

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA



TESIS

Título : NIVELES DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TUBÉRCULOSIS Y DIABETES DEL CENTRO DE SALUD COLLIQUE III DE COMAS, LIMA-2022.

Para optar : TITULO DE PSICOLOGO

Autores : Bach. Cecilia Catalina Rubio Malpartida
: Bach. Violeta Lourdes Olano Tantalean

Asesores : Mg. Castillo Bernia, Joan Manuel
: Mg. Hugo Alayo, Carla Romina

Línea de investigación : Salud y gestión de la salud

Fecha de inicio y culminación : Abril – julio del 2022
Huancayo – Perú - 2022

DEDICATORIA

A nuestros padres que día a día estuvieron apoyándonos incondicionalmente, a nuestros hijos por impulsarnos a ser mejores y a todas las personas especiales que han sido nuestro soporte y compañía durante el desarrollo de nuestra investigación.

Cecilia y Violeta

AGRADECIMIENTO

Agradecemos sobre todo a Dios por bendecirnos la existencia y permitirnos llegar hasta este momento tan importante de nuestra formación profesional.

Al jefe del centro de salud Collique III, Dr. Johnny Calderón Vargas por permitirnos realizar nuestra investigación en la institución que él dirige.

A nuestros asesores por el tiempo y los conocimientos brindados en cada paso de nuestra investigación.

Cecilia y Violeta



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

CONSTANCIA

DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN

La Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, hace constar por la presente, que el Informe Final titulado:

**NIVELES DE DEPRESIÓN EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TUBERCULOSIS Y DIABETES DEL CENTRO DE
 SALUD COLLIQUE III DE COMAS, LIMA-2022**

Cuyo autor (es) : RUBIO MALPARTIDA CECILIA CATALINA
 OLANO TANTALEAN VIOLETA LOURDES
 Facultad : CIENCIAS DE LA SALUD
 Escuela Profesional : PSICOLOGÍA
 Asesor (a) : MG. CASTILLO BERNIA JOAN MANUEL
 MG. HUGO ALAYO CARLA ROMINA

Que fue presentado con fecha: 13/09/2022 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 22/09/2022; con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

- Excluye bibliografía
- Excluye citas
- Excluye cadenas menores a 20 palabras
- Otro criterio (especificar)

Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 29%.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el Artículo N° 11 del Reglamento de uso de software de prevención de plagio, el cual indica que no se debe superar el 30%. Se declara, que el trabajo de investigación: si contiene un porcentaje aceptable de similitud.

Observaciones: Se analizó con el software dos veces.

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 22 de setiembre de 2022



CONSTANCIA N° 356 – DUI – FCS – UPLA/2022

c.c. Archivo
 EAG/ispj

INTRODUCCIÓN

La salud física y mental desempeña un papel crucial en el crecimiento y adecuado funcionamiento del ser humano. Sentirse triste o desanimado, preocupado por los diagnósticos y tratamientos que conllevan algunas enfermedades es común en el individuo ya que se dan cambios importantes en sus vidas y si esto no es atendido oportunamente podría el paciente llegar a la depresión afectando así el área emocional, cognitiva, conductual y en su aspecto físico.

Asimismo, Ríos et al. (2008) mencionaron que los pacientes con enfermedades crónicas evidencian más niveles de depresión y al mismo tiempo menores niveles de salud física y se sienten descontentos con su imagen corporal.

La depresión es una perturbación del estado del ánimo en la cual se distingue melancolía intensa superior a dos meses, producida por sucesos en lo cotidiano, muchas veces enlazados a pérdidas o inhabilidad para hacerles frente, además están las variaciones químicas en el cerebro, efectos secundarios de los fármacos, diversos trastornos físicos o médicos (Beck, 1983).

Y por ello es de vital importancia reconocer los indicios de la depresión en pacientes con patologías como la tuberculosis y diabetes, que será nuestra población para la presente investigación.

La tuberculosis en la actualidad sigue siendo una de las enfermedades infecciosas con mayor mortandad a nivel mundial y en nuestro país persiste como un grave problema en la agenda de la salud pública. El 57% de los casos con TB se presentan en Lima y Callao y a nivel de regiones las que tienen más casos son Ucayali, Madre de Dios, Loreto, Tacna e Ica, entre otros. (MINSA, 2022).

La tuberculosis desorganiza la estructura de la sociedad, separando a los niños de la escuela, a los adultos del trabajo, estigmatiza socialmente a las personas, afectando a las personas de menos recursos económicos. (Torres, 2002).

Por otro lado, está la diabetes que, es una enfermedad crónica, cuyo control dependerá del comportamiento de la persona, ya que es una enfermedad que impulsa a cambios en el modo de vida del paciente.

Según el ministerio de salud aproximadamente un millón y medio de personas mayores de 15 años tienen diabetes en el Perú, gran parte de los casos se concentran en la costa y la selva. En el 2020 las personas atendidas por esta enfermedad incrementaron en 1.6% a diferencia del 2019, con un total de 169,346 nuevos casos a nivel nacional.

Y en este contexto viendo la realidad de los pacientes en un centro de salud situado en una zona periférica de Lima, se precisó realizar un estudio sobre los niveles de depresión en una población tan vulnerable, como son los pacientes con tuberculosis y los pacientes con diabetes quienes no solo experimenta síntomas físicos, sino que a su vez emocionales, como frustraciones, se sienten retraídos socialmente, por ello es muy importante el diagnóstico oportuno de la depresión, para evitar el abandono al tratamiento y el progreso de la enfermedad.

Apoyados en la información antes mencionada se planteó investigar “Niveles de depresión en pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima - 2022, cuyo objetivo será determinar las diferencias de los niveles de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima.

La metodología que se consideró para este estudio fue tipo cuantitativo, nivel de investigación: descriptivo – comparativo. La técnica manejada para la recolección de datos fue la encuesta y el instrumento que se utilizó fue el Inventario de depresión de Aarón de Beck II.

La investigación constara de cinco capítulos:

En el capítulo I: Se presentó el planteamiento del estudio, la descripción del problema, en el cual se desarrolló la investigación, se planteó el problema general y los problemas específicos, continuando con la justificación social, teórica y metodológica y finalmente los objetivos generales y objetivos específicos.

Capítulo II: Se hizo referencia al marco teórico donde se trataron los antecedentes Internacionales y Nacionales, bases teóricas o científicas, marco conceptual de la variable (Depresión).

El capítulo III: La variable, se detalló la definición conceptual y la definición operacional.

Capítulo IV: Sobre la metodología, método de investigación, tipo de investigación, nivel de investigación, diseño, técnicas, instrumentos de recolección de datos, análisis de datos.

Finalmente, en el quinto capítulo se detalla los resultados de la investigación mediante las tablas de frecuencia y porcentaje que son representadas con gráficos en relación con cada objetivo, además se encuentra la discusión, las conclusiones, las recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

CONTENIDO

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INTRODUCCIÓN	v
CONTENIDO	viii
CONTENIDO DE TABLAS	x
CONTENIDO DE FIGURAS	xi
RESUMEN	1
ABSTRAC	2
CAPITULO I	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1. Descripción de la realidad problemática	3
1.2. Delimitación del problema	5
1.2.1. Delimitación espacial.....	5
1.2.2. Delimitación temporal	5
1.2.3. Delimitación Teórica	5
1.3. Formulación del problema	5
1.3.1. Problema General.....	5
1.3.2. Problema(s) Específico(s).....	6
1.4. Justificación.....	6
1.4.1. Justificación teórica	6
1.4.2. Justificación Social	6
1.4.3. Justificación Metodológica	7
1.5. Objetivos	7
1.5.1. Objetivo General.....	7

1.5.2. Objetivo(s) Específico(s)	7
CAPITULO II	10
MARCO TEORICO.....	10
2.1. Antecedentes de la investigación	10
2.1.1. Antecedentes nacionales	10
2.1.2. Antecedentes internacionales.....	11
2.2. Bases teóricas	13
2.2.1. Definición de la depresión.	13
2.2.2. Tuberculosis	25
2.2.3. Diabetes.....	28
2.3. Marco conceptual	32
III CAPITULO.....	35
HIPOTESIS.....	35
3.1. Hipótesis general	35
3.2. Hipótesis específica.....	35
3.3. Variables.....	36
3.3.1. Variable: Depresión	36
CAPITULO IV.....	38
METODOLOGÍA.....	38
4.1. Método de investigación	38
4.2. Tipo de investigación	39
4.3. Nivel de investigación	39
4.4. Diseño de investigación	39
4.5. Población y muestra	39
4.5.1. Criterios de inclusión.	40

4.5.2. Criterios de exclusión.	40
4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	40
4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.	46
4.8. Aspectos Éticos de la investigación.....	46
CAPITULO V.....	48
RESULTADOS.....	48
5.1. Descripción de los datos.....	48
5.2. Contrastación de la hipótesis.....	51
5.2.1. Hipótesis general.....	51
5.2.2. Hipótesis Específica.....	53
CONCLUSIONES.....	64
RECOMENDACIONES.....	65
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	66
Anexos.....	70
Anexo 1. Matriz de consistencia.....	71
Anexo 2. Matriz de la operacionalización de la variable.....	74
Anexo 3. Operacionalización del instrumento.....	76
Anexo 4. Instrumento de investigación.....	77
Anexo 5. Confiabilidad y validez del instrumento.....	82
Anexo 6. Data de procesamiento de datos.....	83
Anexo 7. Consentimiento informado.....	85
Anexo 8. Declaración de confidencialidad.....	88

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1. Estadística de fiabilidad del instrumento aplicado a nuestra investigación.....	44
---	----

Tabla 2. <i>Resultado del juicio de expertos.</i>	44
Tabla 3. <i>Puntajes de nivel de depresión</i>	45
Tabla 4. <i>Puntajes de las dimensiones</i>	45
Tabla 5. <i>Cuadro comparativo de los niveles de depresión en pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes.</i>	48
Tabla 6. <i>Comparación de los niveles de depresión en la dimensión cognitivo afectivo.</i>	49
Tabla 7. <i>Comparación de los niveles de depresión en la dimensión somático motivacional.</i> 50	
Tabla 8. <i>Estadístico de la prueba U de Mann-Whitney de la hipótesis general.</i>	52
Tabla 9. <i>Estadígrafo de prueba U de Mann-Whitney de la hipótesis específica 1</i>	54
Tabla 10. <i>Estadígrafo de prueba U de Mann-Whitney de la hipótesis específica 2</i>	55

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1. <i>Elementos del modelo cognitivo de Beck et al (2010).</i>	21
Figura 2. <i>Comparación de niveles de depresión en pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes.</i>	48
Figura 3. <i>Comparación de los niveles de depresión en la dimensión cognitivo afectivo.</i>	50
Figura 4. <i>Comparación de los niveles de depresión en la dimensión somático motivacional.</i>	51

RESUMEN

El presente estudio tuvo como propósito: Comparar los niveles de depresión de los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes que estaban siendo atendidos en el centro de salud Collique III. Para tal efecto, El tipo de investigación fue básico, nivel descriptivo, diseño descriptivo comparativo. Se trabajó con una muestra de 70 pacientes, a los que se les aplicó el instrumento: Inventario de Depresión de Beck – II, el mismo que pasó los procesos de validez y confiabilidad. Al finalizar la investigación de acuerdo al estadígrafo U de Mann Whitney se llegó a la conclusión que no existen diferencias significativas y que predomina el nivel de depresión mínimo - normal en pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima 2022, lo cual significa que la atención integral está siendo muy beneficiosa en cuanto a la recuperación de los pacientes en tratamiento por enfermedades crónicas. Sin embargo, hay que resaltar que existen algunos pacientes en el grupo de tuberculosis: 20% (7 evaluados) nivel moderado, 17,1% (6 evaluados) nivel de depresión severo, del mismo modo en diabetes 17,1 % (6 evaluados) en el nivel moderado y 11,4% (4 evaluados) nivel severo, por lo que se tendría que continuar brindando apoyo psicológico.

