear ejercicios sociales, de trabajo y en la escena extrema y pesada. Angustia o perturbación, pérdida de confianza, sentimientos de culpa normalmente están presentes (APA, 2000). 21 De acuerdo con la CIE-10, las escenas pesadas, independientemente de si son suaves, moderadas o extremas, se representan en general como debilitadas, incapaces de divertirse, generalmente se agotan sin haber hecho ningún movimiento, el descanso es molesto, la alimentación es única, no es que se concentren de manera efectiva, no hay seguridad en sí mismos, en este sentido terminan teniendo poca confianza, en su mayor parte tienen relajación psicomotora, disminución de moxie, etc., esto es un componente de la seriedad de los efectos secundarios y la cantidad de ellos, esto los lleva a indicar como una escena suave, moderada o grave (OMS, 2000):

2.2.1.3.1 Depresión leve.

Es la sensación de sentirse triste, decaído emocionalmente, y la pérdida de interés en las cosas que antes uno disfrutaba. La depresión no es culpa de la persona que la padece, como tampoco es una debilidad de la personalidad. La depresión leve es una enfermedad común que en ocasiones el propio paciente ignora o niega. El peligro que entrañan las depresiones leves es que sus víctimas no se definen a sí mismas como depresivas. Las personas con depresión leve suelen pensar que todo el mundo se siente como ellas, que es normal su tristeza. La depresión leve es una enfermedad que comienza con leves indicaciones que de no ser correctamente tratadas derivan en un estado de padecimiento crónico y recurrente. Gonzales (citado por Alejos, 2015).

Asimismo psikolibro (citado por López, 2016) Los síntomas más típicos de la depresión suelen considerarse como ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la

capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, el episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral social, aunque es probable que no las deje por completo.

2.2.1.3.2 La depresión moderada.

Puede causar dificultades con trabajo o con tareas diarias. Más de los síntomas son presentes que se encuentran en la forma suave de la depresión y son generalmente más obvios. En un episodio moderado de la depresión, las características centrales son humor bajo, la carencia del disfrute, el pensamiento de la negativa y la energía reducida, que conducen al funcionamiento social y ocupacional disminuido. Gonzales (citado por Alejos, 2015).

López (2016) considera que la persona que tenga un episodio depresivo moderado debe presentar dos a tres síntomas del episodio depresivo leve, además la persona suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica.

2.2.1.3.3 La depresión severa.

Es en estado en el cual las personas siempre se encuentran de mal humor, realizan movimientos lentos, presentan sensación de cansancio, en muchos casos las personas que presentan depresión severa se encierran en un cuarto y rompen en llanto, ya que siempre se sienten con falta de afecto y con intenciones de acabar con su vida. Gonzales (citado por Alejos, 2015).

Los métodos mundiales de diagnosis más empleados son: el de la asociación psiquiátrica americana (DSM IV) y la décima revisión de la clasificación mundial de

los trastornos mentales y del comportamiento (CIE 10) de la organización mundial de la salud.

Ahora se enumerarán los métodos para la depresión, según los métodos de separación diagnóstica CIE 10 y DSM IV:

F32.0 Suceso de depresión leve CIE-10

A. Se consuman los principios generales del suceso depresivo

B. Aparición de por lo menos 2 de las 3 manifestaciones siguientes

(1) Genio depresivo hasta un nivel notoriamente no normal para el ser humano, concurrente la gran mayor parte del día y aproximadamente cada día, difícilmente influido por las causas externas y permanente en al menos dos septenarios.

(2) Extravió de afecto o de la cabida de gozar de tareas que generalmente eran re confortables.

(3) Descenso del vigor o incremento de la fatiga. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad

C. Asimismo deben de estar presente uno o más manifestaciones de la posterior línea para que la suma total del cuatro:

(1) Extravió de la seguridad o reducción de la valía personal

(2) Sensación de no raciocinio de auto reproche o de error extremo e inapropiado.

(3) Lamento o demostraciones de la reducción en la cabida de raciocinio o concentración, como por ejemplo la indecisión o incertidumbre.

(4) Permuta en la tarea psicomotriz, con alteración o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).

(5) Cualquier modificación de la somnolencia.

(6) Permuta en el aumento o disminución del apetito con su adecuada permuta en el peso.

F32.1 Suceso de depresión moderado CIE-10

A. Deben ejecutarse las normas generales del suceso depresivo.

B. Asistencia de los menos 2 de las 3 manifestaciones en el criterio B de F32.0

(1) Genio depresivo hasta un nivel notoriamente no normal para el ser humano, concurrente la gran mayor parte del día y aproximadamente cada día, difícilmente influido por las causas externas y permanente en al menos dos septenarios.

(2) Extravió de afecto o de la cabida de gozar de tareas que generalmente eran re confortables.

(3) Descenso del vigor o incremento de la fatiga. Disminución de la energía o aumento de la fatigabilidad

C. Asistencia de manifestación extras del criterio C de F32.0 para la sumatoria total de por lo menos 6 manifestaciones:

(1) Extravió de la seguridad o reducción de la valía personal

(2) Sensación de no raciocinio de auto reproche o de error extremo e inapropiado.

(3) Lamento o demostraciones de la reducción en la cabida de raciocinio o concentración, como por ejemplo la indecisión o incertidumbre.

(4) Permuta en la tarea psicomotriz, con alteración o enlentecimiento (tanto subjetiva como objetiva).

(5) Cualquier modificación de la somnolencia.

(6) Permuta en el aumento o disminución del apetito con su adecuada permuta en el peso.

En relación el asesor principal en salud mental de la organización mundial de la Salud Jorge Rodríguez manifestó que latino América y el caribe perjudica el 5% de los individuos adultos.

“Se trata de un trastorno que puede afectar a cualquier persona en algún momento de su vida, por lo que debe ser atendida y apoyada psicológica y socialmente”

Doctores en psiquiatría como Rubén Alvarado, Macarena Moral manifiestan que los ancianos en su episodio de depresión pueden transformar en dirección al desperfecto cognitivo inclusive hasta la demencia senil a pocos años de empezar la enfermedad depresiva.

Así mismo que el desencadenante de una crisis depresiva contribuye a una circunstancia de peligro para que se desarrolle el alzheimer.

En la ancianidad asiste una sucesión de circunstancias de variadas naturalezas que pueden ayudar a al surgimiento de esta patología entre los que se hallan:

- Extravió de la salubridad que surge en el ciclo vital. Muchas veces este extravió de salubridad limita el desperfecto utilitario con inclinación a la subordinación somática y extravió de libertad.
- Aparición de afecciones endémicas, extravió de familiares, amistades y seres muy queridos en oportunidades seguidas de oposición de duelo patológicos.
- Mengua de la amplitud salarial.
- Extravió de papeles en regazo familiar con la salida de los vástagos y un rol mínimo del senil dentro de la familia.

- Permutas con la aparición del retiro que supedita una permuta tosa en las tareas y relaciones con la sociedad.
- Agentes biológicos presentes.

Muy a pesar de esto la etapa senil no es semejante a la depresión. No se debe desorientar el envejecimiento adecuado con una patología por más que en muchas circunstancias estén ahí una mayor introversión, reiteración y asistencia del ayer en determinados seniles. Esto quiere decir que no todos los adultos mayores se encuentran con depresión cuando surge en un senil son adecuados para su edad.

El abatimiento compone uno de los signos más recurrentes e inhabilitante de los individuos adultos mayores, siendo su recurrencia cambiante según el área cierto es que en ellos constituye un considerable dilema de la salud.

Según Gonzales (2013) la depresión se puede dividir de acuerdo a sus signos y síntomas como depresión leve, depresión moderada, depresión severa.

Depresión leve. Es la impresión de notarse melancólico, desanimado emocionalmente decaído emocionalmente, y el extravío de interés en las tareas que anteriormente uno disfrutaba.

La depresión no es una falta del ser humano que lo sufre como tampoco es una fragilidad de la personalidad.

La depresión leve es una afección común que en ocasiones el propio paciente ignora o niega. El riesgo que implican las depresiones leves es que las personas que la padecen no se determinan como seres humanos depresivos.

Los seres humanos con depresión leve suelen pensar que todo el mundo se siente como ellas, que es normal su tristeza. La depresión leve es una afección que

empieza con leves indicaciones que de no ser correctamente tratadas derivan en un estado de padecimiento crónico y recurrente.

La depresión moderada. Puede causar dificultades con trabajo o con tareas diarias. Más de los signos son presentes que se encuentran en la manera suave de la depresión y son generalmente más obvios.

Es un suceso mesurado de la depresión, las propiedades centrales son gracia baja, la carencia del disfrute, el pensamiento de la negativa y la energía reducida, que conducen al funcionamiento social y ocupacional disminuido.

La depresión severa. Es en estado en el cual las personas siempre se encuentran de mal humor, realizan movimientos lentos, presentan sensación de cansancio, en cuantiosas oportunidades los seres humanos que presentan depresión severa se encierran en un cuarto y rompen en llanto, ya que siempre se sienten con carencia de cariño y con intenciones de acabar con su vida.

2.2.1.4 Dimensiones de la depresión

La depresión produce un hundimiento del plano vital en tres dimensiones: humor depresivo, anergia o vaciamiento de impulsos (falta de impulsos), y por último la incomunicación. Fernández (citado por Alejos, 2015).

2.2.1.4.1 Estado de ánimo depresivo.

Sobresale inicialmente el pesimismo o amargura, la desesperanza, la tristeza, el hastío de la vida o la falta de placer, las preocupaciones morales o económicas, la hipocondría, las cefaleas, la opresión precordial y distintas sensaciones de malestar corporal. Fernández (citado por Alejos, 2015).

2.2.1.4.2 La anergia o vaciamiento de impulsos.

Suele aparecer con mucha frecuencia desde el principio el aburrimiento o la apatía (falta de ganas), las cavilaciones obsesivas la indecisión la disminución de la actividad habitual en los trabajos o diversiones, la abstinencia o inactividad (fatiga corporal), y el apagamiento de la libido sexual. Fernández (citado por Alejos, 2015).

2.2.1.4.3 La discomunicación.

Los rasgos más frecuentes inicialmente son la aflicción por cualquier cosa, el retraimiento social, las sensaciones de soledad o aislamiento la irritabilidad, el abandono de las lecturas, radio o televisión y el descuido en el arreglo personal y en el vestuario. Fernández (citado por Alejos, 2015).

2.2.1.5 Etiología de la depresión

Las razones de esta circunstancia deben buscarse en la descomposición del cerebro del anciano, al igual que en la presión experimentada por este grupo de población tanto monetaria, social y mentalmente. Los indicios de una enfermedad onerosa se muestran en tres territorios: llenos de sentimientos, sustanciales y psicológicos, siendo los principales efectos secundarios una condición de profunda pena y pérdida de intriga y alegría. Rodríguez (citado por Quinto, 2018).

2.2.1.5.1 Factores neurobiológicos

Deben considerarse los cambios mentales de la edad madura: menor población neuronal en distritos fugaces prefrontales y promedio, disminución de la amalgamación de sinapsis y sus receptores. Se ha observado que la enfermedad cerebrovascular (microangiopatía isquémica) se suma a la patogénesis, en general, desalienta. Hyver (citado por Quinto, 2018).

2.2.1.5.2 Factores biológicos (No neurobiológicos)

La comunicación del problema de la disposición y otras patologías juntas existentes (agonía incesante, neoplasias, enfermedades neurodegenerativas, trastorno metabólico, infecciones cardiovasculares, entre otras) es alucinante y bidireccional. Del mismo modo que las enfermedades incesantes molestan la anticipación de la tristeza, se suma a una conjetura más terrible de las dolencias físicas. La cercanía de las poli patologías, la incapacidad y la polifarmacia también están conectadas con la cercanía del desánimo, tal como su pobre suposición. D'Hyver (citado por Quinto, 2018).