Palabras claves: depresión, tuberculosis, diabetes inventario de depresión de Beck.

ABSTRACT

The purpose of this study was: To compare the levels of depression of patients diagnosed with tuberculosis and diabetes who were being treated at the Collique III health center. For this purpose, the type of research was basic, descriptive level, comparative descriptive design. We worked with a sample of 70 patients, to whom the instrument was applied: Beck Depression Inventory - II, the same one that passed the processes of validity and reliability. At the end of the investigation according to the Mann Whitney U statistician, it was concluded that there are no significant differences and that the minimum - normal level of depression predominates in patients diagnosed with tuberculosis and diabetes at the Collique III health center in Comas, Lima 2022, which means that comprehensive care is being very beneficial in terms of the recovery of patients undergoing treatment for chronic diseases. However, it should be noted that there are some patients in the tuberculosis group: 20% (7 evaluated) moderate level, 17.1% (6 evaluated) severe level of depression, in the same way in diabetes 17.1% (6 evaluated) at the moderate level and 11.4% (4 evaluated) severe level, so psychological support would have to continue to be provided.

Keywords: depression, tuberculosis, diabetes Beck depression inventory.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Actualmente la depresión es una enfermedad frecuente y de prioridad para la asistencia sanitaria por su elevada frecuencia y los efectos que origina sobre la sociedad en términos de mortalidad y morbilidad. Siendo la depresión diferente de los cambios usuales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana, esta puede convertirse en una dificultad de bienestar, especialmente cuando es reiterado y de intensidad moderada a grave. Puede causar gran sufrimiento a la persona afectada e interferir en sus actividades laborales, escolares y familiares. (OMS, 2022)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) la depresión es una enfermedad recurrente en todo el mundo, pues se deduce que impacta al 3,8% de la población, incluidos adultos en un 5% y adultos de más de 60 años en 5,7%. A nivel mundial, con corta diferencia existen 280 millones de personas que tienen depresión.

Por otra parte, en nuestro país, el ministerio de salud (MINSA) indicó que hubo un total de 313,455 casos de personas con depresión y que fueron atendidas a nivel nacional durante el 2021. (Andina, 2022)

Teniendo en cuenta que la tuberculosis en el Perú continúa siendo un gran problema de salud pública; el 57 % de los casos se presentan en Lima y Callao, y a nivel de regiones las que cuentan con más casos son Ucayali, Madre de Dios, Loreto, Tacna e Ica, entre otros. (Minsa, 2022)

Por otro lado, la enfermedad de la diabetes en el 2020 se incrementó en un 1.6% en comparación con el año 2019, con un resultado de 169,346 nuevos casos a nivel nacional.

La Organización Panamericana de la Salud sostiene que la diabetes y la tuberculosis son enfermedades crónicas y relevantes problemas de salud pública a nivel mundial. La tuberculosis impacta a los países en desarrollo, siendo una de las causas principales de muerte. La diabetes, era un problema de salud en países desarrollados, está ahora en aumento en todo el mundo, con alcances que indican que su prevalencia aumentara notoriamente en países en desarrollo en los próximos años. OPS (2013)

Con respecto a lo antes mencionado es preciso conocer los niveles de depresión y a la vez realizar una comparación entre los pacientes de ambas patologías del centro de salud Collique III de Comas. La situación de algunos pacientes no es comprometida, ya que no cumplen el horario establecido para sus tratamientos, no acuden a sus controles y en algunos casos abandonan el tratamiento. Estas conductas podrían ser por factores como, la larga duración del tratamiento, la estigmatización que sufre el paciente, la falta de apoyo familiar, entre otros, factores que desarrollarían depresión, perjudicando la calidad de vida de este grupo tan vulnerable. Por ello, es importante considerar que la detección oportuna de pacientes con sintomatología depresiva, ya que podría generar mejoras significativas en su estado de salud.

1.2. Delimitación del problema

1.2.1. Delimitación espacial

Para el desarrollo del presente trabajo, contamos con la participación de los pacientes que se encuentran llevando tratamiento de tuberculosis y diabetes del Centro de Salud Collique III, ubicado en Avenida Santa Rosa s/n cuadra 9 Pueblo Joven Collique, distrito de Comas, provincia Lima.

1.2.2. Delimitación temporal

Este presente trabajo investigativo inicio en el mes de marzo y culmino en julio 2022, tiempo en el cual pudimos obtener los niveles de depresión en estos grupos de pacientes y a la vez realizar una comparación de estos.

1.2.3. Delimitación Teórica

Para la explicación de nuestra investigación, nos apoyamos en la teoría de la Depresión de Aaron Beck (BDI II), quien sostiene que la depresión tiene un origen en nuestros pensamientos, el cual se explica con la aparición de ideas distorsionadas en el individuo, los mismos que tendrán un efecto negativo en la interpretación y percepción sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, dando lugar a un ciclo repetitivo que genera y sostiene los síntomas depresivos.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema General

¿Cuáles son los niveles de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima– 2022?

1.3.2. Problema(s) Específico(s)

¿Cuáles son los niveles de depresión en la dimensión cognitivo afectivo en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima– 2022?

¿Cuáles son los niveles de depresión en la dimensión somático motivacional en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del Centro de Salud Collique III de Comas, Lima – 2022?

1.4. Justificación

1.4.1. Justificación teórica

La investigación con los resultados obtenidos permitió comparar los niveles de depresión existentes en los pacientes con tuberculosis y pacientes con diabetes del Centro De Salud Collique III de Comas, Lima.

La problemática de la depresión fue evaluada según la visión teórica propuesta por Aarón Beck, aportando información importante y actualizada de los niveles de depresión que puedan estar sintiendo durante su tratamiento los pacientes con enfermedades médicas en este caso tuberculosis y diabetes. Contribuyendo así con nuevos conocimientos a futuras investigaciones.

1.4.2. Justificación Social

Cuando el paciente es diagnosticado con alguna enfermedad médica, comúnmente tiende a sentir triste, desanimado, preocupado, muchas veces por la duración de los tratamientos, por los cambios importantes que se darán en sus vidas, y si esto no fuese observado y atendido oportunamente podría llegar a la depresión. El presente estudio es importante ya que detectó los niveles de depresión y a la vez hizo una comparación de estos en pacientes con enfermedades como la tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de

Comas. Con la obtención de los resultados se puede lograr poner atención en la salud mental de los pacientes con el propósito de que puedan exteriorizar sus sentimientos y clarificar ciertos pensamientos que tiene que ver con su enfermedad.

1.4.3. Justificación Metodológica

La presente investigación es importante a nivel metodológico puesto que buscó proporcionar información confiable sobre la realidad de la salud mental y emocional en función de las necesidades de los pacientes con tuberculosis y diabetes que es nuestra población objetivo. Este estudio es cuantitativo ya que será necesario para analizar los resultados de las encuestas que se aplicarán a los pacientes del centro de salud y descriptiva porque buscara especificar propiedades, características y rasgos importantes de nuestra muestra de estudio (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

Para lo cual se utilizó el instrumento de evaluación: Inventario de depresión de Beck el cual paso por validez y confiabilidad mediante el Alfa de Cronbach, con el objetivo de medir el grado de depresión en adultos y adolescentes, a través de la evaluación de los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos en el MSD.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

- Comparar los niveles de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de Salud Collique III de Comas, Lima - 2022.

1.5.2. Objetivo(s) Específico(s)

- Comparar los niveles de depresión en la dimensión cognitivo afectivo en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III, Comas, Lima, 2022.
- Comparar los niveles de depresión en la dimensión somático motivacional en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique

III, Comas, Lima, 2022.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes nacionales

Torres (2019) en su investigación titulada “*Nivel de depresión según soporte social en pacientes diagnosticados con tuberculosis pulmonar frotis positivo de la micro red de salud La libertad*” cuyo objetivo es entender la relación entre soporte social y el Nivel de depresión en los pacientes con tuberculosis, el estudio fue de tipo descriptivo, con diseño no experimental se contó con una población y muestra censal conformada por 24 pacientes valiéndose de la técnica, la encuesta, el inventario de depresión de Beck y el cuestionario de MOS(estudios de resultados médicos) obteniendo como resultados, el 62,5% no presentan depresión, el 7% depresión leve, y el 8,3% presentan nivel de depresión moderada. Así mismo este precedente ayudará a nuestra investigación a confirmar en qué nivel afecta la depresión a los pacientes con Tuberculosis.

Cabrera (2019) en su investigación “*Niveles de depresión en relación con el tiempo de enfermedad en pacientes diabéticos tipo 2*” cuyo objetivo fue reconocer si existe relación entre los niveles de depresión y el tiempo de enfermedad en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 en el hospital Belén de Trujillo. Con una muestra de 123 pacientes con resultados de diabetes

mellitus, los cuales se dividieron según los de nivel de depresión y tiempo de enfermedad; se utilizó como instrumento, el inventario de Beck.

No se encontraron diferencias significativas respecto a la edad, género ni procedencia entre los pacientes según tiempo de enfermedad. La distribución de los pacientes según el nivel de depresión fue; no depresión (59%); depresión leve (22%); moderada (15%); grave (4%). Se concluye que existe relación entre niveles de depresión y el tiempo de enfermedad en pacientes con diabetes con mellitus tipo 2 en el hospital Belén de Trujillo.

Riquero (2014) en su estudio titulado “*Depresión en pacientes con tuberculosis según tipo de tratamiento de la Red Urbana del Minsa Chiclayo, 2012*” cuyo fin fue comparar los niveles de depresión en pacientes diagnosticados con tuberculosis en base al tipo de tratamiento que brinda la red urbana del Ministerio de Salud en la ciudad de Chiclayo en el año 2012, de diseño comparativo, tipo no experimental, conformado por 120 pacientes. Se utilizó como instrumento de recolección de datos el Inventario de Aarón Beck. Los resultados alcanzados fueron: que la depresión varía según el tipo de tratamiento que recibe, ya que los pacientes del esquema I presentan niveles bajos de depresión oscilando de leve a moderada, sin embargo, los que reciben tratamiento multiresistente presentan niveles de depresión moderada a severa. Así mismo esta referencia será útil para posteriores investigaciones.

2.1.2. Antecedentes internacionales

Díaz, Vásquez & Fernández (2016), en su estudio titulado “*Niveles de depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*” cuya finalidad fue identificar los niveles de depresión en los pacientes con diabetes mellitus 2. Para ello se llevó a cabo un estudio descriptivo transversal que refiere la relación entre los niveles depresivos y esta enfermedad en pacientes de la clínica 44 del seguro social de la ciudad de Durango. La muestra estuvo conformada por 232 pacientes con edades entre los 20 y 84 años de edad, se empleó como instrumento de evaluación psicológica el inventario de depresión de Beck (BDI-II), conformado por 21 ítems

diseñados para la medición de sintomatología cognitiva, afectiva, somática e interpersonal de la depresión. Los resultados conseguidos en función del nivel de depresión de la población fueron: 53,4% presentan altibajos considerados normales en sus estados de ánimo, es decir no hay síntomas depresivos persistentes que hagan pensar que pudiera haber niveles significativos de depresión. Por lo contrario, se aprecia que solo 9 % de la muestra estudiada se encuentran en una escala de depresión grave.

En cuanto al nivel de depresión leve se encontró al 18.5% y nivel moderado a un 11,2% de la muestra. En conclusión, los resultados fueron, que el 71.9% (167 pacientes) no presentan ninguna alteración emocional, o bien son considerados normales, entonces se observa que en la muestra no existe una correlación entre la depresión y la diabetes mellitus dejando pauta para el estudio de diferentes factores en donde el control glucémico no se encuentre dentro de los niveles.