2.2.1.6 Formas clínicas

2.2.1.6.1 Depresión de inicio tardío:

Es imperativo separar la Depresión, cuyo comienzo ha sucedido en la vejez de las escenas pesadas que comenzaron en la edad adulta y cuyas repeticiones también aparecen en ocasiones posteriores. Este tipo de tristeza se conoce como dolor vascular y es más continuo de lo que se sospechaba recientemente. La enfermedad cerebrovascular puede generar impotencia en individuos más establecidos para la mejora de la tristeza a través de una variedad de sistemas neurobiológicos. El desánimo puede crearse después de un derrame cerebral intenso o relacionado con cambios isquémicos incesantes en el cerebro, el último de los cuales se percibe últimamente. Los pacientes con llagas en la mitad izquierda del globo, particularmente en la corteza pre frontal izquierda, en general tendrán recurrencia expandida y gravedad del desánimo. El momento de mayor peligro es el inicial, mucho tiempo desde el comienzo del accidente cerebrovascular, con un predominio superior en los primeros 3-6 meses. Alberdi, Fernández, Iglesias (citado por Quinto, 2018).

2.2.1.6.2 Depresión sin criterios de Depresión Mayor:

La cantidad de personas con efectos secundarios gravosos que no cumplen con los criterios de depresión mayor supera claramente a las personas que sí lo hacen. Son pacientes con manifestaciones llenas de sentimientos de menos fuerza o duración que la requerida para la determinación de la depresión mayor, sin embargo, que influyen fundamentalmente en su propia exposición social. Esta circunstancia clínica no localiza una conveniencia razonable en los arreglos de flujo y reflujo y podría ubicarse dentro de los que la acompañan: reducción fraccional o pródromos de tristeza significativa, problema debido a enfermedad sustancial, miserable leve, problema repetitivo breve y pesado, distimia o edad ICD diagnóstica como un personaje oneroso o melancólico masoquista. Cada uno de estos análisis contrasta ineficazmente entre sí, pero en general tendrán la opción de separarse moderadamente bien de la miseria significativa, cuya idea es la más clara, particularmente en el caso de que se unan las manifestaciones melancólicas. Los tipos menores de miseria causan una gran aflicción y afectan la satisfacción personal del paciente mayor, lo que podría ser una tristeza significativa, por lo que presentan un peligro crítico para crear una melancolía significativa y una idea autodestructiva. Alberdi, Fernández, Iglesias (citado por Quinto, 2018).

2.2.1.6.3 Depresión secundaria:

El procedimiento de maduración y la mayor penetración de las enfermedades naturales en este momento, ofrecen el ascenso a una indefensión más notable para crear Síndromes depresivos que de vez en cuando tienen un curso incesante y

perjudicial. Una parte de las razones clínicas y farmacológicas para la depresión geriátrica. Alberdi, Fernández, Iglesias (citado por Quinto, 2018).

2.2.1.7 Indicadores de la depresión

Según Beck, Steer y Brow (citado por López, 2016) la tristeza, el pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimiento de culpa, castigo, desconformidad con uno mismo, críticas hacia uno mismo, ideas suicidas o pensamientos, pérdida de capacidad del disfrute, cambios en el sueño y apetito, falta de concentración, abatimiento, pérdida del deseo por el sexo son indicadores de la depresión.

- Síntomas afectivos. Comprenden la disforia, sentimiento de abatimiento, pesadumbre, llanto, infelicidad, e incluso irritabilidad y tristeza.
- Síntomas motivacionales. Dentro de ella está la apatía, la indiferencia, la anhedonia, disminución de la capacidad del disfrute, ganas de abandonar el estudio y falta de toma de decisiones, levantarse, darse un aseo, cambiarse, vestirse son tareas casi imposibles.
- Síntomas Cognitivos. Estos síntomas Comprenden auto depreciación, sentimiento de culpa, pérdida de la autoestima.
- Síntomas conductuales. Las personas con este síntoma no pueden o no desean relacionarse con los demás, enlentecimiento para el trabajo.
- Síntomas Físicos. Encontramos lo más común de una depresión la pérdida de apetito sueño y deseo sexual.

2.2.1.8 Diabetes y Depresión

Lloyd C. (citado por Escobar J & Escobar M, 2016, pág. 28) Hay que tener presente que el padecer diabetes es un mal metabólico crónico que se degenera también se han encontrado personas que padecen esta enfermedad no solo muestran este

trastorno donde se adaptan y manifiesta su estado emocional en la que se ubicó la depresión y esta enfermedad o mal no solo afecta los desarrollos físicos, sociales y la manera de vivir del sujeto.

Lustman, Colunga y colaboradores mencionan la afirmación que a los sujetos que sobrellevan este mal de la Diabetes Mellitus puede generar síndromes psiquiátricos.

Heredia J, Bismarck P (citado por Escobar J & Escobar M, 2016, pág. 28) Se ha llegado a comprender que la depresión es la agitación del estado anímico que caracteriza la secuencia de la manifestación física y psicológica las cuales afectan la vida del sujeto cuya manera de persistir o puede ser cambiante y está unido a distintas gestoras etiopatogénicas

Colín (citado por Escobar J & Escobar M, 2016, pág. 28) la OMS manifestó 31,7% del tiempo que han vivido los atribuye a los males neuropsiquiátricos en donde entra la depresión unipolar la cual obtiene 11,8%.

De predicciones de la (OMS) en el 2005 mostraron que el tipo de males han llegado a 1,2 millones fallecimientos anuales; y 400,000 muertes fueron atribuidas a los trastornos de la mente.

Castillo J, Barrera D, Pérez J, Álvarez F (2010) aquellas personas que padecen diabetes mellitus tipo2 y de depresión son más indefensos y pueden generar complicaciones metabólicas como micro o macro vasculares incrementando así el índice de diabetes.

La gente que padece de diabetes mellitus y depresión tienen más peligro de que desarrolle problemas y se lleguen complicar de manera metabólica como puede ser microvasculares y macrovasculares lo cual incrementa la tasa de muertes.

Debido a los conjuntos de efectos que están dentro de estos males, se ha investigado que afectan de manera negativa la salud de las personas.

2.2.1.9 Depresión y mal control glucémico

Castro G. Espinoza J, (citado por Escobar J & Escobar M, 2016, pág. 32) Teniendo como símbolo una finalidad descomposición creado en Estados Unidos, la depresión posee relación directa, con el examen glucémico, también a fin de que en las personas que padecen de diabetes del sujeto tipo1 y tipo2 creando una observación en su totalidad de veinticuatro bufes. Donde esta disminución está ligada de manera significativa con hiperglucemia ($p < 0,0001$).

Se ha visto que para mejores transformaciones de diabetes con estados depresivos lo que muestra arrojados de la hemoglobina glucosilada, mientras tanto que en un artículo difundido en Bio Med Central por Gois Carlos et Al. Demuestra una sociedad de signos depresivos con un mal cuidado glucémico (odds ratio =1,12 Ic: 95% = 1,01–1,24 $p=0,030$)

2.2.1.10 Síntomas

Elena (2015, p.1), menciona que en el DSM-IV y DSM-V existen diferentes categorías de depresión que depende de sintomatologías en su permanencia como la depresión. De ahí que sea tan importante un buen diagnóstico. Vamos a concentrarnos en la depresión mayor que se puede explicar debido a la sintomatología de la depresión poseemos que pensar que hay perentorias sensateces correspondientes de efectuar para poder determinar, en este caso nos cambiamos a concentrar en la depresión mayor.

- El período de ánimo depresivo que cada día según lo indica el individuo se profesa triste o vacío o irritable.

- Bajos intereses en la capacidad de satisfacción en sus actividades,
- Pérdida significativa de masa corporal (p. ej., un cambio de más del 5 % del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento del apetito casi cada día.
- Falta de sueño o duerme casi todo día.
- Enlentecimiento psicomotor casi cada día
- Cansancio
- Pensamientos de fracaso y de ser inútil
- Pensamientos de muerte

Para Torrejón (2015) el desorden de abatimiento es un requisito que aparece de diferentes modos. La manera más usual se conoce como desorden de abatimiento mayor, además conocida como abatimiento crónico. Otro muy usual es la depresión crónica, que recibe el nombre de distimia.

Otros modelos de depresión son el trastorno bipolar, depresión estacional, depresión activa, depresión atípica, depresión postparto y depresión menor.

El abatimiento mayor usualmente hace presente al menos 5 de los nueve indicios mencionados, uno de ellos es la melancolía o la extravió de interés en las tareas diarias.

La depresión mayor generalmente muestra mínimo cinco de los nueve síntomas detallados a continuación, uno de ellos es el desconsuelo o la pérdida de interés en actividades diarias.

- Melancolía durante todo el día, generalmente por las mañanas.
- Falta de interés en las tareas diarias.
- Permutas significativas en el apetito o del peso (puede ser aumento o disminución).

- Desvelo o modorra excesiva.
- Inquietud o aturdimiento.
- Cansancio o carencia de fuerzas
- Sentimientos de ineficacia o culpa.
- Insuficiente capacidad de concentración e indecisión.
- Raciocinio constante sobre fallecimiento o suicidio.
- Para ser apreciado como un principio para desorden de abatimiento mayor, los signos mencionados deben ser cotidianos y deben estar presentes durante más de dos semanas seguidas.

2.2.1.11 Causas de la depresión

A si mismo Elena (2015), menciona que las causantes no están muy claras, tampoco incluso para los especialistas, aunque no obstante hay diversos negociadores que pueden incurrir en la prevalencia de esta gotera de la cuneta y entre ellos se puede citar los subsiguientes divisores:

- **Factores hereditarios:** en opúsculos ejecutados con descendientes de personas con tendencias a la depresión, se demuestra que, adentro de una igual parentela, se aumentan las opciones al experimentar este mal
- **Factores físicos:** esta depresión incrementa en lugares donde no sale el sol
- **Factores sociales:** poca relación de amigos y se genera puede generar pensamientos de soledad
- **Factores fisiológicos:** débito a indiscutibles variaciones de la vía excitable.

2.2.1.11.1 Causas Biológicas:

Hay una serie de factores biológicos relacionados con la depresión, aunque esta sea una causa para generar depresión, no será suficiente para generar un cuadro completo depresivo tendrá que ser influenciado de todas maneras por la sociedad. López (2016) Afirma que la aparición de la depresión a causa biológica se da por cambios químicos en el cerebro.

- Factores químicos: Los delegados de sustancias de la mente son las sinapsis, los cambios de esto pueden causar miseria, es decir, si la serotonina, la norepinefrina y la dopamina se descargan de forma anómala y son sinapsis aminérgicas, podrían ser importantes en la fisiopatología de la miseria, ya que simplemente participan en la sistemas marginales de reacciones a la presión intensa, respuestas naturales a la presión constante y sus estados apasionados relacionados. Schildkraut, hipotetiza la teoría aminérgica de estados llenos de sentimientos, haciendo referencia a que el problema oneroso puede ser el resultado de la falta de norepinefrina (NA) en los destinos de receptores focales, en contraste con las locuras, ya que esta sería la abundancia de dopamina (DA) Weinberg (citado por López, 2016).
- Factores Hormonales: Los grados irregulares de ciertas hormonas de presión y desarrollo también pueden desencadenar el desánimo de la escuela secundaria; dado que en la recesión hay un cambio en el funcionamiento del hipocampo y el órgano pituitario y los órganos suprarrenales.

- Se halló una disminución de sustancia blanca del hipocampo y una asimetría hemisférica derecha-izquierda, en un examen en 30 sujetos con una primera escena pesada, contrastada y 30 controles, donde se descubrió que los hombres tenían menos volumen total y un problema oscuro en el hipocampo izquierdo, que no se encontró en las secuelas de las damas. En un metaexamen concentrado de Campbell et al. En las cuales se incorporaron 17 investigaciones (434 pacientes y 379 sujetos control), se encontró que los pacientes con melancolía tenían un volumen más bajo en ambos hipocampos; Lo que importa era más prominente en el hipocampo izquierdo que lo justificado. En este momento también buscamos variedades del tamaño de la amígdala; sea como fuere, no se encontraron distinciones.

- Factores Genéticos: Algunos tipos de tristeza son hereditarios, esta propensión de cualidades a la tristeza no sugiere perdurar, sin embargo, hay un comportamiento hacia ella. La melancolía en general influirá en los individuos de una familia similar, lo que propone que se pueda adquirir una inclinación natural. Esta recesión puede suceder a los miembros de la familia de primer grado. Las investigaciones de gemelos y familias obviamente recomiendan una parte hereditaria tanto en el desánimo extremo como en el tema bipolar. Se contempla que descubran que existe un peligro mucho más grave de generar un desánimo genuino si el gemelo indistinguible del individuo experimenta este problema (54%) que si el padre, el hermano o la hermana (16.6%). Además, notan que las personas que tienen

miembros de la familia con un hallazgo bipolar tienen de 1,5 a varias veces más probabilidades de crear una miseria grave, que las personas que no tienen miembros de la familia con esta conclusión. Los concentrados familiares también muestran que cuanto más joven es el individuo en el punto en que ocurre la miseria principal, casi seguro es que los miembros de su familia también se encontrarán con momentos de abatimiento (Zúñiga, Sandoval, Juárez y Villaseñor (citado por López, 2016).

Según el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI, citado por Turpo y Huarachi, 2017) indica que la depresión es un causa multifactorial y complicado cuya posibilidad de cambio dependerá de un gran grupo de causas de riesgos, hasta la actualidad no sea podido establecer en su totalidad ni las diversas interacciones que existen entre ellos. No se logra conocer el nivel de cada factor en unión al contexto y al momento de la vida en que se forma. Dentro de las causas que llegan a incrementar el riesgo de depresión, se unen las causas personales, cognitivos, sociales, familiares y genéticos. Así mismo la pobreza es uno de las causas que también afecta el estado emocional, así mismo las enfermedades crónicas, físicas como mentales, el consumo de alcohol, drogas, los desempleados, los discapacitados, las personas que padecen enfermedades o son madres a temprana edad llegan a presentar depresión con mucha mayor frecuencia. Así mismo la situación sentimental y el estrés crónico llegan a asociarse y pueden desencadenar depresión en la persona.

2.2.1.11.2 Factores personales y sociales.

Según Turpo y Huarachi (2017) La depresión se manifiesta generalmente en féminas que en varones, iniciándose en la adolescencia y conservándose en la adultez.

Dado que la depresión es fundamental y genera dificultad en féminas, así como en varones, de igual forma se cree que el elevado nivel de depresión es del 50%, la cual se da en féminas que en los varones. Así como:

- Las diversas enfermedades físicas como mentales asociadas al consumo excesivo del alcohol y drogas.
- También se precisa que se manifiesta en varones que padecen ataques de pánico llegan a desarrollar con más facilidad la depresión.
- La presencia de enfermedades cardíacas y varias patologías endocrinas, tal como la diabetes, el hipo o hipertiroidismo, y otras enfermedades desarrollan con facilidad la depresión.
- Los individuos con bajos recursos económicos y problemas en el trabajo que llegan a atravesar, llegan a padecer depresión con facilidad.

2.2.1.11.3 Factores cognitivos

Según los estudios realizados sobre las causas cognitivas de la depresión, fue iniciada por la teoría de Beck, manifestando que los esquemas negativos, ideas automáticas, distorsiones cognitivas e ideas disfuncionales son importantes en relación al procesamiento de información. De este modo se considera necesarios en el desarrollo de la depresión.

2.2.1.11.4 Factores familiares y genéticos.

Los hijos de personas que padecen algún tipo de enfermedad con depresión llegan a integrar un conjunto de causas para las enfermedades físicas y corporales y trastornos mentales, así mismo los hijos de sujetos con trastorno depresivo son vulnerables a padecer con mayor frecuencia la depresión que el entorno causa. Sin dejar de lado las enfermedades somáticas y los trastornos mentales.

2.2.1.12 Las Consecuencias

Escalona (citado por Ramírez 2017, p.32). Afirma que las consecuencias son:

- Descuido personal y mala apariencia
- Alteración del sistema inmunológico
- Conflictos laborales
- Retiro social.
- Consumo de bebidas alcohólicas

2.2.1.13 Diagnóstico de la depresión

Según García (2018 pág. 30) para el diagnóstico del episodio depresivo se requiere de una duración de dos semanas; aunque períodos más cortos pueden ser aceptados si los síntomas son excepcionalmente graves o de comienzo brusco.

Es importante la toma de decisiones terapéuticas y evaluar la respuesta clínica, por ello es frecuente usar y aplicar la Escala de valoración de Hamilton para depresión que consta de 17 ítems con el umbral:

Muy severo: > 23 puntos, Severo: 19-22 puntos, Moderado: 14-18 puntos, Leve: 8-13 puntos y Normal: 7 o < puntos. ,

Las pautas diagnósticas de acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades – Décima Versión de la O. M. S. (C.I.E.-10). Dando énfasis a los síntomas somáticos.

- Síntomas del Episodio depresivo:

a) Humor Depresivo

- b) Pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de la cosas (anhedonia)
- c) Disminución de la vitalidad con relación al nivel de actividad y cansancio exagerado
- d) Pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad
- e) Pensamientos de culpa y de ser inútil
- f) Trastornos de sueño (insomnio o hipersomnias)
- g) Trastornos del apetito (anorexia o hiperorexia)
- h) Pensamientos y actos suicidas

2.2.1.14 Prevención de la depresión

Ramírez E (2017) menciona que la depresión es el resultado de interacciones muy avanzadas con respecto al factor social, psicológico y biológico. Las personas que excedieron por historiales adversas como: traumatismos psicológicos, sin empleo y duelo, tienen mayores posibilidades de padecer depresión.

Al mismo tiempo, la depresión puede agravarse las situaciones vitales de los sujetos afectados.

Se ha manifestado que los programas de bocetos que tratan de reducir la depresión. Se han encontrado en las estadísticas de la comunidad se pueda comunicar y encontrar los diseños académicos que pueden generar el galito en la aptitud real en la niñez y la adolescencia. Los programas de ejercicio para los reflexivos ancianos todavía serán enérgicos para aprestar la depresión.

2.2.1.15 Tratamiento de la depresión

Stanley (citado por Monterroso, 2012 pág. 24) aclara separadamente de que se arrije a una diagnosis ligero del modelo de la patología depresiva si la circunstancia

emocional sospecha una restricción en las tareas cotidianas del enfermo o una reducción de la cabida practica en las distintas clases (social o de trabajo) se estima oportuna la implantación de una medicación.

El objetivo de la medicación es optimizar la circunstancia emocional así restaurar una oportuna funcionalidad de la cabida socio- laboral y mejorarla.

En general, el estil de vitalidad del enfermo, reduciendo la mortalidad y morbilidad luego evadiendo en lo que se puede las recaídas. La elección de la medicación necesitara del producto de la valoración.

Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos.

La psicoterapia solo es productiva en ciertos individuos de manera leve o moderada del abatimiento.

Los individuos con abatimiento severo suelen tener una rehabilitación oportuna y segura con fármacos.

La mayoría consigue un producto adecuado con una medicación mezclada para conseguir un consuelo veloz de los signos y psicoterapia para instruirse adecuadamente con los conflictos de la vida, incorporando el abatimiento.

El medico en psiquiatría puede prescribir fármacos y una de las distintas maneras de psicoterapia que han resultado ser eficientes para el abatimiento o ambos dependiendo de la diagnosis del enfermo y de la complejidad de los signos.

Los objetivos del tratamiento consisten en la reducción de los síntomas depresivos, evitar la ideación suicida, las recaídas o de las recurrencias, trata de mejorar el estado cognitivo y funcional y ayuda a los pacientes a desarrollar las habilidades necesarias para lidiar con su incapacidad o adversidad psicosocial.

La planificación del tratamiento debería comenzar con una evaluación focalizada en la identificación del consumo de alguna droga que predisponga a la aparición de depresión.

El tratamiento psicológico tiene tres objetivos principales: el tratamiento de los síntomas depresivos propiamente dichos, si existen rasgos de personalidad que han predispuesto a la aparición del episodio depresivo, la modificación de dichos rasgos de personalidad, el aprendizaje de estrategias de identificación precoz de los síntomas y de prevención de recaídas.

El tratamiento farmacológico ha permitido que en el curso de los últimos años se haya descubierto un amplio número de nuevos fármacos antidepresivos de uso fácil, de eficacia elevada y con efectos secundarios muy escasos.

Los antidepresivos más usados en la actualidad tienen las siguientes características: eficacia elevada, administración cómoda, escasas interacciones, es decir, se pueden recetar en combinación con prácticamente cualquier otro fármaco, no producen dependencia, efectos secundarios escasos y de poca intensidad.

Tratamiento electroconvulsivo es el tratamiento más eficaz en la depresión mayor muy grave.

2.2.2 Diabetes Mellitus

2.2.2.1 Definiciones

De acuerdo a la actual definición de la OMS (1999), la Diabetes Mellitus - DM es un grupo de trastornos metabólicos de diversa etiología caracterizado por hiperglucemia crónica y alteraciones en el metabolismo de hidratos de carbono, grasas y proteínas, derivado de defectos en la síntesis de insulina, en la acción de la insulina o ambos.

Moreno y Velásquez (citado por Papponetti M, 2015. pág. 32) La Diabetes Mellitus es un vuelco crónico degenerativo de origen metabólico que se caracteriza por defectos en la acuosidad y actividad de la insulina lo cual conllevan a una hiperglicemia. Unido a autores ambientales, a una grava genética, todo ello desempeña incluso un papel etiológico decisivo para que se origine esta gotera en la cualquiera, por ello es que se ha rumiado la invasión del siglo XXI.

Se calcula alrededor que en el cosmos existen más de ciento ochenta millones de sujetos con diabetes y es plausible que esta puntuación aumente a más del doble para 2030.

Seclén S. (2015) manifestó que la cantidad de sujetos con diabetes mellitus en el país está ascendiendo ágilmente y esto se debe a que las personas no desarrollan un estilo de vida, la alimentación de los peruanos es un muy alto en calorías y esto lo hayamos en “comida chatarra” y gaseosas, y así como el no realizar ejercicio conlleva a que nuestra población sufra de obesidad y esto genere subir de peso.

En el 2010, se encontraron 55.4 millones de seres humanos diagnosticados con diabetes, las cuales viven en américa; entre ellas dieciocho millones habitan en américa del sur y américa central.

2.2.2.2 Clasificación de la Diabetes mellitus

Los nuevos criterios para el diagnóstico y clasificación de la DM fueron desarrollados casi simultáneamente por un comité de expertos de la Asociación Americana de Diabetes (ADA) y por un comité asesor de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La clasificación de la DM se basa fundamentalmente en su etiología y sus características fisiopatológicas, pero también incluye la posibilidad de describir la etapa de la historia natural en la cual se encuentra la persona.