García (2013) en su investigación titulada, "*Depresión en pacientes con tuberculosis pulmonar, estudio comparativo con pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de reciente diagnóstico y control sujetos sanos en el estado de aguas calientes*" teniendo como propósito: Definir cuál es el grado de depresión en pacientes con diagnóstico reciente en casos nuevos Tuberculosis pulmonar en comparación con diabetes mellitus de reciente diagnóstico y con controles sanos en el estado de aguas calientes. Estudio de tipo observacional, prospectivo, comparativo. Transversal. Se aplicó de manera personal el inventario de depresión de Beck. Obteniendo los siguientes resultados: la ausencia de sintomatología depresiva no es significativa al comparar el grupo de pacientes con tuberculosis, diabetes, a la comparación de los grupos de pacientes con tuberculosis, diabetes y controles se observó en cuanto a ausencia de síntomas TB 28%, DM 38% y control 66% , en el grado de depresión leve no se encontraron diferencias entre los tres grupos; en el grado de depresión moderada solo hubo diferencias significativas a la comparación del grupo control TBP 26.1% y DM2 26%, grupo control 8%

, en el grado de depresión severa hubo diferencia significativa entre los grupos TBP 12.26% y DM2 10%, controles 0%. En conclusión: Los pacientes con tuberculosis y pacientes con diabetes presentan mayor grado de depresión en comparación con los sujetos sanos, el grupo de tuberculosis presentó mayor nivel de depresión que el de diabetes.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Definición de la depresión.

La organización mundial de la salud (OMS, 2017), explica a la depresión como una alteración mental recurrente, que se manifiesta por presentar tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, autoestima baja, trastornos de la alimentación o del sueño, sensación continua de cansancio y falta de concentración. Es el efecto de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos, quienes han pasado por circunstancias vitales adversas como desempleo, luto, traumatismos psicológicos tienen más posibilidades de sufrir depresión. Esta puede llevar al individuo al suicidio, si es leve se puede tratar sin tratamiento farmacológico, pero cuando es moderada o grave se puede necesitar fármacos y psicoterapia profesional.

A su vez Navarro (1990), refiere que la depresión obstaculiza la imaginación del individuo, haciendo que disminuya la afición por sus actividades cotidianas. En algunos casos el individuo se aparta y le es indiferente lo que sucede a su alrededor, la idea suicida es muy común.

Además, López (2007) explica a la depresión como un trastorno emocional por presentar alteraciones del humor, tristeza, disminución de la autoestima, inhibición, fatiga, insomnio, pensamientos negativos y que tienen como consecuencia la disminución de la actividad vital diaria.

Por otro lado, NIMH (2021) refiere que la depresión puede asociarse con otros trastornos mentales y otras enfermedades, como diabetes, cáncer, enfermedades cardíacas y

dolor crónico. La depresión puede empeorar estas condiciones y viceversa. Ya que los medicamentos que utilizan para su tratamiento pueden producirles rasas que podrían contribuir a los síntomas de la depresión.

Por ello, Baena, Sandoval, Urbina, Juárez, Bayardo (citado en la Revista Universitaria, 2005) la depresión vendría a ser, una enfermedad que impacta en el individuo en su totalidad, es un sentimiento constante de incapacidad, desinterés por el mundo y desconfianza al pensar en el futuro, cambiando desfavorablemente las características del sujeto.

Por su parte Stucchi (2022) define a la depresión como una tristeza excesiva en duración e intensidad, que compromete el adecuado funcionamiento de la persona en su vida diaria o la lleva a ideas de terminar con su existencia.

Para terminar con las definiciones de la variable en estudio, tenemos que, clínicamente, la depresión es una alteración del estado del ánimo donde se distingue una tristeza intensa superior a dos meses, a causa de hechos ocurridos en la vida diaria, relacionados con pérdidas o incapacidad para hacerles frente, también se encuentran los cambios químicos en el cerebro, efectos secundarios de medicamentos, diversos trastornos físicos o médicos (Beck, 1983).

2.2.1.1.Síntomas de la depresión

No todas las personas con depresión padecen los mismos síntomas, estos se diferenciarán por la gravedad, frecuencia y duración. Los malestares típicos indican un cambio individual y notable.

Según la perspectiva de la organización Mundial de la salud (OMS,2021) En un episodio depresivo, la persona experimenta tristeza, irritabilidad, sensación de vacío, pérdida del disfrute o del interés en actividades diarias durante todos los días, durante al menos dos semanas. También está la dificultad de concentración, el sentimiento de culpa excesiva o de

autoestima baja, desesperanza hacia el futuro, ideas de muerte o de suicidio, alteraciones del sueño, variaciones en el apetito o en el peso y falta de energía.

El diagnóstico de la depresión generalmente se determina a partir de la observación del deterioro de la apariencia y aspecto personal, bajo tono de voz, facies tristes o poco expresivas, llanto fácil o espontáneo, disminución de la atención, verbalización de ideas pesimistas, alteraciones del sueño, quejas somáticas difusas (Alberdi Sadupe, Taboada, & Vázquez, 2006).

Durante un evento depresivo la persona siente impedimentos considerables en su actividad personal, familiar, social, educativa, ocupacional y en otros ámbitos importantes de sus vidas (OMS 2021).

El modelo cognitivo observa el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como resultado de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real. Si tiene la idea errónea que vive excluido de la sociedad, se sentirá solo.

Los síntomas motivacionales (por ejemplo, poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación) también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas. La falta de voluntad viene provocada por el desánimo y impaciencia del paciente. Si esperamos un resultado negativo no puede responsabilizarse a realizar una determinada tarea. Los pensamientos de suicidio pueden entenderse como una salida del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas sin solución.

Por último, la teoría cognitiva también puede aclarar los síntomas físicos de la depresión. La dejadez y la falta de energías pueden ser resultado de la convicción del paciente de que está elegido a fracasar en todo cuanto se proponga. El enfoque negativo del futuro puede producir una “inhibición psicomotriz”. (Beck, 2010, pp 20-21).

2.2.1.2. Causas de la depresión

La depresión es la consecuencia de interacciones complejas entre factores sociales, psicológicos y biológicos. Las personas que han pasado por situaciones vitales adversas (desempleo, luto, eventos traumáticos) tienen más probabilidades de sufrir depresión y esta a su vez puede generar más estrés y disfunción y empeorar la situación vital de la persona y por consiguiente la propia depresión. Hay enfermedades físicas que pueden causar depresión, entre ellas están las enfermedades cardiovasculares que pueden generar depresión y viceversa. (OMS, 2021).

Así mismo (Knittel, 2007; citado por Huaroc y Yachi, 2021) señala que la genética, la biología y el medio ambiente ayudan al aumento de la depresión, las causas genéticas incluyen una susceptibilidad hereditaria a la depresión, las causas biológicas están vinculadas al balanceo hormonal y las razones medioambientales están enlazadas al estrés.

Los orígenes de la depresión son variados, pero la bioquímica puede ayudar a aclarar algunos casos. Las personas con depresión tienen niveles elevados de cortisol (una hormona) y de diversos agentes químicos que actúan en el cerebro, como los neurotransmisores: serotonina, dopamina y noradrenalina. Estos niveles pueden estar altos por motivos hereditarios. (Avilés & Padilla, 2013)

En los últimos años la investigación científica ha evidenciado que algunas enfermedades físicas pueden crear problemas de salud mental. Entre ellas están los accidentes cerebro vasculares, los ataques al corazón, el cáncer y otras enfermedades crónicas como la tuberculosis, pueden ocasionar enfermedades depresivas. La persona enferma y deprimida se siente apática, y sin deseos de atender sus propias necesidades físicas, lo cual afecta su recuperación (Ministerio de salud Perú, 2005)

San Molina y Arranza (2010) “piensan que hay factores que nos hacen susceptibles a este trastorno como, por ejemplo: Los genes, la familia, estilo de pensamientos, personalidad, género, enfermedades crónicas, problemas económicos. Pero también existen factores que pueden ocasionar depresión: Estrés, presencia de enfermedad médica, sucesos estresantes en la etapa de vida y uso de fármacos”.

Tener en cuenta la etiología de la depresión es fundamental ya que al identificar la causa del trastorno se puede obtener una mejor perspectiva del origen del problema y así establecer un tratamiento psicológico adecuado.

2.2.1.3. Clasificación de la depresión

La OMS (2021), los episodios depresivos pueden clasificarse en: leves, moderados o graves en función del número y la intensidad de los síntomas, así como las repercusiones en el funcionamiento de la persona.

Criterios de gravedad de un episodio depresivo de acuerdo al CIE.10:

Depresión leve; la persona con un episodio leve posiblemente está dispuesta para continuar con sus actividades. Están presentes síntomas como: humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que dura al menos dos semanas, evidente pérdida de los intereses o de la facultad de disfrutar de actividades que le eran placenteras, falta de vitalidad.

Depresión moderada; En este nivel los pacientes tendrán dificultades para continuar con sus actividades ordinarias. Presentarán síntomas como pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad, reproches hacia sí mismo, sentimientos de culpa excesiva e inadecuada, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida, disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de

decisión y vacilaciones, cambios de actividad psicomotriz con agitación o inhibición, alteraciones del sueño, cambios del apetito.

Depresión severa; En este nivel de depresión el paciente presenta síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de culpa e inutilidad. Son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes, en algunos casos pueden aparecer síntomas psicóticos.

Para la presente investigación se está considerando el nivel de depresión mínimo, dado que en el manual original del BDI-II de Beck (1979) se plantea que la depresión se mide bajo los siguientes niveles: Depresión mínima (0 – 9), depresión leve (10 – 18), depresión moderada (19 – 29), depresión severa (> 30) donde el nivel mínimo no sería depresión sino estados de ánimo considerados como normales.

2.2.1.4. Factores de riesgo

Cuesta, E., Picón, J., & Pineida, P. (2022) señalan que entre los factores de riesgo más frecuentes asociados con la manifestación de trastornos de depresión se evidencia a aquellas personas que tienen enfermedades previas que generan dolor físico, condiciones clínicas incapacitantes, enfermedades crónicas, antecedentes de estados depresivos, antecedentes de demencia”.

2.2.1.5. Dimensiones de la depresión

Según Beck, Steer y Brown (1996):

Cognitivo – afectivo: Síntomas que generan malestar y están estrechamente relacionados con los pensamientos y las emociones.

Somático – motivacional: Síntomas que muestran indicios físicos, sin causa tangible, que modifican el comportamiento parcial y funcionamiento.

2.2.1.6. Enfermedad física y depresión

El vínculo entre enfermedad médica y depresión ha sido abordado por muchos autores, encontrándose varias vías de relación. De acuerdo con Goodwin, Kroenke, Hoven y Spitzer (2003), citado en Agudelo, Lucumì y Santa María (2008) la comorbilidad entre enfermedad física y depresión puede comprenderse en la línea de que la situación física causa la depresión, o también que la situación física desarrolla o incrementa la depresión.

Los pacientes que padecen algún tipo de enfermedad medica tienen mayor posibilidad de manifestar síntomas depresivos que el resto de la población general, estas cifras oscilan entre el 10 a 60 porciento (Fernández, 2001; MacHale, 2002) citado en Agudelo, Lucumì Santa María (2008)

Asimismo, López (2007) refiere enfermar implica enfrentarse a un mundo hasta entonces desconocido. Todo individuo cuando enferma siente una serie de reacciones emocionales ante la enfermedad que el médico debe considerar. Lo más común es que se tenga miedo a lo incierto, al dolor, a la posibilidad de tener una enfermedad incurable, a la pérdida de autonomía o miedo a la muerte.

Bonilla, Rivera & Rivera (2019), la tuberculosis produce deterioro clínico que causa al paciente problemas sociales y mentales, con mayor frecuencia la depresión, que afecta negativamente al proceso del tratamiento, recomendando a la persona de salud tener en cuenta esta situación, al evaluar a los pacientes con tuberculosis; la depresión no diagnosticada puede amenazar la eficacia de la estrategia DOTS (Tratamiento bajo Observación Directa).

Giraldo, Valencia & Cardona (2018), la enfermedad impacta negativamente la función física, salud mental y desempeño social, lo que evidencia la necesidad de un enfoque de atención multidimensional e interdisciplinaria.

Hernández (2008) advirtió que la depresión no siempre se manifiesta con tristeza y llanto, como muchas veces se cree. En pacientes con tuberculosis suele darse por no poder realizar como siempre lo hacía, generándole esto sentimientos de impotencia, así mismo la desinformación y el temor al contagio conlleva al aislamiento familiar, lo que, al asociarse al estigma social, afecta significativamente su autoestima y la capacidad para afrontar adecuadamente el proceso de la enfermedad. El personal de salud, quien mantiene comunicación diaria con las personas afectadas debe mantenerse alertas a las señales que puedan indicar una depresión.

Asimismo, Arranz y San Molina (2010) señalaron que la manifestación de una enfermedad física puede generar sentimientos de baja autoestima y falta de confianza. Por ejemplo, la depresión es común después de un ataque al corazón, tal vez porque la persona se da cuenta de su propia mortalidad. En el adulto mayor la enfermedad física es la principal causa de depresión.

De igual modo, Becerra, Medina & Riquer (2019), sostienen que la depresión es una reacción emocional que suele estar presente en la mayoría de las enfermedades crónicas y que tiene un efecto que va más allá del importante malestar que compromete, puesto que afecta la puesta en marcha o no de conductas de autocuidado y de control de la enfermedad.

La incorporación de la salud mental a la atención primaria se configura como la estrategia más viable para proveer de atención en salud mental en contextos como el nuestro. La integración ayudaría a estos pacientes aliviando las consecuencias de la comorbilidad. Actualmente en nuestro país se han estado implementado diversos proyectos de integración esto demuestra una mayor disposición para fortalecer la atención primaria y ofrecer a los pacientes un cuidado integral que contemple su salud mental (Diez-Canseco F et al.)

2.2.1.7. El modelo cognitivo de la depresión

El modelo cognitivo de la depresión ha aparecido a partir de indagaciones clínicas metódicas y de investigaciones experimentales (Beck, 1963, 1964, 1967). Esta interacción entre los enfoques clínico y experimental ha permitido el desarrollo progresivo del modelo y del tipo de terapia que de él se deriva. El modelo cognitivo demanda tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

- 1.- La triada cognitiva.
- 2.- Los esquemas.
- 3.- Los errores cognitivos (errores en el proceso de la información).

Según la teoría cognitiva de la depresión de Beck, Rush, Shaw y Emery (2010), que es la que se considera a modo de apoyo para la presente investigación, la depresión es el entendimiento erróneo de cada una de las situaciones de la vida cotidiana.

Beck et al (2010) formulan un modelo cognitivo de la depresión, el cual consta de los elementos mostrados en la figura 1.

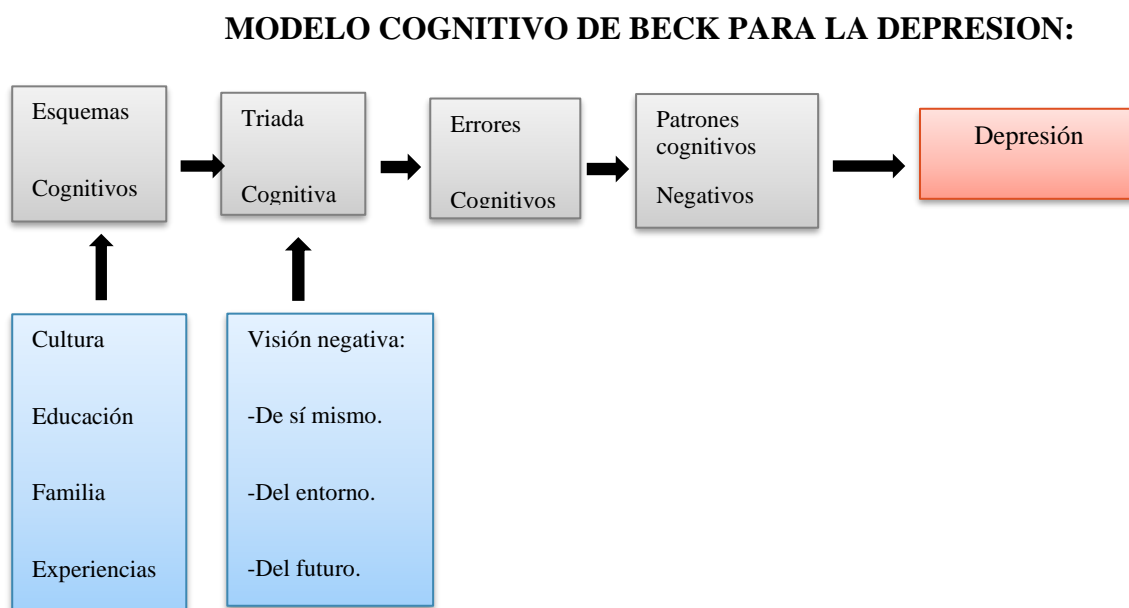


Figura 1. Elementos del modelo cognitivo de Beck et al (2010).

Concepto de Triada cognitiva

Consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse así mismo, su futuro y sus experiencias de un modo individual.

El primer componente en la triada se concentra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El paciente se ve desventurado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a asignar sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a esta forma de ver las cosas el paciente cree, que a causa de estos defectos es inútil, carece de valor. Tiende a minimizarse y a criticarse a sí mismo en base a sus defectos.

En el segundo componente de la triada cognitiva la persona con depresión interpreta sus experiencias de forma negativa. Siente que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos imposibles para alcanzar sus objetivos.

El tercer componente de la triada cognitiva, se centra en la visión negativa que presenta el individuo acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace planes de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran interminablemente. Espera penas, frustraciones y privaciones indefinidas.

Concepto de los esquemas

Este modelo se utiliza para explicar porque mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes aun sabiendo de que existen circunstancias positivas en su vida.

Cualquier realidad está expuesta por un extenso conjunto de estímulos. El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación.

Cuando una persona se enfrenta a un evento, el esquema es la base para transformar los datos en cogniciones (definidas como cualquier idea con un contenido verbal o gráfico). Así,

un esquema compone la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo al que se confronta el individuo.

Los tipos de esquemas manejados definen el modo como un individuo organizara distintas experiencias. Un esquema puede estar inactivo durante largos periodos de tiempo y ser activado por inputs ambientales específicos (por ejemplo, situaciones generadoras de ansiedad). Estos esquemas activados en una situación específica describen directamente la manera de responder de la persona. En los estados psicopatológicos tales como la depresión las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas realidades se distorsionan de tal manera que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes. El emparejamiento ordenado de un esquema adecuado con un estímulo concreto se ve alterado por la instrucción de los esquemas particulares activos. A medida que estos esquemas particulares se van haciendo más activos y son evocados por un conjunto de estímulos cada vez mayor que mantiene una escasa relación lógica con ellos. El paciente pierde gran parte del control voluntario sobre sus procesos de pensamiento y es incapaz de acudir a otros esquemas más adecuados.

En las depresiones más leves, el paciente generalmente es capaz de considerar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. Conforme la depresión se agrava su pensamiento está cada vez más oprimido por ideas negativas, aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. Cuando los esquemas idiosincráticos prepotentes crean distorsiones de la realidad y, consecuentemente errores sistemáticos en el pensamiento depresivo, ese se ve cada vez más incapacitado para tener en cuenta que la idea de que sus interpretaciones negativas son erróneas.

En las situaciones depresivas más graves el pensamiento del paciente puede llegar a estar totalmente dominado por los esquemas idiosincráticos: está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y puede encontrar muy difícil concentrarse en estímulos externos (por ejemplo, leer o responder preguntas) o empezar actividades

mentales voluntarias (solución de problemas, recuerdos). En tales casos deducimos, que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan libre de la estimulación externa que el individuo no responda a los cambios que se dan en su entorno inmediato.

Concepto de errores en el procesamiento de la información

Los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo sostienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de demostración contraria.

Inferencia arbitraria (relativa la respuesta): se refiere al medio de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.

Abstracción selectiva (relativo al estímulo): consiste en concentrarse en un detalle extraído fuera de su entorno, ignorando otras características más relevantes de la situación y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.

Generalización excesiva (relativo a la respuesta): se refiere al curso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de adaptar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones independientes.

Maximización y minimización (relativo a la respuesta): quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal medida que crean una distorsión.

Personalización (relativo a la respuesta): se refiere a la inclinación y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe un fundamento firme para hacer tal conexión.

Pensamiento absolutista dicotómico (relativo a la respuesta): se manifiesta en la tendencia a ordenar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. Para describirse a sí mismo el paciente elige la escala del extremo negativo.

2.2.1.8. Criterios diagnósticos

Los más utilizados tanto en la clínica como en la investigación, son los de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10) y los de la clasificación de la Asociación Americana de Psiquiatría (Manual Diagnóstico y Estadístico, DSM-5).

2.2.2. Tuberculosis

2.2.2.1. Definición

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, prevenible y curable, causada por una bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis*, la cual puede dañar cualquier parte del cuerpo, como el cerebro, la columna vertebral, etc., pero comúnmente afecta a los pulmones. El *Mycobacterium tuberculosis* es conocido como Bacilo de Koch en honor al Científico alemán Roberto Koch, quien descubrió el bacilo causante de la tuberculosis y presentó sus hallazgos en 1882. (MINSA, 2018).

Giraldo et. al (2018) refieren que es una enfermedad debilitante, ya que se asocia frecuentemente con repercusiones psicológicas como ansiedad, depresión y sentimientos de soledad, muchas veces asociados a la estigmatización y el aislamiento social.

2.2.2.2. Causas de la Tuberculosis

Mycobacterium tuberculosis es la bacteria causante de la tuberculosis pulmonar. Se propaga a través del aire, cuando una persona con tuberculosis habla, escupe, tose o estornuda, elimina los microbios o bacterias que se encuentran en sus vías respiratorias (James, 2019).

En estas condiciones, estos microorganismos pueden ser aspirados por una persona sana que tenga contacto recurrente con un enfermo de tuberculosis y así contagiarse, tanto en el hogar, en el trabajo, en el transporte público y en las escuelas, son espacios donde un individuo mantiene contacto frecuente con otras personas (MINSA, 2018).

2.2.2.3. Factores de riesgo

Cualquier persona puede contraer tuberculosis, pero ciertos factores pueden aumentar el riesgo de desarrollar la enfermedad. Definiciones de algunos autores:

Algunas personas manifiestan la enfermedad poco después de contraer la infección (en las semanas siguientes), antes de que su sistema inmunitario pueda combatir a las bacterias de la tuberculosis. Otras personas se pueden enfermar años después, cuando su sistema inmunitario se debilita por distintas razones (Frieden, 2016).

Según Paucar (2018), los elementos cambiables como el hacinamiento, la desnutrición, el tabaco, el alcohol y los elementos no cambiables: edad, antecedentes familiares de TBC, VIH/ SIDA son factores de riesgo para desarrollar TBC.

Morales (2020), señaló en su estudio realizado con pacientes de tuberculosis en un hospital local que los factores de riesgo de la tuberculosis pulmonar fueron el VIH, el hacinamiento, la diabetes y la desnutrición en pacientes adultos.