Clasificación de la DM (ADA 2008, basada en OMS 1999)

I. Diabetes tipo 1 (destrucción de células β que conduce a déficit absoluto de insulina) A. Autoinmune

B. Idiopática

II. Diabetes tipo 2 (con resistencia insulínica y déficit relativo de secreción insulínica) A. Defectos genéticos de la función celular

B. Defectos genéticos de la acción de la insulina

C. Enfermedades del páncreas exocrino

D. Endocrinopatías

E. Fármacos o agentes químicos

F. Infecciones

G. Formas infrecuentes de diabetes autoinmune

H. Otros síndromes genéticos ocasionalmente asociados con diabetes

III. Otros tipos específicos

IV. Diabetes Mellitus gestacional

De esta clasificación, las que tienen mayor incidencia en la población en general son la Diabetes Mellitus tipo 1 y la tipo 2 que serán ampliadas a continuación.

A. Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) Se caracteriza por la destrucción autoinmune mediada por células de la célula β de los islotes pancreáticos, que da lugar a insulinopenia.

La enfermedad se inicia en la infancia o juventud y el paciente necesita insulina para evitar la cetoacidosis, complicaciones graves y la muerte.

El descubrimiento de la etiología autoinmune, cabe mencionar que, convirtió obsoletas las antiguas denominaciones como “diabetes infanto-

juvenil” o “diabetes insulino dependiente”. Con mucha frecuencia se puede evidenciar la reacción autoinmune en forma de anticuerpos tipo anti-decarboxilasa del ácido glutámico (GAD), anti-islole pancreático (ICA), antiinsulina y anti-tirosín fosfatasa (IA2 e IA - 2 β), incluso antes de que la enfermedad sea clínicamente manifiesta.

B. Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) La diabetes mellitus tipo 2 representa el 90 a 95% de los diagnósticos de DM.

Su pico de incidencia ocurre en sujetos de mayor edad que en la DM1, en general a partir de los 35 a 40 años y con una intensa asociación familiar. Se acompaña en numerosas ocasiones de otros factores de riesgo cardiovascular, de los cuales la obesidad es el más importante, especialmente la del patrón abdominal (relacionado con aumento de grasa visceral), junto a la hipertensión y la dislipidemia; todo ello se engloba dentro de lo que se conoce como un síndrome metabólico.

2.2.2.3 El diagnóstico

Iglesias R y Barutell L (2014) Para poder dar un diagnóstico de la diabetes según la American Diabetes association se debe tener que los resultados sean de: Hemoglobina glucosilada $\geq 6,5$ %, Glucemia basal en ayunas ≥ 126 mg/dl* y Glucemia a las dos horas después del test de tolerancia oral a la glucosa (con 75 g de glucosa) ≥ 200 mg/dl Glucemia basal ≥ 200 mg/dl en pacientes con síntomas clásicos de hiperglucemia o crisis de hiperglucemia.”

2.2.2.4 Componentes del tratamiento de la diabetes mellitus

Alfaro, Simal y Botella (2000) la diabetes se trata con insulina NPH o insulina cristalina en ampollas; según lo requiera y también están los fármacos que se usan por vía oral, entre los antidiabéticos orales se pueden mencionar: la sulfonilureas, biguanidas y los inhibidores de la alfa glucosilada.

Los pacientes diabéticos pueden usar tanto solo antidiabéticos orales o en combinación con insulina, según lo requiera.

En la actualidad, se reconoce que para conseguir los objetivos del control de la diabetes se hace necesaria una formación comprehensiva en autocontrol y programas intensivos de tratamiento (ADA, 1998a, p. 23).

2.2.2.5 Prevención de la diabetes mellitus

Los análisis de las intervenciones de estilos de vida y tratamiento farmacológico en las personas con prediabetes han demostrado que pueden prevenir o retrasar la aparición de diabetes mellitus.

2.2.2.5.1 Intervenciones sobre estilos de vida

Las intervenciones sobre estilos de vida reducen la incidencia de diabetes mellitus en las personas con prediabetes y con riesgo de diabetes mellitus. El estilo de vida se refiere a dieta y ejercicio, que combinados son más eficaces que por separado.

El Diabetes Prevention Program (DPP) demostró que los cambios intensivos en el estilo de vida (dieta y ejercicio por 30 min/día cinco veces a la semana) de los individuos con IGT evitaron o retrasaron el desarrollo de la DM2 en 58% de los casos en comparación con lo

ocurrido en el grupo placebo. Este efecto se observó en todos los casos señalados independientemente de edad, género o grupo étnico.

La pérdida de peso es el factor determinante en la prevención de la diabetes, aunque el estudio PREDIMED concluye que la dieta mediterránea reduce la aparición de DM2 hasta un 40%, sin necesidad de reducción de peso (efecto cualitativo de la dieta).

Respecto a los programas de prevención aquellos más intensivos son más eficaces. Aquellos que incluyen un mayor número de contactos y son impartidos por personal especializado en prescripción de dieta y ejercicio mejoran los resultados en reducción de la incidencia de DM2, aunque los programas con pérdida de peso son los que mayor disminución de la incidencia de DM2 presentan en las personas con prediabetes.

2.2.2.5.2 Intervenciones con tratamiento farmacológico

El tratamiento con fármacos (metformina, acarbosa, voglibosa, pioglitazona, orlistat, etc.) reduce la incidencia de DM2 en pacientes con prediabetes, aunque en menor medida que con los cambios en el estilo de vida. En el estudio DPP la metformina evitó o retrasó la diabetes en 31% de los casos en comparación con lo observado en el grupo placebo. En la actualidad es un aspecto controvertido la farmacoterapia en sujetos con prediabetes porque se desconoce su rentabilidad y su perfil de inocuidad, teniendo en cuenta también que ninguno de ellos está autorizado para esta indicación en Europa.

En general, se sugiere no prescribir fármacos de manera rutinaria en los pacientes con prediabetes, aunque se recomienda utilizar metformina en personas con prediabetes que han fracasado con dieta y ejercicio y que presentan un índice de masa corporal $> 35 \text{ kg/m}^2$ o historia de DM gestacional y edad menor de 60 años.

III. Metodología

3.1 Tipo investigación

La presente investigación fue de tipo descriptivo. Según Hernández, Fernández y Baptista (2014) las investigaciones descriptivas buscan especificar las propiedades, características y perfiles de las personas, grupos comunidades objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis.

3.2 Nivel de la investigación

Esta investigación fue de nivel cuantitativo. Según López (2013) refiere que en este proceso se desarrolla directamente en la tarea de comprobar y verificar teorías a través de estudios muestrales, utilizan las técnicas estadísticas en el análisis de datos y generaliza los resultados.

3.3 Diseño de la investigación

El tipo de diseño de la investigación fue no-experimental, de tipo transversal ya que se busca observar el fenómeno tal y como se dan en su contexto natural para después analizarlos. No experimental porque la investigación se realizó sin manipular deliberadamente las variables, transversal porque se recolectaron los datos en un solo momento y en un tiempo único (Hernández, Fernández, Baptista 2006)

Según (Kerlinger, F. 2002); citado por Hernández, R. (2003) en “Metodología de la Investigación”. La Investigación No Experimental es aquella que se realiza sin la manipulación de las variables; se basa en categorías, conceptos, variables, sucesos, contextos que ya ocurrieron, o se dieron sin la intervención directa del investigador.

3.3.1 Esquema del Diseño No Experimental de la investigación

M → Xi → O1

Dónde:

M: Muestra

Xi: Variable de estudio

O1: Resultado de la medición de la variable

3.4 Población y muestra.

3.4.1 Población

La población estuvo conformada por los pacientes del centro médico de EsSalud Zarumilla que padecen diabetes.

Tabla 1.

Distribución de frecuencia y porcentaje en pacientes con diabetes mellitus del centro médico de EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019.

Edad	Sexo		Grado de instrucción			N° de pacientes
	Varón	Mujer	Secundaria	Técnico	Superior	
25 a 35	14	16	5	18	7	30
36 a 45	12	20	12	8	12	32
46 a 55	15	6	8	4	9	21
56 a mas	14	3	4	7	6	17
	55	45	29	42	39	100

Fuente: padrón de inscripciones de pacientes diabéticos del centro médico de ESSALUD de Zarumilla – Tumbes, 2019.

3.4.2 Muestra

Se trabajó con la totalidad de la población 100 pacientes con diabetes mellitus del centro médico de EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019., convirtiéndose en una población muestral.

3.4.3 Criterios de evaluación

3.4.3.1 Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos del centro médico de EsSalud de Zarumilla – Tumbes, 2019.

- Pacientes del centro médico de EsSalud de Zarumilla – Tumbes, que aceptaron participar en la investigación.
- Pacientes del centro médico de EsSalud de Zarumilla – Tumbes que contestaron la totalidad de los ítems.
- Pacientes del centro médico EsSalud de Zarumilla – Tumbes que no asistieron al día de la aplicación de los cuestionarios.
- Pacientes del centro médico EsSalud de Zarumilla – Tumbes que evidencian facultades físicas y mentales para brindar información.

3.4.3.2 Criterios de exclusión

- Pacientes del centro médico de EsSalud de Zarumilla – Tumbes que no aceptaron participar en la investigación.
- Pacientes del centro médico de EsSalud de Zarumilla – Tumbes que no contestaron la totalidad de los ítems.
- Pacientes del centro médico EsSalud de Zarumilla – Tumbes que no asistieron al día de la aplicación de los cuestionarios.

3.5 Definición y Operacionalización de variables

3.5.1 Depresión

3.5.1.1 Definición conceptual (DC)

Ramírez E (2017) define a la depresión como una enfermedad mental incapacitante, la cual se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, hay sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

3.5.1.2 Definición operacional (D.O.)

W. Zung (1965) refiere que la depresión es un trastorno mental caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa tristeza, indefensión y desesperación profunda a diferencia de la tristeza normal o la del duelo, que sigue la pérdida de un ser querido, la depresión patológica.

La escala de autoevaluación para la depresión de Zung (1971) fue diseñada por W.W. Zung para evaluar el nivel de depresión en pacientes diagnosticados con algún desorden depresivo. La escala de autoevaluación para la depresión de Zung es una encuesta corta que se auto administra para valorar que tan deprimido se encuentra un paciente. Hay 20 asuntos en la escala que indican las 4 características más comunes de la depresión: el efecto dominante, los equivalentes fisiológicos, otras perturbaciones, y las actividades psicomotoras. Hay diez preguntas elaboradas de forma positiva, y otras diez, de forma negativa. Cada pregunta se evalúa en una escala de 1-4 (poco tiempo, algo de tiempo, una Buena parte del tiempo, y la mayor parte del tiempo). El rango de calificación es de 25-80.

25-49 rango normal,

50-59 Ligeramente deprimido,

60-69 Moderadamente deprimido,

70 - 80, Severamente deprimido.

3.5.2 Cuadro de operacionalización de variables:

VARIABLE	Dimensiones	Indicadores	Categoría	Rango
DEPRESION	Factor Depresivo	Tristeza	Rango normal	25 -49
	Factor Biológico	Llanto	Ligeramente deprimido	50 - 59
	Factor Psicológico	Ideas Suicidas	Moderadamente deprimido	60 - 69
	Factor Psicosocial	Pérdida de Apetito	Severamente deprimido	70 - 80

3.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.6.1 Técnicas

En el presente estudio se utilizó la técnica de la encuesta. Según Rodríguez (2010, citado por Ramírez 2017, pág. 45) afirma que la técnica es el método de investigación es capaz de dar respuestas a problemas tanto en términos descriptivos como de relación de variables, tras la recogida de información sistemática, según un diseño previamente establecido que asegure el rigor de la información obtenida.

3.6.2 Instrumento

Se utilizó el siguiente instrumento: La escala de autoevaluación para la depresión de Zung (EAMD).

3.6.2.1 La escala de autoevaluación para la depresión (EAMD)

A. Ficha técnica

AUTOR: William Zung y Zung.

Se trata de una escala breve, auto aplicado en la que el paciente ha de indicar la frecuencia con la que experimenta cada uno de los síntomas explorados.