El peligro de contraer tuberculosis afecta a todos los grupos de edad. Más del 95% de los casos y las muertes se centran en los países en desarrollo. Las personas infectadas por el VIH tienen más posibilidades de desarrollar tuberculosis activa, siendo este más elevado en las

personas que sufren otros trastornos que debilitan el sistema inmunitario. Las personas con desnutrición están en mayor riesgo. A nivel mundial en el 2020 hubo 1.9 millones de nuevos casos de tuberculosis asignados a la desnutrición a esto se suma el trastorno por consumo de alcohol y el tabaquismo (OMS, 2021).

2.2.2.4. Signos y síntomas

Como lo menciona Frieden (2016), “la etapa primaria de la tuberculosis generalmente no causa síntomas. Cuando los síntomas de tuberculosis pulmonar están presentes pueden presentar: tos (algunas veces con expectoración de moco), expectoración con sangre, sudoración excesiva especialmente en la noche, dificultad respiratoria, dolor torácico, sibilancias, fatiga, fiebre, pérdida involuntaria de peso.

De acuerdo al ministerio de salud (Minsa) los síntomas más comunes de la tuberculosis son: Tos con flema persistente por dos o más semanas, fiebre, especialmente si se incrementa en las noches, tos con expulsión de sangre (flema con sangre), pérdida de apetito y baja de peso, sudor durante la noche, dolor de pecho, debilidad y cansancio persistente.

2.2.2.5. Tratamiento de la tuberculosis

Para contener esta enfermedad se aconseja basarse en la sospecha clínica de los grupos más vulnerables como: inmunodeprimidos, inmigrantes y ancianos.

El tratamiento corto con fármacos orales; un diagnóstico concreto; e incorporar estrategias socio económicas solidarias con el fin de mejorar la situación de colectivos y países con mayor vulnerabilidad (García y Ancochea, 2020).

El tratamiento de la tuberculosis activa sensible a los antibióticos requiere una combinación básica de cuatro medicamentos que son administrados al paciente en un periodo de 6 meses.

La información debe ser la más adecuada y se debe contar con el apoyo del personal de salud. Sin el apoyo necesario el apego al tratamiento es más pesado. Se considera que desde el año 2000 cerca de 63 millones de personas se han salvado gracias al diagnóstico y tratamiento apropiado (OMS, 2020).

El tratamiento de la tuberculosis se basa en regímenes de terapia combinada de corta duración seguido de intervención psicológica por aquellos pensamientos negativos generados en la fase de dolencia, formulados en los decenios 1970, 1980 y que han ido actualizándose con el transcurso de los años, contando con tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosos: capacidad bactericida, capacidad esterilizante y capacidad para prevenir la resistencia. (MINSA, 2016)

2.2.3. Diabetes

2.2.3.1. Definición;

La diabetes es una enfermedad crónica que ocurre cuando el páncreas no secreta suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza correctamente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula los niveles de glucosa en la sangre, es decir los niveles de azúcar en sangre. Un efecto frecuente de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (nivel alto de azúcar en la sangre), que con el tiempo puede dañar muchos órganos y sistemas del cuerpo, sobre todo lo nervios y los vasos sanguíneos. (OMS, 2021).

Gonzales, (2022) explica que el nivel alto de azúcar en la sangre puede ser dañino para todo el organismo, pero principalmente para el corazón, el riñón y las arterias, por lo que las personas con diabetes y no lo saben o no la tratan tienen más riesgo de enfermedad renal, infartos, pérdida de visión y amputaciones de miembros inferiores.

2.2.3.2. Factores de riesgo:

- **Antecedentes familiares;** El riesgo es mayor cuando el padre, madre, hermano tienen diabetes.
- **Factores ambientales;** una situación como el riesgo a una enfermedad viral probablemente tiene alguna relación con la diabetes.
- **Peso;** Cuanto más tejido graso tenga el individuo, las células se vuelven más resistente a la insulina.
- **Inactividad;** La falta de actividad aumenta el riesgo de padecerla. La actividad física ayuda a controlar el peso, utiliza la glucosa para obtener energía y hace que las células sean más sensibles a la insulina.
- **Presión arterial alta;** La presión arterial por encima de 10/90 mm Hg se asocia con un mayor riesgo de diabetes tipo 2.

2.2.3.3. Etiología

La causa de la diabetes mellitus es multifactorial y su origen puede variar según el tipo de diabetes.

2.2.3.4. Clasificación:

Diabetes Mellitus tipo 1; es causada por una mala alimentación y puede afectar a niños, adolescentes o adultos jóvenes. Las células beta presentes en el páncreas son responsables de la producción de una hormona llamada insulina. El páncreas se encuentra debajo y por detrás del estómago. La insulina es importante para el funcionamiento normal del páncreas. La glucosa se almacena dentro de las células y luego se utiliza como fuente de energía. En este tipo de diabetes, las células beta tienen dificultad para producir insulina.

Diabetes Mellitus tipo 2; caracterizada por un defecto relativo de la insulina o aumento de la resistencia de su acción; es el tipo más frecuente y supone alrededor del 90% al 95 % de los diabéticos; suele aparecer de forma solapada e insidiosa.

Diabetes Mellitus Gestacional; Se caracteriza por hiperglucemia que se presenta durante el embarazo y alcanza valores que, aunque superiores a lo normal, son inferiores a los establecidos para el diagnóstico de diabetes. Las mujeres con diabetes gestacional tienen más riesgo de padecer complicaciones durante el embarazo y el parto y de desarrollar DM-2 en el futuro.

Otros tipos específicos de diabetes; Anomalías hereditarias de la función de la célula beta, defectos genéticos de la acción de la insulina, enfermedades del páncreas exocrino, trastornos endocrinos (acromegalia, síndrome de Cushing) anomalías cromosómicas (síndrome de Down, síndrome de Turner) o relacionado al uso de medicamentos (glucocorticoides, pentamidina, diazoxide, entre otros).

2.2.3.5. Signos y síntomas:

Los síntomas clásicos de la diabetes se deben a la propia hiperglucemia: poliuria, policromía, polimorfismo, pérdida de peso, visión borrosa e infecciones recurrentes, aunque en la mayoría de los casos, sobre todo en los estadios iniciales de la DM2, el paciente es asintomático por lo que muchos pacientes ya presentan complicaciones al momento del diagnóstico. (Cano, et al, 2012)

Es importante reconocer que, la diabetes no solo tiene efectos físicos, sino que también conlleva una serie de resultados emocionales y psicológicos negativos que pueden dar aumento a la enfermedad. La diabetes puede dar origen a una variedad de reacciones a nivel emocional tales como ira, depresión, pérdida del sentido por la vida, frustración y ansiedad y si no son detectadas y tratadas oportunamente pueden retardar la actitud de responsabilidad y cuidado que debe tener la persona para mejorar y mantener su salud. (Vera y Azzollini, 2012)

2.2.3.6. Tratamiento de la diabetes

El tratamiento se apoya en 3 pilares: dieta, ejercicio físico y medicación. Su objetivo es mantener el nivel de azúcar en la sangre dentro de los límites normales para minimizar el riesgo de complicaciones asociadas a la enfermedad.

Diabetes tipo 1: La insulina es el único tratamiento, hoy en día solo puede administrarse inyectada. Es necesario ajustar la administración de insulina a lo que, la persona come, la actividad que realiza y sus niveles de azúcar en la sangre, por lo que el paciente debe medirse regularmente el azúcar en sangre.

- Consumir alimentos saludables.
- Hacer ejercicio de forma regular y conservar un peso saludable.

El fin es mantener los niveles de azúcar en sangre tan cerca del normal como sea posible para postergar o prevenir las complicaciones.

Diabetes tipo 2: tiene posibilidades más amplias de tratamiento, en este caso no siempre será necesario la administración de insulina. teniendo un estilo de vida saludable, perdiendo peso, los niveles de glucosa pueden normalizarse.

- Seguir un plan alimentario.
- Práctica de ejercicio físico para reducir niveles de azúcar en la sangre.
- Medicamentos antidiabéticos orales (Metformina clorhidrato, glibenclamida).

2.2.3.7. La diabetes y la salud mental

Del Carpio, (2020) argumenta que las personas con diabetes muchas veces enfrentan la enfermedad como un trastorno adaptativo o como un duelo, porque les es difícil asumir súbitamente los cambios de cuidado; pudiendo sentirse estresado o tener decaimiento en su estado de ánimo debido a la carga emocional por la presión que siente. Por ello es conveniente controlar la enfermedad para que no ocasione más daño.

El Psiquiatra explico que un paciente diabético necesita estar relajado y tranquilo, controlar el estrés y las emociones. Si esta estresado no es propicio ya que produciría más cortisol (hormona del estrés) que lleva al organismo a producir más glucosa. Y si está atravesando por una depresión leve, no va a tener deseos de comer sano, levantarse de la cama para ir al control médico o tomar sus medicamentos, estando en riesgo el control para cuidar su salud.

Si la depresión progresa y se vuelve aguda, los pacientes no pueden organizar bien las ideas y no se encontrarán impulsados para cuidarse y seguir al pie su medicación, degenerando su diagnóstico.

En este sentido señalo la importancia de la psi coeducación, un tipo de terapia que involucra a la familia, dándoles información y educación acerca de la enfermedad, los cuidados y preparación en técnicas para afrontar y controlar. Es bueno que la familia sepa mantener la calma, estar informado y ser responsable.

2.3. Marco conceptual

Depresión

Beck (2006), define a la depresión como un síndrome que demuestra alteración en las esferas mentales, tales como somática, afectiva, conductual y cognitiva, siendo las distorsiones cognitivas relacionadas al análisis y procesamiento de la información, los motivos principales de este.

Beck, 1976 (como se citó en Yapko, 2007) define a la depresión como un trastorno emocional que se manifiesta en personas que tienen una visión negativa y errónea de las situaciones, apoyándose en esquemas distorsionados de la realidad que están latentes, hasta que una situación estresante lo active.

Dimensiones de la variable

Somático - motivacional: La presencia de síntomas que se dan con alteraciones y malestares fisiológicos sobre todo asociados al sueño y al apetito que pueden aumentar o disminuir, así también se refiere a síntomas caracterizados por una baja voluntad para realizar actividades, en este sentido suele surgir deseos de escape de situaciones problemáticas o de aquellas situaciones de frustración y malestar en la persona de forma que, el individuo va reduciendo su actividad. Los ítems en esta dimensión son: Agitación, pérdida de interés, indecisión, cansancio físico, cambios en el patrón del sueño, irritabilidad, falta de apetito, dificultades para concentrarse y fatiga. (Beck, Robert y Gregory 2006).

Cognitivo - Afectiva: Se refiere a síntomas caracterizados por dificultades en el procesamiento de la información, provocando distorsiones en el pensamiento, así como posibles dificultades en la concentración que pueden terminar originando emociones de tristeza que en algunos casos se puede manifestar como irritabilidad sobre todo en niños y adolescentes, así también el malestar se manifiesta con sentimientos de pesimismo, de culpa, fracaso e insatisfacción consigo mismo, etc. Los indicadores de esta dimensión son: Tristeza, pérdida de placer, pesimismo, sentimientos de fracaso, sentimientos de culpa, insatisfacción con uno mismo, deseos suicidas, llanto y pérdida de sí mismo. (Beck, Robert y Gregory 2006).

Tuberculosis

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa, prevenible y curable, causada por la bacteria llamada *Mycobacterium tuberculosis*, la cual puede atacar cualquier parte del cuerpo, como el cerebro, la columna, etc., pero generalmente afecta a los pulmones. El *Mycobacterium tuberculosis* también se conoce como bacilo de Koch en honor al científico alemán Roberto Koch, quien descubrió el bacilo causante de la tuberculosis y presentó sus hallazgos en 1882 (MINSA, 2018).