Consta de 20 ítems que se agrupan en 4 factores:

Factor depresivo

Factor biológico

Factor psicológico

Factor psicosocial: descrito por Conde y cols, y formado por los ítems 14, 18 y 19.

Cada ítem se responde según una escala tipo Likert de 4 valores (rango de 1 a 4) que hace referencia a la frecuencia de presentación de los síntomas.

El marco de referencia temporal es el momento actual.

Para evitar el sesgo del “acostumbramiento” en las respuestas, se alternan ítems realizados en sentido positivo con ítems en sentido negativo.

Junto con el BDI es la escala auto aplicada más utilizada en la depresión.

Esta escala está adaptada y validada al español (Conde, 1967).

La Escala de Auto medición de la Depresión (EAMDD) de William Zung y Zung, también conocido como Escala de Depresión de Zung; el mismo que establece un marco de referencia de las conductas ansiosas, basado en un cuestionario de 20 frases o relatos referidos por el paciente a manifestaciones de características de depresión como signos significativos en relación a trastornos emocionales.

La Escala de Depresión de Zung consiste en un cuestionario de 20 frases, informes o relatos. Cada uno de los cuales se refieren a un síntoma o signo característico de la depresión.

En conjunto a las 20 frases abarcan síntomas depresivos, como expresión de trastornos emocionales y se presenta en una ficha con cuatro columnas de elección tituladas:

Así mismo se observa que en el lado izquierdo de la tabla de evaluación, comprende cuatro columnas en blanco encabezado por las respuestas: “Muy pocas veces”, “Algunas veces”, “Muchas veces” y “Casi siempre”.

A los examinados les es imposible falsificar tendencias en sus respuestas, porque la mitad de los ítems están redactados como síntomas positivos y la otra mitad como síntomas negativos; la aplicación puede ser individual o colectiva.

Forma de Evaluación:

Para su aplicación se le pide al sujeto que ponga una marca en el recuadro que el considere más adecuado a como se ha sentido en la última semana.

Calificación del Instrumento:

Par obtener la calificación del instrumento, se coloca la hoja de respuestas bajo la guía de puntuación y se escribe el valor de cada respuesta en la columna de la derecha y la suma de todas ellas al pie de la página.

Para obtener el grado de depresión se compara la Escala obtenida con la escala clave para efectuar el recuento, con un valor de 1, 2, 3, 4 en orden variable según si la pregunta está formulada en sentido positivo o negativo.

Luego se suman todos los valores parciales. A continuación se convierte la puntuación total en un índice basado en 100.

En este sentido, con la Escala EAMD, se intenta estimar el estado de depresión presente en términos de medición cuantitativa de niveles de depresión, al margen de la causa.

Por otro lado esta Escala nos permite relacionar los síntomas depresivos y las frases de la EAMD. Aunque estas frases están escritas en el lenguaje común del paciente con depresión. Cada una de ellas identifica un síntoma reconocido de la depresión. Entonces se tiene una lista de dichos síntomas y las frases que los expresan. Siendo descrito de la siguiente manera:

<u>INDICE EAMD</u>	<u>INTERPRETACIÓN</u>
---------------------------	------------------------------

De 25 – 49	rango normal.
De 50 – 59	ligeramente deprimido.
De 60 – 69	moderadamente deprimido
De 70 – 80	severamente deprimido.

VALIDEZ Y CONFIABILIDAD.

Zung (1965) valida las escalas (EAA y EAMD) aplicándola, en primer lugar a un grupo de pacientes de Consultorio Externo en el DUKE PSYCRHIASTYK HOSPITAL, con diagnóstico de depresión, ansiedad y otros desórdenes de la personalidad. Los diagnósticos fueron establecidos separadamente por otros clínicos, obteniendo puntuaciones con escalas psicométricas standard, antes de la aplicación de ambas escalas. En todos los pacientes se encontró una alta correlación entre las puntuaciones obtenidas, y las recogidas con otras pruebas, se encontró así mismo diferencias significativas en relación con la edad, nivel educativo e ingresos económicos.

En 1968 se realizó la validación de tipo transcultural, aplicando las escalas en Japón, Inglaterra, Checoslovaquia, Australia y Alemania.

La autoevaluación en dichos países era comparable, encontrando que existen diferencias significativas en un grupo de pacientes con diagnóstico de Depresión Aparente y Pacientes deprimidos. Se obtuvo un índice promedio de 74 pacientes con Diagnóstico de Depresión y en sujetos normales, un promedio de 33. En este mismo trabajo Zung delimitó sus niveles de cuantificación de la Ansiedad y la Depresión.

Utilizando la Escala de Síntomas Depresivos de Zung (1975) va a encontrar en Estados Unidos, que el 13% de los sujetos de su muestra van a presentar muchos síntomas depresivos. Al igual que en Zaragoza (1983). Se encuentra un 6.8% de sujetos con fuertes síntomas. La prevalencia de síntomas depresivos oscila entre 13 y 20% de la población, según BOYD Y NEISSMAN (1982). Así mismo en España con la Escala de Síntomas de Zung, se encontró una prevalencia del 7%. Esto equivale a una cifra de dos millones de adultos.

3.7 Plan de análisis

El procesamiento de los datos se realizó por medio del análisis estadístico y el procesamiento de los datos se realizó en el Software SPSS versión 22.0 y el programa informático Microsoft Excel 2013, para ser procesados e interpretados, y se obtuvo las medidas de las tablas de distribución de frecuencias porcentuales.

3.8 Matriz de consistencia

PROBLEMA	VARIABLE	FACTORES INDICADORES	OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	METODOLOGÍA	TÉCNICA INSTRUMENTO
¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes con diabetes mellitus del centro médico de EsSalud del distrito de Zarumilla - Tumbes, 2019?	Depresión	<p>Depresivo</p> <p>Biológico</p> <p>Psicológico</p> <p>Psicosocial</p>	<p>Objetivo General Determinar el nivel de depresión en pacientes con diabetes mellitus del centro médico de Essalud del distrito de Zarumilla -Tumbes, 2019.</p> <p>Objetivos Específicos Identificar el nivel de depresión según sexo en pacientes con diabetes mellitus del centro médico de EsSalud del distrito de Zarumilla -Tumbes, 2019. Identificar el nivel de depresión según edad en pacientes con diabetes mellitus del centro médico de EsSalud del distrito de Zarumilla - Tumbes, 2019. Identificar el nivel de depresión según grado de instrucción en pacientes con diabetes mellitus del centro médico de EsSalud del distrito de Zarumilla - Tumbes, 2019.</p>	<p>Tipo de Investigación: Descriptivo</p> <p>Nivel de la investigación: Cuantitativo</p> <p>Diseño: No experimental, transversal</p> <p>Población: Fue toda la población convirtiéndose en una población muestral, obteniendo una población muestral de 100 pacientes del centro médico de EsSalud de Zarumilla - Tumbes, 2019.</p>	<p>Técnica: Encuesta</p> <p>Instrumentos:</p> <p>La escala de autoevaluación para la depresión Zung (EAMD)</p>

3.9 Principios éticos

El presente estudio busca contemplar los principios éticos necesarios para su realización, los resultados obtenidos serán manejados exclusivamente por el evaluador y se mantendrá en anonimato a los pacientes que participen. Destacamos que los datos no serán utilizados para beneficio propio o de algunas entidades privadas que de una u otra manera perjudiquen la integridad moral y psicológica de los pacientes en estudio.

Anonimato: Se solicitará la escala de evaluación y se aplicará el cuestionario indicándoles a los pacientes que la investigación será anónima y que la información obtenida es solo para fines de la investigación.

Privacidad: Toda la información recibida en el presente estudio se mantendrá en secreto y se evitará ser expuesto respetando la intimidad de los pacientes, siendo útil solo para fines de la investigación.

Honestidad: Se informará a los pacientes los fines de la investigación, cuyos resultados se encontrarán plasmados en el presente estudio.

Consentimiento: Solo se trabajará con los pacientes que sus padres firmen el consentimiento voluntariamente que sus hijos participen en el presente trabajo.

Protección a las personas: La persona en toda investigación es el fin y no el medio, por ello necesitan cierto grado de protección, el cual se determinará de acuerdo al riesgo en que incurran y la probabilidad de que obtengan un beneficio.

En el ámbito de la investigación es en las cuales se trabaja con personas, se debe respetar la dignidad humana, la identidad, la diversidad, la confidencialidad y la privacidad. Este principio no solamente implicará que las personas que son sujetos de investigación participen voluntariamente en la investigación y dispongan de

información adecuada, sino también involucrará el pleno respeto de sus derechos fundamentales, en particular si se encuentran en situación de especial vulnerabilidad.

Beneficencia y no maleficencia: Se debe asegurar el bienestar de las personas que participan en las investigaciones. En ese sentido, la conducta del investigador debe responder a las siguientes reglas generales: no causar daño, disminuir los posibles efectos adversos y maximizar los beneficios.

Justicia: El investigador debe ejercer un juicio razonable, ponderable y tomar las precauciones necesarias para asegurarse de que sus sesgos, y las limitaciones de sus capacidades y conocimiento, no den lugar o toleren prácticas injustas. Se reconoce que la equidad y la justicia otorgan a todas las personas que participan en la investigación derecho a acceder a sus resultados. El investigador está también obligado a tratar equitativamente a quienes participan en los procesos, procedimientos y servicios asociados a la investigación.

Integridad científica: La integridad o rectitud deben regir no sólo la actividad científica de un investigador, sino que debe extenderse a sus actividades de enseñanza y a su ejercicio profesional. La integridad del investigador resulta especialmente relevante cuando, en función de las normas deontológicas de su profesión, se evalúan y declaran daños, riesgos y beneficios potenciales que puedan afectar a quienes participan en una investigación. Asimismo, deberá mantenerse la integridad científica al declarar los conflictos de interés que pudieran afectar el curso de un estudio o la comunicación de sus resultados.

Consentimiento informado y expreso: En toda investigación se debe contar con la manifestación de voluntad, informada, libre, inequívoca y específica; mediante la

cual las personas como sujetos investigadores o titular de los datos consienten el uso de la información para los fines específicos establecidos en el proyecto.

IV. Resultados y análisis de los resultados

4.1 Resultados

Tabla 2.

Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de depresión en pacientes con diabetes mellitus del centro médico EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019.

Escala de Depresion de zung				
Nivel	Puntaje	Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Rango normal	25 - 49	1	22	22%
Ligeramente deprimido	50 - 59	2	51	51%
Moderadamente deprimido	60 - 69	3	22	22%
Severamente deprimido	70 - 80	4	5	5%
Total			100	100%

Fuente: Cruz, G Escala de autoevaluación para la depresión de Zung.

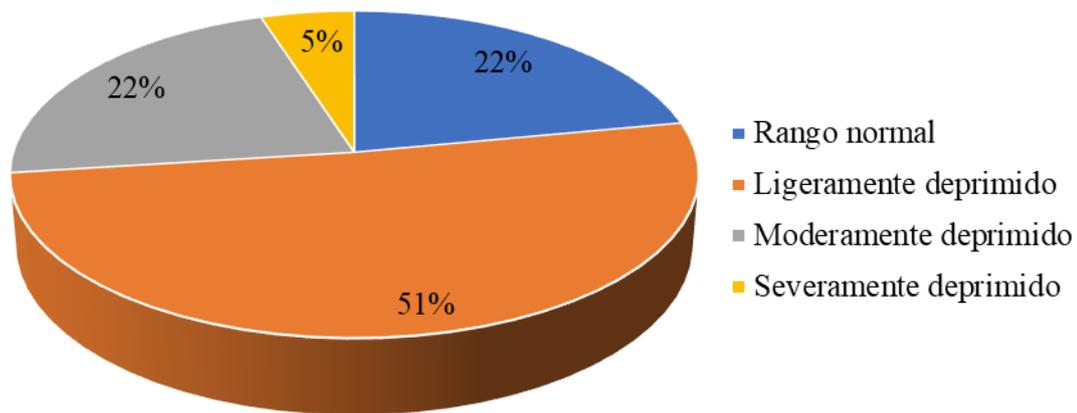


Figura 1. Gráfico circular del nivel de depresión en pacientes con diabetes mellitus del centro médico EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019.