La enfermedad se transmite de persona a persona a través del aire. Cuando un paciente con tuberculosis pulmonar tose, estornuda o escupe, expulsa bacilos tuberculosos al aire, y de ahí el contagio de persona a persona, otro mecanismo de contagio es la vía digestiva a través del consumo de leche de vaca infectadas por *M. bovis*, tracto urogenital a través de la orina, transmisión sexual, las membranas mucosas de la piel y vía placentaria. El hacinamiento en las viviendas facilita la propagación de esta enfermedad.

Diabetes

La diabetes es una enfermedad crónica que se presenta cuando el páncreas no secreta suficiente insulina o cuando el organismo no utiliza eficientemente la insulina que produce. La insulina es una hormona que normaliza la concentración de glucosa en la sangre, es decir la glucemia. Un efecto común de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (es decir la glucemia elevada), que con el tiempo deteriora muchos órganos y sistemas del cuerpo, sobre todo los nervios y los vasos sanguíneos. (OMS, 2021).

III CAPITULO

HIPOTESIS

3.1. Hipótesis general

H 1 Existen diferencias en los niveles de depresión entre los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima – 2022.

H 0 No existe diferencia en niveles de depresión entre los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima – 2022.

3.2. Hipótesis específica

H 1 Existen diferencias en los niveles de depresión de la dimensión cognitiva afectiva en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima - 2022.

H 0 No existen diferencias en los niveles de depresión de la dimensión cognitiva afectiva en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima – 2022.

H 1 Existen diferencias en los niveles de depresión de la dimensión somática motivacional en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del Centro de salud Collique III de Comas, Lima - 2022.

H 0 No existe diferencias en los niveles de depresión de la dimensión somática motivacional en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del Centro de salud Collique III de Comas, Lima – 2022.

3.3. Variables

3.3.1. Variable: Depresión

3.3.1.1. Definición Conceptual

Secuencias de conductas, las cuales pueden presentar distorsiones cognitivas, tales como irritabilidad, tristeza, pensamiento suicida, llanto, etc. Si estas se preservan con el tiempo se vuelve un trastorno afectivo (depresión), confirmaciones negativas relacionadas hacia su persona, hacia el mundo externo y hacia el futuro; las cuales llevan al procesamiento de la información de forma distorsionada (Beck, 1972).

3.3.1.2. Definición Operacional

Es la respuesta expresada que se medirá a través del Inventario de Depresión de Beck (BD – II) donde se tiene en cuenta de la sintomatología depresiva conforme a sus dimensiones: Cognitivo – afectivo y Somático - motivacional, cuyos valores finales serán nivel alto, media y bajo.

El Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), cuyo autor es el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aarón T. Beck, es un cuestionario auto administrado que está conformado por 21 preguntas de respuestas múltiples. Es uno de los instrumentos más empleados para medir los niveles de la depresión. Las últimas versiones de este cuestionario pueden ser usadas en personas de 13 años a más.

El Inventario de Depresión de Beck (Beck Depression Inventory - BDI) tiene una gran expansión internacional, ha sido empleado en más de 2000 estudios desde su aparición en 1961 y es una de las escalas de depresión más utilizadas en el mundo, habiendo evidenciado tener alta consistencia interna y buena suficiencia para discriminar entre personas con y sin depresión. El BDI se ha traducido a diferentes idiomas y se ha constatado que es válido en diversas culturas.

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método de investigación

Para la presente investigación se aplicó el método científico, debido a que se ejecutó, siguiendo pasos organizados que nos condujeron a obtener nuevos conocimientos teóricos y/o científicos, considerando la validez y confiabilidad por medio de los instrumentos que están debidamente validados. (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2014).

4.2. Tipo de investigación

El presente proyecto de investigación es de tipo básica, porque nos orienta a la búsqueda de otros conocimientos y áreas de estudio. Su propósito es recoger referencias de la realidad para aumentar el conocimiento científico (Sánchez y Reyes, 2017)

4.3. Nivel de investigación

El trabajo de investigación es de nivel descriptivo pues busco examinar particularidades de definidos fenómenos que se llevaron a indagación, de manera que nos permitió tener información respecto a preferencias de un preciso grupo de estudio (Hernández et al., 2014).

4.4. Diseño de investigación

La investigación mantendrá el diseño de investigación descriptivo comparativo ya que el estudio tuvo como objetivo recoger información importante en 2 muestras con respecto a un mismo fenómeno, para luego determinarla en base a la comparación de los datos recogidos. (Sánchez y Reyes, 2017).

M1----- O
M2 ----- O

Dónde:

M1 = Pacientes diagnosticados con tuberculosis.

M2 = Pacientes diagnosticados con diabetes

O = Niveles de depresión.

4.5. Población y muestra

La Población de esta investigación estuvo constituida por personas diagnosticadas con tuberculosis y diagnosticadas con diabetes que reciben tratamiento en el centro de salud Collique III de Comas, sus edades variaran entre 18 a 70 años, tanto mujeres como varones. Hernández, Fernández y Baptista (2014) nos dice que la población es el conjunto de todos los

casos que se amoldan a definidas especificaciones. Actualmente se tiene 35 paciente con diagnóstico de tuberculosis y 35 pacientes con Diabetes en atención permanente en el centro de salud Collique III, lo cual será nuestra población y para determinar nuestra muestra y teniendo en cuenta que nuestra población es bastante reducida hemos decidido usar el muestreo censal que es la que se adapta mejor a nuestra investigación y considerando a Ramírez (1997) quien establece que la muestra censal es aquella donde todos los que integran la investigación son considerados como muestra. Por lo tanto, la población en estudio se considera como censal por ser a la vez, universo, población y muestra.

4.5.1. Criterios de inclusión.

- Pacientes que pertenecen al Centro de salud Collique III de Comas.
- Pacientes con diagnóstico de tuberculosis.
- Pacientes con diagnóstico de Diabetes.
- Pacientes de ambos sexos.
- Que cuenten con consentimiento informado.
- Pacientes de 18 a 70 años.

4.5.2. Criterios de exclusión.

- Pacientes que no pertenecen al centro de salud Collique III de Comas.
- Pacientes con otros diagnósticos.
- Pacientes que no quieran participar en la investigación.
- Pacientes menores de edad.

4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para Sánchez y Reyes, (2017) las técnicas son los procedimientos por los cuales se recoge la información requerida de una realidad en función a la finalidad de la investigación. Estas pueden ser directas o indirectas y se seleccionaran considerando el método de investigación que se emplee. Para nuestra investigación se utilizó la técnica directa que, según

Sánchez y Reyes, (2017) es aquella que exige una comunicación cara a cara entre el investigador y los sujetos investigados.

Para nuestro estudio se usó como técnica la encuesta. Arias, (2006) define a la encuesta como una técnica que obtiene información que proporciona un grupo o muestra de sujetos acerca de si mismos o en relación con un tema especial destinado a medir su nivel.

Por lo tanto, de manera presencial y mediante la encuesta se aplicó el instrumento de recolección de datos elegido: Inventario de depresión de Beck II (DBI- II). El cual fue revisado por tres expertos especialistas.

Previa autorización del director médico del centro de salud se informó a los pacientes del trabajo de investigación que estábamos realizando y se les solicito su participación voluntaria.

Se solicitó a los pacientes el consentimiento informado, informándoles las normas éticas del estudio.

La aplicación del instrumento fue de forma individual y colectiva. Se tuvo en cuenta la normativa de bioseguridad en centros de salud y hospitales a raíz del covid 19, dispuestas por el ministerio de salud, utilizando mascarillas, protector facial, mandilón, alcohol y guardando el 1.5 metro de distancia.

Se entregó a cada paciente un cuestionario de 21 preguntas de escala Likert, el cual se utiliza para medir actitudes. Un reactivo de cada escala comprende una proposición que implica una opinión o actitud que puede ser valorada en una magnitud que va desde el total desacuerdo, parcial desacuerdo, indiferencia, parcial acuerdo. Sánchez y Reyes, (2017).

Instrumento

El Inventario de Depresión de Beck (BD – II)

El inventario de depresión de Beck fue creado y publicado por Aron Beck en 1961, con la finalidad de medir la intensidad de la depresión y su acercamiento al juicio clínico. Teóricamente se apoya en el modelo cognitivo de la depresión; el cual surgió de observaciones clínicas sistemáticas de investigaciones experimentales (Beck, 1963,1964, 1967). El modelo cognitivo comprende tres conceptos específicos para explicar la depresión: La traída cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos.

El inventario de depresión de Beck-II (BDI-II); es un instrumento de autoinforme de 21 ítems o reactivos que medirán 21 categorías de síntomas o actitudes. Creado para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos, en cada uno de sus ítems la persona tiene que elegir, entre un conjunto de cuatro alternativas. (Beck et al, 1996)

Los 21 reactivos que conforman el Inventario evaluaran las siguientes categorías:

- | | |
|-------------------------------------|----------------------------------|
| 1.- Tristeza | 11.- Agitación |
| 2.- pesimismo | 12.- Perdida de interés |
| 3.- Sensación de fracaso | 13.- Indecisión |
| 4.-Insatisfaccion | 14.- Inutilidad |
| 5.- Sentimiento de culpa | 15.- Pérdida de energía |
| 6.- Expectativas de castigo | 16.- Insomnio |
| 7.- Auto desagrado | 17.- Irritabilidad |
| 8.- Auto - críticas | 18.- Cambios en el apetito |
| 9.- Ideas suicidas | 19.- Dificultad de concentración |
| 10.- Llanto | 20.- Cansancio o fatiga |
| 21.- Pérdida de interés por el sexo | |

Las puntuaciones se basan en rangos:

Mínimo: 0 – 13

Leve: 14 – 19

Moderado: 20 – 28

Severo: 29 – 63

Dividas por dimensiones: Cognitiva – afectiva y Somático – motivacional.

INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK – II (BDI-II)

Ficha técnica

Autores: Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.

Nombre Original: Beck Depression Inventory-Second Edition (BDI-II)

Año en el que se publicó: 2011

Administración: Individual y colectiva

Duración: De 5 a 10 minutos

Aplicación: 13 años a más.

Formato de Aplicación: Tipo Likert

Número de Ítems : 21

Finalidad: identificar los niveles de depresión en adultos y adolescentes, por medio de la evaluación de los síntomas correspondientes a los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos en el MSD – Quinta Edición.

Material: cuadernillo con normas de adaptación y corrección e interpretación - ejemplar de la Prueba - lápiz y borrador.

Confiabilidad

Se logró por el coeficiente de Alfa, donde se obtuvo el puntaje de 0,89 considerándose un instrumento con una confiabilidad aceptable. (Hernández, Fernández & Batista 2010).

Tabla 1.

Estadística de fiabilidad del instrumento aplicado a nuestra investigación.

Numero de Ítems Nivel permitido	Alfa de Cronbach	Valoración
40	0,890	> 0,50

Fuente: procesamiento estadístico del proceso de evaluación.

Validez

La validez del instrumento se obtuvo con el juicio de expertos, obteniéndose los siguientes resultados:

Tabla 2.

Resultado del juicio de expertos.

Jurado	Resultados
Mg. Amalia Valeriano Ortega	Válido
Mg. Héctor Chumpitaz	Velásquez
	Válido
Mg. Carmen Cruz Campos	Válido

Fuente: Creación de las investigadoras

Baremo de calificación**Tabla 3.***Puntajes de nivel de depresión*

Grados de depresión	<u>BDI-II original</u>
	Basados en las curvas ROC (Beck et al.,1996, p.11)
Mínima	0 - 13
Leve	14 – 19
Moderada	20 – 28
Grave	29 – 63

Tabla 4.*Puntajes de las dimensiones*

Cognitivo-afectivo motivacional	Total	Somático	-
0-3 Mínimo	0-10 Mínimo	0-6 Mínimo	
4-7 Leve	11-15 Leve	7-9 Leve	
8-11 Moderado	16-21 Moderado	10-11 Moderado	
12-30 Severo	22-57 Severo	12-27 Severo	

Pautas en tiempos de pandemia Medidas frente a la pandemia: Conforme a la publicación hecha por el diario El Peruano, (2022) quien promulga el decreto supremo DECRETO SUPREMO – N° 005-2022-PCM quien declara la permanencia del actual estado de emergencia por el COVID 19, debido al incremento de casos ocasionados por la tercera ola. Frente a ellos para tomar la muestra se considerará las recomendaciones dadas por el Ministerio de Salud (MINSa, 2021) donde se debe priorizar la distancia de 1.5 metros entre personas, uso de alcohol, mascarilla doble y de ropa protectora, lo cual ayudará en poder asegurar la integridad de los implicados.