Fuente: Tabla 2

En la tabla 2 figura 1 se observa que el 51.00% de pacientes se encuentra en el nivel ligeramente deprimido, mientras que el 22.00% de pacientes presentan un nivel moderadamente deprimido, así mismo un 22.00% se ubican en un rango normal y el 5% se encuentran en un nivel severamente deprimido.

Tabla 3.

Distribución de frecuencia y porcentaje del nivel de depresión según sexo en pacientes con diabetes mellitus del centro médico EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019.

Tabla cruzada de Depresión * Sexo						
Nivel	Varones	Porcentaje	Mujeres	Porcentaje	Total	Porcentaje
Rango normal	7	7%	15	15%	22	33%
Ligeramente deprimido	35	35%	16	16%	51	36%
Moderadamente deprimido	12	12%	10	10%	22	22%
Severamente deprimido	1	1%	4	4%	5	9%
Total	55	55%	45	45%	100	100%

Fuente: Cruz, G. Escala de autoevaluación para la depresión de Zung.

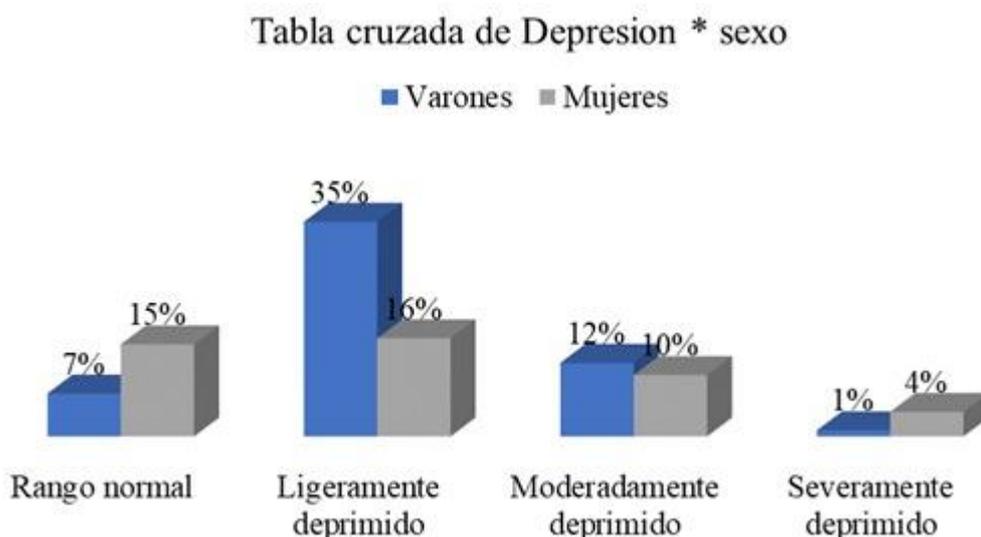


Figura 2. Gráfico de barras del nivel de depresión según el sexo de pacientes con diabetes mellitus del centro médico EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019.

Fuente: Tabla 3

En la presente tabla 03 figura 02 en relación al sexo se observa que el 55% (55) son varones de los cuales el 35% (35) se encuentran en un nivel ligeramente deprimido; seguido del 12% (12) que se encuentran en un nivel moderadamente deprimido, el 7% (7) se encuentran dentro del rango normal y el 1% (1) en un nivel severamente deprimido y del 45% (45) de las pacientes mujeres, el 16% (16) se encuentra en un nivel ligeramente deprimido; seguido del 15% (15) se encuentran en un rango normal, el 10% (10) se encuentra en un nivel moderadamente deprimido y el 4% (4) tienen un nivel de severamente deprimido.

Tabla 4.

Distribucion de frecuencia del nivel de depresion según edad en pacientes con diabetes mellitus del centro médico EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019.

Nivel	Tabla cruzada de Depresión * edad								Total	Porc.
	25 - 35	Porc.	36 - 45	Porc.	46 - 55	Porc.	56 - mas	Porc.		
Rango normal	5	5%	8	8%	4	4%	5	5%	22	22%
Ligeramente deprimido	23	23%	7	7%	12	12%	9	9%	51	51%
Moderadamente deprimido	2	2%	15	15%	5	5%	0	0%	22	22%
Severamente deprimido	0	0%	2	2%	0	0%	3	3%	5	5%
Total	30	30%	32	32%	21	21%	17	17%	100	100%

Fuente: Cruz, G. Escala de autoevaluación para la depresión de Zung.

Tabla cruzada de Depresión * edad

■ 25 - 35 ■ 36 - 45 ■ 46 - 55 ■ 56 - mas

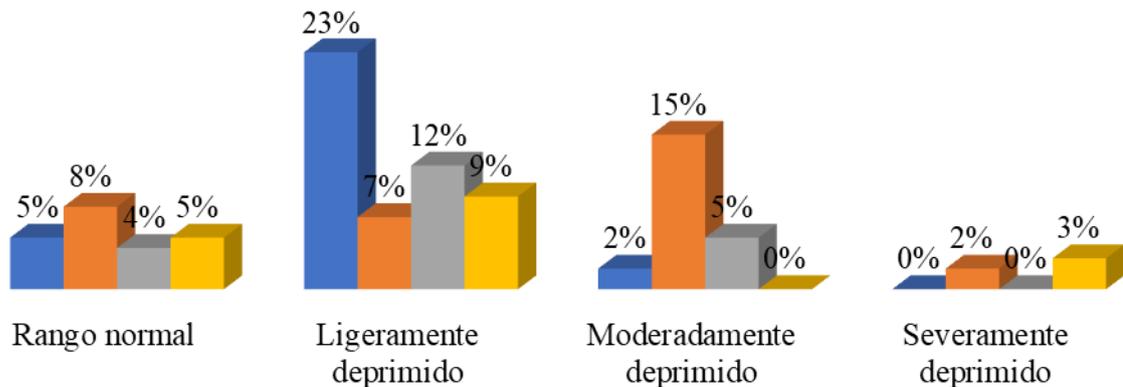


Figura 3. Diagrama circular porcentual del nivel de depresión según edad en pacientes con diabetes mellitus del centro médico EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019.

Fuente: tabla 4

En la tabla 04 y figura 03 en relación a la edad se observa que del 32% (32) de pacientes con edades de 36 a 45 años, el 15% se encuentra en un nivel moderadamente deprimido, el 8% rango normal, el 7% y el 2% se encuentran en niveles entre ligeramente y severamente deprimido; del 30% (30) con edades de 25 a 35 años, el 23% (23) se encuentra en un nivel ligeramente deprimido, el 5% rango normal y el 2% (2) moderadamente deprimido; del 21% (21) con edades de 46 a 55 años, el 12% (12) presenta ligeramente deprimido, el 5% (5) presenta moderadamente deprimido y el 4% (4) se encuentra dentro del rango normal; del 17% (17) con edades de 56 a más años, el 9% se encuentra en un nivel ligeramente deprimido; seguido del 5% que se encuentra dentro del rango normal y el 3% presentan un nivel severamente deprimido.

Tabla 5.

Distribucion de frecuencia del nivel de depresion según grado de instrucción en pacientes con diabetes mellitus del centro médico EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019.

Tabla cruzada Grado de instrucción * Depresion								
Depresion / Grado de instrucción	Secundaria	Porcentaje	Tecnico	Porcentaje	Superior	Porcentaje	Total	Porcentaje
Rango normal	0	0%	15	15%	7	7%	22	22%
Ligeramente deprimido	7	7%	22	22%	22	22%	51	51%
Moderadamente deprimido	11	11%	2	2%	9	9%	22	22%
Severamente deprimido	0	0%	4	4%	1	1%	5	5%
Total	18	18%	43	43%	39	39%	100	100%

Fuente: Cruz, G. Escala de autoevaluación para la depresión de Zung.

Tabla cruzada de Grado de Instrucción * Depresión

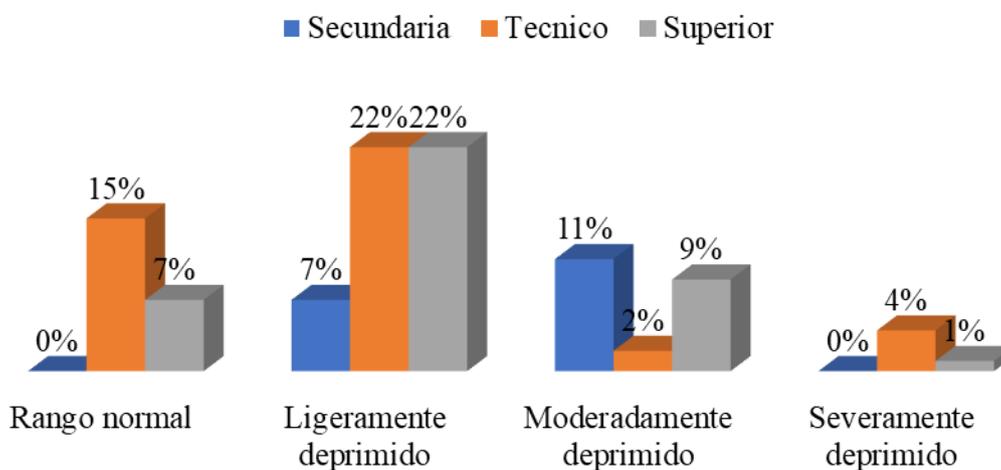


Figura 4. Diagrama de barras porcentual del nivel de depresión según grado de instrucción en pacientes con diabetes mellitus del centro médico EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019.

Fuente: tabla 5

En la tabla 05 y figura 04 según el grado de instrucción se observa que del 43.00% de los pacientes con grado de instrucción técnico, el 22% se encuentra en un nivel ligeramente deprimido; mientras que el 15% presenta un rango normal; así mismo el 4% se encuentra en un nivel severamente deprimido y el 2% tiene un nivel moderadamente deprimido; del 39% (39) con grado de instrucción superior, el 22% (22) se ubican en un nivel ligeramente deprimido; seguido del 9% que se encuentra en un nivel moderadamente deprimido, el 7% se encuentra dentro del rango normal y el 1% se encuentra en un nivel severamente deprimido y del 17% con grado de instrucción secundaria completa, el 11% (11) se encuentra con un nivel moderadamente deprimido y el 7% (7) se encuentra con un nivel ligeramente deprimido.

4.2 Análisis de los resultados

Luego de haber realizado la interpretación de los resultados, se planteó el siguiente análisis de los resultados:

Objetivo específico: 1 Identificar el nivel de depresión según sexo en pacientes con diabetes mellitus del centro médico de EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019, los cuales se encontraron que del 55% (55) de los pacientes varones, el 35% (35) se encuentran en un nivel ligeramente deprimido, seguido del 12% (12) se ubican en un nivel moderadamente deprimido; así mismo el 7% (7) se encuentran dentro del rango normal y el 1% (1) en un nivel severamente deprimido. Los resultados obtenidos en las pacientes mujeres quienes forman el 45% (45) de la población total, el 16% (16) se encuentran en un nivel ligeramente deprimido; seguido del 15% (15) que se ubican en el rango normal; así mismo el 10% (10) se encuentra en un nivel moderadamente deprimido y el 4% (4) tienen un nivel de severamente deprimido. Estos resultados se asemejan a la investigación realizada por Laban (2018) titulada Nivel de Depresión de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Esta investigación tiene como objetivo principal determinar el nivel de depresión en los adultos mayores del hogar asilo de ancianos Cristo el Buen Amigo de la Ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Para su realización se contó con el total de los adultos mayores de dicho asilo, siendo muestra 25, seleccionados bajo el criterio no probabilístico por conveniencia cuya base fueron los criterios de inclusión y exclusión. Así mismo, la investigación tiene un diseño No experimental de corte transeccional, Descriptivo. Para la recolección de datos se utilizó la escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Al procesar los resultados se encontró que en un 48% de los evaluados, existe un nivel de depresión moderada, seguido por

el 20% en un nivel severo. Por otra parte, se encontraron niveles de depresión moderada en ambos géneros, pero con una ligera tendencia al nivel severo en el género femenino. Mientras que en las dimensiones edad, estado civil y grado de instrucción, predomina el nivel moderado.

Objetivo específico 2 fue: Identificar los niveles de depresión según edad de pacientes de diabetes mellitus del centro médico de EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019 en el cual se halló que del 32% (32) de pacientes con edades de 36 a 45 años, el 15% se ubica en un nivel moderadamente deprimido; seguido del 8% que se ubican en un rango normal; así mismo el 7% se encuentra en un nivel ligeramente deprimido y el 2% presenta un nivel severamente deprimido; del 30% (30) con edades de 25 a 35 años, el 23% (23) se encuentra en un nivel ligeramente deprimido, el 5% se ubica dentro del rango normal y el 2% (2) se encuentra en un nivel moderadamente deprimido; del 21% (21) con edades de 46 a 55 años, el 12% (12) presenta un nivel ligeramente deprimido, el 5% (5) presenta un nivel moderadamente deprimido y el 4% se encuentra dentro del rango normal; del 17% (17) con edades de 56 a más años, el 9% presentan un nivel ligeramente deprimido; seguido del 5% que se encuentran dentro del rango normal y el 3% se ubica en un nivel severamente deprimido, estos resultados se contradicen con las investigaciones realizadas por Quinto (2018) titulada “Nivel de Depresión de la Población Adulta Mayor Hospitalizada en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo”, Resultados: Se obtuvo una muestra de 43 pacientes, el 28 % de los pacientes encuestados tuvo un nivel de depresión leve y 28% tuvo un nivel de depresión severo. El 19% de los pacientes con edades de 60 a 69 presentó depresión leve y el 25% depresión severa. El 33 % de los pacientes con edades de 70 a 79 presentó depresión leve y el 29% depresión severa. El 33.3% de los

pacientes mayores de 80 presentó depresión leve y el 33.3% presentó depresión severa. El 33% y el 27% de los pacientes con grado de instrucción primaria presentan depresión leve y severa respectivamente. El 29% y el 33% de los pacientes con grado de instrucción secundaria presentan depresión leve y severa respectivamente. El 16.7% y el 16.7% con grado de instrucción superior presentan depresión leve y severa respectivamente. El 45.83% de los pacientes con depresión tiene diabetes mellitus II, Conclusiones: El 28% de la población adulta mayor hospitalizada tiene depresión leve y el 28% tiene depresión severa. El grupo etario con mayor nivel de depresión fue en los que tenía más de 80 años. El grado de instrucción con mayor nivel de depresión fue el Primario y Secundario.

El tercer objetivo específico fue: Identificar el nivel de depresión según el grado de instrucción en pacientes con diabetes mellitus del centro médico de EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019, en el cual se evidencio que del 43.00% de los pacientes con grado de instrucción técnico, el 22% se encuentran en un nivel ligeramente deprimido; seguido del 15% que se encuentran dentro del rango normal, el 4% se encuentra en un nivel severamente deprimido y el 2% tiene un nivel moderadamente deprimido; del 39% (39) con grado de instrucción superior, el 22% (22) se ubican en un nivel ligeramente deprimido; seguido del 9% quienes se encuentran en un nivel moderadamente deprimido; así mismo el 7% se encuentra dentro del rango normal y el 1% se encuentra con un nivel severamente deprimido y del 18% con grado de instrucción secundaria completa, el 11% (11) se encuentra en un nivel moderadamente deprimido y el 7% (7) se encuentra en un nivel ligeramente deprimido, estos resultados se asemejan con la investigación realizadas por Quinto (2018) Titulada “Nivel de Depresión de la Población Adulta Mayor Hospitalizada el

Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo”, tuvo como objetivo Determinar el nivel de depresión de los adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina del hospital nacional Dos de Mayo durante el 2017. Resultados: Se obtuvo una muestra de 43 pacientes, el 28 % de los pacientes encuestados tuvo un nivel de depresión leve y 28% tuvo un nivel de depresión severo. El 19% de los pacientes con edades de 60 a 69 presento depresión leve y el 25% depresión severa. El 33 % de los pacientes con edades de 70 a 79 presentó depresión leve y el 29% depresión severa. El 33.3% de los pacientes mayores de 80 presentó depresión leve y el 33.3% presentó depresión severa. El 33% y el 27% de los pacientes con grado de instrucción primaria presentan depresión leve y severa respectivamente. El 29% y el 33% de los pacientes con grado de instrucción secundaria presentan depresión leve y severa respectivamente. El 16.7% y el 16.7% con grado de instrucción superior presentan depresión leve y severa respectivamente. El 45.83% de los pacientes con depresión tiene diabetes mellitus II, Conclusiones: El 28% de la población adulta mayor hospitalizada tiene depresión leve y el 28% tiene depresión severa. El grupo etario con mayor nivel de depresión fue en los que tenía más de 80 años. El grado de instrucción con mayor nivel de depresión fue el Primario y Secundario.

V. Conclusiones y recomendaciones

5.1 Conclusión

- Se concluye que en el Nivel de depresión de pacientes con diabetes mellitus del centro médico EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019; 51.00% de pacientes se encuentra en un rango ligeramente deprimido, mientras que el 22.00% de pacientes presentan un nivel rango normal, así mismo un 22.00% se ubican en el nivel moderadamente deprimido y el 5% de los pacientes presentan severamente deprimido, Se concluye que un porcentaje elevado de 78% de pacientes con diabetes mellitus del centro médico EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019, se encuentran en un rango de ligeramente deprimido a severamente deprimido y el 22% tienen un rango normal.
- Se concluye que el nivel de depresión según sexo de pacientes con diabetes mellitus del centro médico EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019; del 55% (55) de los pacientes varones, el 35% (35) se encuentran en un nivel ligeramente deprimido; seguido del 12% (12) se ubican en un nivel moderadamente deprimido; así mismo el 7% (7) se encuentran dentro del rango normal y el 1% (1) en un nivel severamente deprimido. Los resultados obtenidos en las pacientes mujeres quienes forman el 45% (45) de la población total, el 16% (16) se encuentran en un nivel ligeramente deprimido; seguido del 15% (15) que se ubican en el rango normal; así mismo el 10% (10) se encuentra en un nivel moderadamente deprimido y el 4% (4) tienen un nivel de severamente deprimido.
- Se concluyó que el nivel de depresión según edad de pacientes con diabetes mellitus del centro médico EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019;

del 32% (32) de pacientes con edades de 36 a 45 años, el 15% se encuentra en un nivel moderadamente deprimido; seguido del 8% que se ubican en un rango normal; así mismo el 7% se encuentra en un nivel ligeramente deprimido y el 2% presenta un nivel severamente deprimido; del 30% (30) con edades de 25 a 35 años, el 23% (23) se encuentra en un nivel ligeramente deprimido, el 5% se ubica dentro del rango normal y el 2% (2) se encuentra en un nivel moderadamente deprimido; del 21% (21) con edades de 46 a 55 años, el 12% (12) presenta un nivel ligeramente deprimido, el 5% (5) presenta un nivel moderadamente deprimido y el 4% se encuentra dentro del rango normal; del 17% (17) con edades de 56 a más años, el 9% presentan un nivel ligeramente deprimido; seguido del 5% que se encuentran dentro del rango normal y el 3% se ubica en un nivel severamente deprimido.

- Se concluye que el nivel de depresión según grado de instrucción de pacientes con diabetes mellitus del centro médico EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019; del 43.00% de los pacientes con grado de instrucción técnico, el 22% se encuentran en un nivel ligeramente deprimido; seguido del 15% que se encuentran dentro del rango normal, el 4% se encuentra en un nivel severamente deprimido y el 2% tiene un nivel moderadamente deprimido; del 39% (39) con grado de instrucción superior, el 22% (22) se ubican en un nivel ligeramente deprimido; seguido del 9% quienes se encuentran en un nivel moderadamente deprimido; así mismo el 7% se encuentra dentro del rango normal y el 1% se encuentra con un nivel severamente deprimido y del 18% con grado de instrucción secundaria completa, el 11% (11) se encuentra en un

nivel moderadamente deprimido y el 7% (7) se encuentra en un nivel ligeramente deprimido.

5.2 Recomendaciones

Después de los datos obtenidos y de nuestras conclusiones puedo dirigir mis recomendaciones en primer lugar a:

- El director con el personal de la salud mental deberá de promover las intervenciones integrando las redes sociales del personal con diabetes mellitus, pues esto funciona como un factor ante episodios depresivos.
- Al jefe del centro médico de EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, gestionar la capacitación de todo el personal que atiende a los pacientes con diabetes mellitus, como son personal de enfermería, médicos, nutricionistas y psicólogos en el manejo de las emociones para que se pueda brindar una mejor atención para reducir la depresión que presentan.
- Al jefe del centro de salud Essalud del distrito de Zarumilla – Tumbes crear estrategias y talleres de empoderamiento que le permita a los pacientes con diabetes mellitus que son el 72% que presentan de ligeramente a severamente deprimido para establecer nuevos paradigmas de autoconcepción para generar espacios de conciencia de sí mismo y así emprender el camino hacia nuevas metas.
- El jefe del centro de salud Essalud del distrito de Zarumilla - Tumbes, deberá de gestionar especialistas de la salud mental para mejorar la calidad de vida en los pacientes que se encuentran con ligeramente a severamente deprimido.