Medidas en tiempos de pandemia

De acuerdo a la publicación hecha por el diario ELPERUANO, 2022 donde promulga el DECRETO SUPREMO – N° 005-2022-PCM quien publica la permanencia del actual estado de emergencia por el COVID 19, por el incremento de casos ocasionados por la tercera ola. Respecto a ello, para la aplicación del instrumento de recolección de datos se consideró las recomendaciones dadas por el ministerio de salud (MINSAL, 2021) donde indica que se debe priorizar la distancia de 1.5 metros entre personas, el uso de alcohol, mascarilla doble y ropa protectora, lo que ayudara a asegurar la integridad de los implicados.

4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

El proyecto se inició con autorización del director médico del centro de salud Collique III, así como también, el apoyo del personal asistencial que atienden en los programas de tuberculosis y diabetes, además del consentimiento informado de cada paciente.

Se evaluaron a 35 pacientes diagnosticados con tuberculosis y 35 pacientes diagnosticados con diabetes. En el análisis de datos, se empleó la estadística descriptiva, se procesaron los datos y se tabulo la información obtenida en Microsoft Excel a través de tablas de frecuencia y porcentaje, igual que, los gráficos por cada tabla. Su interpretación permitió precisar los niveles de depresión de los pacientes de ambas patologías.

Para la contrastación de hipótesis se utilizó la prueba estadística no paramétrica U de Mann Whitney que se usa para dos muestras independientes a ser comparadas, de nivel de medición ordinal.

4.8. Aspectos Éticos de la investigación

Art.27.º- Principios que rigen la actividad investigativa

La actividad investigativa que desarrollamos en nuestro centro de estudios superiores se da en los aspectos de protección de las personas de diferentes grupos étnicos y socio culturales. Del mismo modo, se facilitó un consentimiento informado por persona al momento de la intervención en el Centro de Salud Collique III - Comas, y se les dio a conocer los objetivos del estudio “Niveles de depresión en pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del Centro de Salud Collique III de Comas, Lima, 2022”.

Además, existe el compromiso de mejorar la calidad de vida de la población mediante las recomendaciones que se dan en el informe final, respetando la diversidad étnica, actuando con responsabilidad social, cuidando la integridad de los participantes y de la investigadora.

Art.28º.- Normas de comportamiento de quienes investigan

Se delimito la conducta ética del investigador donde el trabajo tuvo la característica de ser fundamentado con las respectivas citas y referencias, de igual forma solo se revelan los datos estadísticos de la investigación y no tiene fines lucrativos, no alterar los resultados por ninguna circunstancia, publicar los resultados obtenidos en la base de datos del centro de estudios y por ultimo entregar los resultados a la institución (Universidad Peruana Los Andes).

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1. Descripción de los datos

Tabla 5.

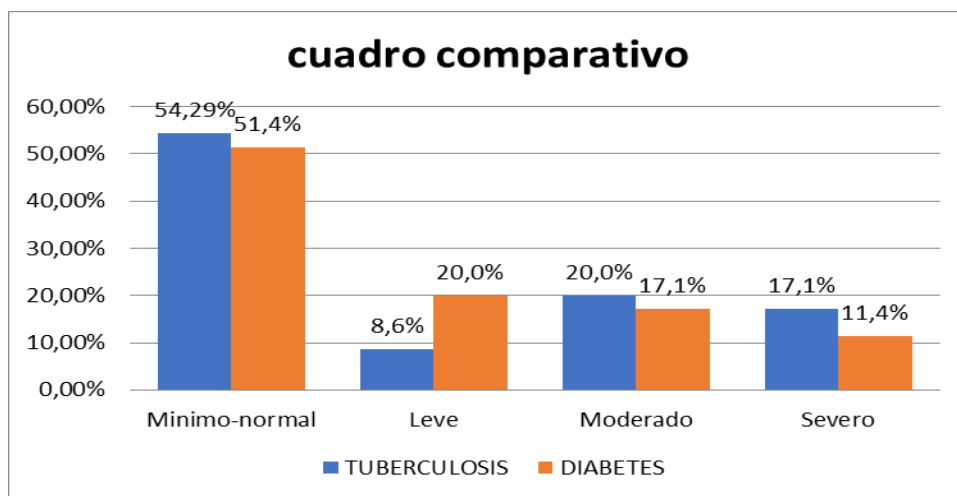
Cuadro comparativo de los niveles de depresión en pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes.

Niveles de depresión	Pacientes con Tuberculosis	Pacientes con Diabetes
Mínimo – normal	54,29%	51,4 %
Leve	8,6 %	20 %
Moderada	20 %	17,1 %
Severa	17,1%	11,4 %

Fuente: creación de las investigadoras

Figura 2.

Comparación de niveles de depresión en pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes.



Descripción:

En la tabla 5 y figura 2 con respecto a los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes podemos apreciar que predominó el nivel de depresión mínimo-normal en ambos grupos: tuberculosis 54,29 % y diabetes 51,4%, en cuanto al nivel de depresión leve: diabetes 20 % y tuberculosis 8,6%, nivel moderado: tuberculosis 20% y diabetes 17,1%, nivel de depresión severo, se encontró que el grupo de tuberculosis cuenta con un 17,1% y diabetes 11,4%.

Tabla 6.

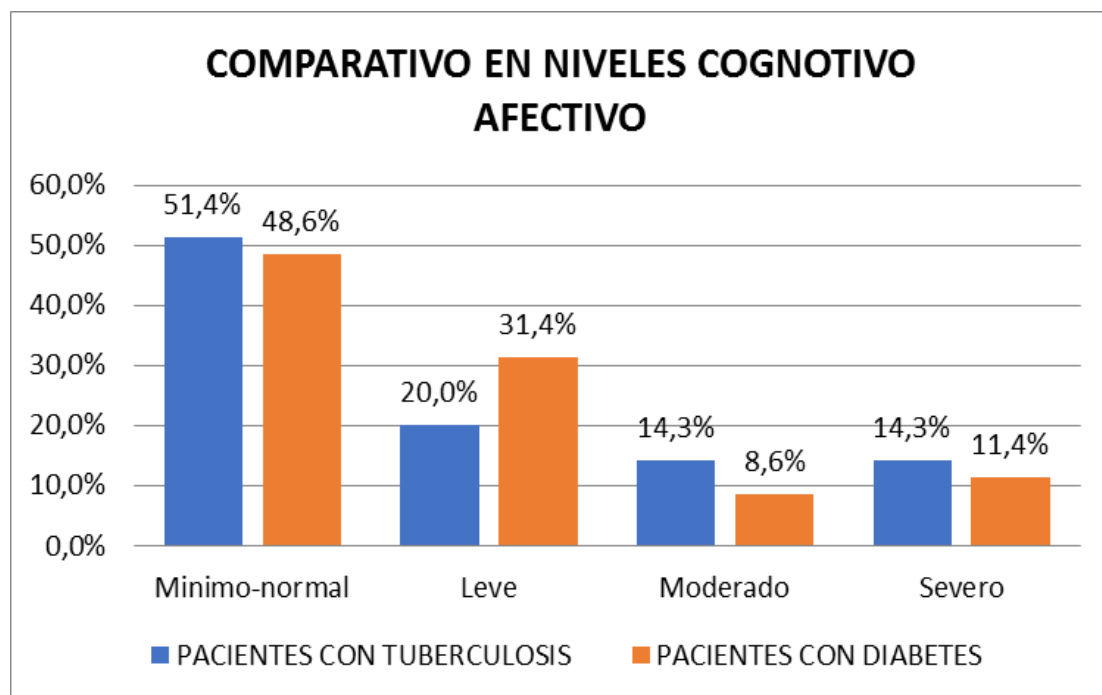
Comparación de los niveles de depresión en la dimensión cognitivo afectivo.

Niveles de Depresión	Pacientes con tuberculosis	Pacientes con diabetes
Mínima – normal	51,4%	48,6 %
Leve	20 %	31,4 %
Moderada	14,3 %	8,6 %
Severa	14,3 %	11,4 %

Fuente: creación de las investigadoras

Figura 3.

Comparación de los niveles de depresión en la dimensión cognitivo afectivo.



Descripción

En la tabla 6 y figura 3 con respecto a la dimensión cognitivo afectivo de los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diagnosticados con diabetes, podemos apreciar que predomina el nivel mínimo normal: tuberculosis 51,4 % y diabetes 48,6 %, en el nivel leve: diabetes 31,4 % y tuberculosis 20%, en el nivel moderado: tuberculosis 14,3% y diabetes 8,6%, finalmente en el nivel de depresión severo: tuberculosis 14,3% y diabetes 11,4%.

Tabla 7.

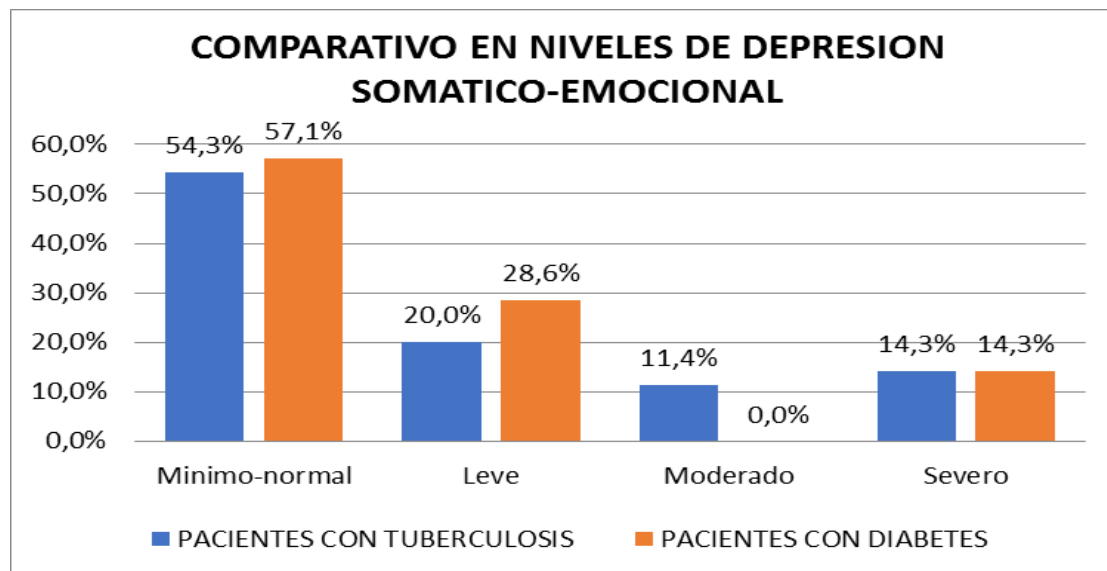
Comparación de los niveles de depresión en la dimensión somático motivacional.

Niveles de depresión	Pacientes con tuberculosis	Pacientes con Diabetes
Mínimo – normal	54,3 %	57,1 %
Leve	20,0 %	28,6 %
Moderado	11,4 %	0 %
Severo	14,3 %	14,3 %

Fuente: creación de las investigadoras

Figura 4.

Comparación de los niveles de depresión en la dimensión somático motivacional.