- Al jefe del centro de salud coordinar con el psicólogo del centro médico EsSalud del distrito de Zarumilla – Tumbes, para poder identificar a los pacientes que obtuvieron depresión establecida para brindar seguimiento y tratamiento adecuado a la alteración anímica por la que están pasando.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- (ADA) 2014 para la práctica clínica en el manejo de la diabetes mellitus.2014. Diabetes Práctica 2014. Vol 05(Supl Extr 2):1-24.
- Alejos, R. (2016). Depresión y riesgo suicida en estudiantes de un colegio del cercado de Lima. Recuperado de: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1516>
- Alfaro, Simal, Botella. Tratamiento de la diabetes mellitus. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud.2000. Vol. 24–N° 2.
- Antero Constantino-Cerna, Milagros Bocanegra- Malca, Franco León-Jiménez, Cristian Díaz-Vélez. Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital general de Chiclayo. Rev. Med Hered 2014; 25: 196-203.
- Asociación Americana de Diabetes (2018), “diabetes y depresión” Recuperado de: <https://www.elnuevodia.com/estilosdevida/saludyejercicios/nota/elriesgodeladepresionenlosdiabeticos-2401403/>
- Báez Ojeda M. (2014) clima social familiar y la depresión en el adulto mayor del hogar de las hermanitas de los ancianos desamparados- Piura 2014. http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/1542/CLIMA_SOCIAL_FAMILIAR_DEPRESION_IBANEZ_OJEDA_MARIBEL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bautista A, Rodríguez R, Rodríguez L. Epidemiología de la Depresión en México. Vigilancia Epidemiológica. 2001; vol. 18:1-3
- Benita Rosario Urbán-Reyes, José Juan Coghlan-López, Oscar Castañeda-Sánchez “estilo de vida y control glucémico en pacientes con diabetes mellitus en el primer nivel de atención” http://www.revistas.unam.mx/index.php/atencion_familiar/article/view/50728
- Cabanillas, A. y Dios, P. (2019). Depresión y el estado nutricional en estudiantes de 4to y 5to año de secundaria de la Institución Educativa “001 José Lishner

- Tudela” Tumbes, 2019. Recuperado de:
<http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/UNITUMBES/744>
- Castillo J, Barrera D, Pérez J, Álvarez F, “Depresión y diabetes: de la epidemiología a la neurobiología”, ReviNeurol, 2010, Disponible en:
<http://www.neurologia.com/pdf/Web/5106/be060347.pdf>
- Castillo Martell (2015) “casos de suicidios por depresión”
<https://peru21.pe/lima/depresion-causa-80-suicidios-peru-atendida-183854>
- Colagiuri R. Plan mundial contra la diabetes 2011 – 2021.FID. [Serie en internet]. 2010 [Citado el 03 Abr 2014]. Disponible en:
<http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP-Spanish.pdf>
- Colin D, Mathers, “Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030”, Noviembre, 2006, Disponible en:
<http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0030442#pm ed-0030442-sd004>
- Espinoza, F. (2016). Estilos de vida y depresión en adultos mayores, del centro del adulto mayor de Es salud, de la ciudad de Sullana. Recuperado de:
<http://repositorio.upagu.edu.pe/handle/UPAGU/224>
- Fabián San Miguel, (2010) Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades
http://www.cmim.org/boletin/pdf2010/MedIntContenido02_05.pdf
- Fabián, M (2010) “Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 y su asociación con el tipo de tratamiento, complicaciones de la diabetes y comorbilidades en Mexico” http://cmim.org/boletin/pdf2010/MedIntContenido02_05.pdf
- Gonzales, R. (2016). La Depresión como factor asociado a la adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 de los consultorios de endocrinología del Hospital Nacional Hipólito Unanue agosto-octubre 2016. Recuperado de:
http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/26/browse?type=title&sort_by=1&order=ASC&rpp=60&etal=30&null=&starts_with=D

- Heredia J, Bismarck P, “Depresion en Diabéticos: Un enfoque sistémico”, Universidad Católica Boliviana San Pablo”, Volumen 1, 2008, Disponible en: <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/ajayu/v6n1/v6n1a2.pdf>
- La Organización mundial de la salud 2015 “Depresión”, http://www.who.int/mental_health/management/depression/es/
- Laban, M. (2018). Nivel de depresión de los adultos mayores de la casa asilo de ancianos Cristo El Buen Amigo de la ciudad de Huancabamba, Piura 2018. Recuperado de: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/8918>
- León A. estilo de vida y salud: un problema socioeducativo, antecedentes. [Artículo en internet]. Educere. [Citado el 15 de Oct. del 2013]. Disponible desde el url: <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/32752/1/articulo>.
- Lloyd C., “Los efectos de la diabetes sobre la depresion y de la depresion sobre la diabetes”, Diabetes Voice, Volumen 53, Marzo, 2008, Disponible en: https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/2008_1_Lloyd_ES_0.pdf 25.
- Lopez, D. (2016). Depresión en estudiantes varones y estudiantes mujeres del primer año de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Peruana Unión Filial Juliaca-2016. Recuperado de: <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/643>
- López., L. (2013). Enfoque Cuantitativo-Positivismo: Enfoque Cuantitativo de la investigación. Enfoque Cuantitativo de la Investigación. Recuperado de: <http://enfoquecuantitativopositivismo.blogspot.pe/2013/05/enfoque-cuantitativo-de-la-investigacion.html>
- Mamani Cañazca C. (2015) Factores laborales y estilos de vida del personal de salud del Puesto de Salud Santa María, Juliaca – 2015. http://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/137/Carmen_Tesis_bac_hiller_2015.pdf?sequence=5&isAllowed=y
- Marly M. Evaluar los hábitos alimenticios del sector rural El Corozo, para diagnosticar su incidencia en el padecimiento de la diabetes mellitus. [Serie en internet]. 2010. [Citado 2013 Dic. 15]. [Alrededor de 2 pantalla]. Disponible en

URL: <http://www.buenastareas.com/ensayos/PlanteamientoDel-Problema/1193987.html>.

Medwave 2009 Diabetes mellitus: clasificación, fisiopatología y diagnóstico

<http://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Congresos/4315?ver=sindiseno>

Mendoza, L. (2019). Nivel de ansiedad y depresión en pacientes diagnosticados con cáncer en el Hospital Regional José Alfredo Mendoza Olavarría JAMO II – Tumbes, 2018. Recuperado de:

<http://repositorio.untumbes.edu.pe/handle/UNITUMBES/434>

Meza Medina, Minerva Del Carmen (2015) “factores asociados a la depresión en el paciente con diabetes mellitus de la unidad de medicina familiar no 61“

<https://cdigital.uv.mx/bitstream/handle/123456789/42241/MezaMedinaMinerva.pdf;jsessionid=A5BF18884413648E3B7077C18C978D1B?sequence=1>

Moreno Mijares, Solsireé Yornay, Velásquez Villarroel, Mónaco Alexander. Ansiedad y depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2, en comparación con un grupo control. Hospital “manuel nuñez tovar”. Maturin, estado monagas. Segundo trimestre de 2012. Tesis de grado. Ciudad Bolívar: Escuela de ciencias de la salud “dr. Francisco battistini casalta”, Departamento de salud mental; 2012.

Organización Mundial De La Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. [Documento en internet]. [Citado el 20 de Oct. del 2013]. Disponible desde el URL:

http://www.who.int/entity/nmh/publications/ncd_report_summar

Orosco, C. (2015). Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. Persona, (18), 91-104. Recuperado de <http://revistas.ulima.edu.pe/index.php/Persona/article/view/500>

Palomares estrada lita (2014)“estilos de vida saludables y su relación con el estado nutricional en profesionales de la salud” Disponible en:<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/bitstream/handle/10757/566985/TesisdeMaestr%C3%ADaLitaPalomares.pdf?sequence=2>

- Quinto, J. (2018). Nivel de Depresión de la Población Adulta Mayor Hospitalizada el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Dos de Mayo. Recuperado de: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/1742>
- Ramirez, E. (2017). Relación entre autoestima y la depresión en los padres que asisten a la asociación ayúdanos a ayudar a familiares y personas con discapacidad del distrito de Corrales - Tumbes, 2015. Recuperado de: <http://repositorio.uladech.edu.pe/handle/123456789/1488>
- Rodriguez, J., Zapatero, A. y Rios, M. (2014). Prevalencia de la depresión en la diabetes mellitus tipo 2 Prevalence of depression in type 2 diabetes mellitus. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2014.10.010>
- Romero P. Hacia una comprensión del concepto calidad de vida. [Monografía en internet]. Lima: World Health Organization Quality of life; 2009 [Citado el 28 de marzo del 2014]. [Alrededor de 4 pantallas]. Disponible desde: <http://calidaddevidapablromero.blogspot.com>
- Rosario Iglesias González, Lourdes Barutell Rubio, Sara Artola Menéndez, Rosario Serrano Martín⁴. Resumen de las recomendaciones de la American Diabetes Association
- Segundo Seclén. Diabetes Mellitus en el Perú: hacia dónde vamos. Rev Med Hered. 2015; 26:3-4.
- Torrejón, R. (2015). Nivel de depresión en adultos mayores, asentamiento humano. Señor de los milagros, Chachapoyas -2015. Recuperado de: <http://repositorio.untrm.edu.pe/bitstream/handle/UNTRM/143/Nivel%20de%20depresi%20en%20adultos%20mayores%20asentamiento%20humano.%20Se%20or%20de%20los%20Milagros.%20Chachapoyas-%202015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Vargas R. Piura tiene 70 mil pacientes con diabetes. RPP Noticias. 2011 Nov. 11; Disponible en URL: http://www.rpp.com.pe/2011-11-11-piura-tiene-70-mil-pacientes-condiabetes-oticia_421457.html

ANEXOS

ANEXO 1: Escala De Autoevaluación Para La Depresión De Zung

Por favor lea cada enunciado y decida con qué frecuencia el enunciado describe la forma en que usted se ha sentido en los últimos días.

Por favor marque (X) la columna adecuada.	Muy pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Casi siempre
1. Me siento triste y decaído.				
2. Por las mañanas me siento mejor.				
3. Tengo ganas de llorar y a veces lloro.				
4. Me cuesta mucho dormir por la noche.				
5. Como igual que antes.				
6. Aún tengo deseos sexuales.				
7. Noto que estoy adelgazando.				
8. Estoy estreñido.				
9. El corazón me late más rápido que antes.				
10. Me canso sin motivo.				
11. Mi mente esta tan despejada como siempre.				
12. Hago las cosas con la misma facilidad que antes.				
13. Me siento intranquilo y no puedo mantenerme quieto.				
14. Tengo confianza en el futuro.				

15. Estoy más irritable que antes.				
16. Encuentro fácil tomar decisiones.				
17. Siento que soy útil y necesario.				
18. Encuentro agradable vivir.				
19. Creo que sería mejor para las demás si estuviera muerto.				
20. Me gustan las mismas cosas que antes.				

ANEXO 2: CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

INTRODUCCIÓN

Estimado estudiante ha sido invitado (a) a participar en el estudio titulado:

NIVEL DE DEPRESIÓN EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS DEL CENTRO MÉDICO ESSALUD DEL DISTRITO DE ZARUMILLA – TUMBES, 2019.

Su participación es voluntaria y antes de tomar su decisión debe leer cuidadosamente este formato, hacer todas las preguntas y solicitar las aclaraciones que considere necesarias para comprenderlo.

1. OBJETIVO DEL ESTUDIO

El objetivo de la investigación para la cual estamos solicitando su colaboración es: Determinar el nivel de depresión en pacientes con diabetes mellitus del centro médico Es salud del distrito de Zarumilla – Tumbes, 2019.

2. PROCEDIMIENTOS GENERALES DEL ESTUDIO

Su aceptación y firma del presente formato es para autorizar al autor recoger la información requerida en el cuestionario de depresión. El mismo que será aplicado en el centro médico Essalud del distrito de Zarumilla.

3. BENEFICIOS

Se espera que el conocimiento derivado de este estudio, ayudara a obtener información sobre la depresión. La importancia de realizar este trabajo es dar a conocer a los pacientes el nivel de depresión que poseen y de esta forma podrán visualizar los

diferentes factores, externos e internos, que influyen en el nivel de depresión que tienen de sí mismos/as, los cuales pueden influir de forma positiva o negativa.

4. CONFIDENCIALIDAD

Toda información es de carácter confidencial y no se dará a conocer con nombre propio a menos que así lo exija la ley, o un comité de ética. En tal caso los resultados de la investigación se podrán publicar, pero sus datos no se presentan en forma identificable.

5. COSTOS Y COMPENSACIÓN

Los procedimientos que hacen parte de la investigación serán brindados sin costo alguno para usted. Usted no tiene derecho a compensaciones económicas por participar en la investigación.

6. INFORMACIÓN Y QUEJAS

Cualquier problema o duda, deberá informar a la responsable del estudio, Greasse Kelly Cruz Jiménez, cuyo número de celular es 972843622

Se le entregará una copia de este documento, firmada por la responsable del estudio, para que la conserve.

Declaro haber leído el presente formato de consentimiento y haber recibido respuesta satisfactoria a todas las preguntas que he formulado, antes de aceptar voluntariamente mi participación en el estudio.

Firma: _____

Nombres y apellidos: _____