Descripción

En la tabla 7 y figura 4 con respecto a la dimensión somático motivacional podemos apreciar que predomina el nivel mínimo – normal presentando diabetes 57,1% y tuberculosis 54,3%, en cuanto al nivel de depresión leve: diabetes 28,6 % y tuberculosis 20%, nivel de depresión moderado: tuberculosis 11,4% y diabetes 0%, nivel de depresión severo: tuberculosis 14,3% y diabetes 14,3%.

5.2. Contrastación de la hipótesis

5.2.1. Hipótesis general

H1: Existe diferencia en niveles de depresión entre los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima – 2022.

H0: No existe diferencia en niveles de depresión entre los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima-2022.

a). Nivel de significancia: $\alpha = 5\% = 0.05$

b). Elección de la prueba estadística

Para la prueba de hipótesis se utilizó como estadígrafo la U de Mann Whitney para dos muestras independientes.

Tabla 8.

Estadístico de la prueba U de Mann-Whitney de la hipótesis general.

	Niveles de depresión
U de Mann-Whitney	595,500
W de Wilcoxon	1225,500
Z	-,218
Sig. Asintot. (Bilateral)	,828

a. Variable de agrupación: Grupo

Fuente: Base de datos SPSS

c). Lectura del P. valor:

Para la variable de los niveles de depresión entre los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes.

U de Mann-Whitney = 595,500

P-valor=0.828

d). Discusión estadística: Para el grado de libertad, un $\alpha = 0.05$

(U de Mann U de Mann-Whitney = Whitney de tabla, U teórico)

e). Conclusión estadística:

Según los resultados de la prueba U de Mann-Whitney el valor obtenido es 595,500 y el valor $P=0,828$ que es mayor a 0,05 donde no se observa una diferencia significativa entre los grupos de pacientes con tuberculosis y diabetes, se toma la decisión de aceptar la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

f). Interpretación:

De acuerdo al objetivo general de determinar la diferencia de los niveles de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima-2022, concluye que no existe diferencia en niveles de depresión, según los resultados de la prueba U de Mann-Whitney el valor obtenido es 595,500 y el valor $P=0,828$ que es mayor a 0,05.

5.2.2. Hipótesis Específica

De acuerdo a los resultados obtenidos por la muestra en estudio se procedió a aceptar o rechazar las hipótesis específicas de la investigación.

5.2.2.1. Hipótesis específica 1

H 1: Existen diferencias en los niveles de depresión de la dimensión cognitiva afectiva de los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima-2022.

H 0: No existen diferencias en los niveles de depresión de la dimensión cognitiva afectiva de los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima-2022.

a). Nivel de significancia: $\alpha = 5\% = 0.05$

Tabla 9.*Estadígrafo de prueba U de Mann-Whitney de la hipótesis específica 1*

Cognitivo afectivo	
U de Mann-Whitney	602,000
W de Wilcoxon	1232,000
Z	-, 133
Sig. Asintot. (Bilateral)	,894

a. Variable de agrupación: Grupo

Fuente: Base de datos SPSS

b). Elección de la prueba estadística:

U de Mann-Whitney para dos muestras independientes.

c). Lectura del P. valor:

Para la dimensión cognitiva afectiva entre los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes U de Mann-Whitney= 602,000

P-valor = 0.894

d). Decisión estadística:

Para el grado de libertad, un $\alpha = 0.05$

U de Mann-Whitney = (U de Mann-Whitney de tabla, U teórico).

e). Conclusión estadística:

Según los resultados de la prueba U de Mann Whitney el valor obtenido es 602,000 y el valor P = 0,894 que es mayor a 0,05 donde no se observa una diferencia significativa entre los grupos de los pacientes diagnosticados con tuberculosis y

diabetes, se toma la decisión de aceptar la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

f). Interpretación de los objetivos:

De acuerdo al objetivo específico de determinar diferencia de los niveles de depresión en la dimensión cognitivo afectivo en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III, Comas, Lima-2022, concluye que no existen diferencias en los niveles de depresión de la dimensión cognitivo afectivo, según los resultados de la prueba U de Mann-Whitney, el valor obtenido es 602,000 y el valor $P=0,894$ que es mayor a 0,05.

5.2.2.2. Hipótesis específica 2

H 1: Existen diferencias en los niveles de depresión de la dimensión somático motivacional de los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima-2022.

H 0: No existen diferencias en los niveles de depresión de la dimensión somático motivacional de los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas-Lima 2022.

a). Nivel de significancia: $\alpha = 5\% = 0,05$

Tabla 10.

Estadígrafo de prueba U de Mann-Whitney de la hipótesis específica 2

Somático motivacional	
U de Mann-Whitney	577,500
W de Wilcoxon	1207,500
Z	-,457
Sig. Asintot. (Bilateral)	,648

a. Variable de agrupación: Grupo

Fuente: Base de datos SPSS

b). Prueba estadística: U de Mann-Whitney para dos muestras independientes.

c). Lectura del P. valor:

Para la dimensión somático motivacional entre los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes U de Mann Whitney = 577.500

P-valor = 0.648

d). Decisión estadística:

Para el grado de libertad, un $\alpha = 0.05$

U de Mann Whitney = (U de Mann Whitney de tabla, U teórico)

e). Conclusión estadística:

Según los resultados de la prueba U de Mann Whitney el valor obtenido es 577,500 y el valor P = 0,648 que es mayor a 0,05 donde no se observa una diferencia significativa entre los grupos de los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes, se toma la decisión de aceptar la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

f). Interpretación:

De acuerdo al objetivo específico de determinar la diferencia de los niveles de depresión en la dimensión somático motivacional en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III, Comas, Lima, 2022, concluye que no existe diferencias en los niveles de depresión de la dimensión somática motivacional de los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes, según los resultados de la prueba U de Mann Whitney el valor obtenido es 577,500 y el valor P = 0,648 que es mayor a 0,05.

Cuadro comparativo de los Niveles de depresión según el estadígrafo U de Mann Whitney.

	Niveles de depresión		Cognitivo afectivo		Somático
	Tuberculosis	Diabetes	Tuberculosis	Diabetes	Tuberculosis
Mínimo	54.3%	51.4%	51.4%	48.6%	54.3%
Normal	8.6%	20.0%	20.0%	31.4%	20.0%
Leve	20.0%	17.1%	14.3%	8.6%	11.4%
Moderada	17.1%	11.4%	14.3%	11.4%	14.3%
Severa					

ANALISIS Y DISCUSION DE LOS RESULTADOS

El presente estudio estuvo enfocado en pacientes diagnosticados con tuberculosis y pacientes diagnosticados con diabetes en tratamiento y luego de obtener los resultados que brindan respuesta al objetivo general y a los objetivos específicos propuestos para la presente investigación, en este capítulo se analizan y discuten los resultados alcanzados, comparándolos con los estudios de autores y la teoría que sustenta la variable. Comenzaremos analizando la información obtenida por Microsoft Excel a través de las tablas y figuras, para una mejor comprensión. Para la presente investigación se formuló como objetivo general comparar los niveles de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima – 2022. Los resultados obtenidos según la tabla 5 y figura 2, indican que no existen diferencias significativas en los niveles de depresión entre ambos grupos, y que prevalece el nivel de depresión: mínimo – normal para ambas patologías, cabe resaltar que según el manual original del inventario de Beck (1979) el nivel mínimo no sería depresión sino estados de ánimo considerados como normales, sin embargo, podemos observar que existen porcentajes que cuentan con síntomas depresivos, en cuanto al nivel de depresión leve se observó una diferencia de 11,4% entre ambas patologías y teniendo en cuenta nuestra literatura, según el CIE 10, la persona con un episodio leve, probablemente esta apta para continuar con la mayoría de sus actividades, presenta humor depresivo casi todo el día y por varios días, que cambia muy poco, por las situaciones ambientales y que dura al menos dos semanas. De igual manera, se advirtió en el nivel moderado una diferencia del 2.9% entre ambas enfermedades, esto significaría y según lo revisado anteriormente, tendrán inconvenientes para seguir con sus tareas cotidianas, presentaran señales como baja confianza y estimación de sí mismos, sentimientos de culpa desmedida e inapropiada, pensamientos frecuentes de muerte o suicidio, descenso de la facultad para concentrarse, alteraciones del sueño y cambios en el apetito. Por último, se notó una diferencia del 5.7 % en el nivel de

depresión severo y según el CIE 10, este tipo de depresión presenta señales evidentes de angustia, sobre todo la baja de autoestima y las emociones de culpa e inutilidad. Son reiterados los pensamientos y acciones suicidas y se muestran síntomas somáticos importantes, en algunos casos pueden manifestarse síntomas psicóticos. En los niveles de depresión leve, moderado y grave se hallaron pequeñas diferencias, pero igual importantes y se sustentarían con lo mencionado por Fernandez, 2001; MacHale, 2002, los pacientes que padecen algún tipo de enfermedad medica tienen una exposición mayor a presentar síntomas depresivos que el resto de la población general, de igual forma Del Carpio (2020) añadió que el paciente necesita estar tranquilo, controlar el estrés y las emociones ya que si está atravesando por una depresión leve, no tendrá deseos de comer sano, levantarse para ir al control médico o tomar su medicina. Si la depresión progresa y se vuelve intensa, los pacientes no pueden estructurar bien sus ideas, mucho menos estar animados para cuidarse y cumplir con su medicación, empeorando su diagnóstico. Por otro lado, Hernández (2008) advirtió que el personal asistencial, quienes tienen contacto diario con las personas afectadas, debe mantenerse atentas a los signos que indican una depresión.

Al comienzo de la investigación se formuló el objetivo específico 1: Comparar los niveles de depresión en la dimensión cognitivo afectivo en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III. Antes de analizar los resultados, Beck, Steer y Brown en 1996, sostuvieron que la dimensión cognitivo afectivo; son signos que originan malestar y están muy relacionados con las ideas y las emociones. Según la tabla 6 y figura 3 se demuestra en la dimensión cognitivo afectivo que predomina el nivel mínimo normal con una diferencia de 2.8 % entre ambas patologías, en cambio en el nivel de depresión leve encontramos una diferencia de 11,4% entre ambos grupos, depresión moderada 5.7 % de diferencia y el nivel de depresión severo resulto con una diferencia del 2,9 %. Becerra, Medina y Riquer (2019) sostienen que la depresión es una respuesta emocional que casi siempre está

en la mayoría de las enfermedades crónicas y que tienen un efecto que va más allá del considerable malestar que implica, ya que afecta la puesta en marcha o no de comportamientos de cuidado y cumplimiento con el tratamiento. Como se aprecia en esta dimensión prevalece el nivel mínimo normal lo que les es favorable para continuar y cumplir con sus tratamientos, pero existen pequeños grupos que están presentando sintomatología depresiva lo que no apoyaría a su recuperación necesitando con urgencia apoyo profesional.

En el segundo objetivo específico se propuso comparar los niveles de depresión en la dimensión somático motivacional en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima 2022. Beck, Steer y Brown (1996) argumentan en cuanto a la dimensión somático motivacional, que son los signos que revelan señales físicas, sin origen tangible, que cambian el comportamiento parcial y funcionamiento. Según la tabla 7 y figura 4, predomina el nivel de depresión mínimo normal con una diferencia entre ambos grupos de 2.8 % lo que favorecería en gran medida a una pronta y adecuada recuperación, en cambio en el nivel leve hay una diferencia de 8.6 % entre ambas patologías, en el nivel moderado solo presentaron sintomatología depresiva el grupo de tuberculosis (11,4 %), finalmente en el nivel de depresión severo ambas patologías tienen el 14,3 % de la muestra de estudio, las diferencias no son significativas pero según la teoría estudiada con respecto a la dimensión somático motivacional de la depresión algunos pacientes estarían experimentando cansancio físico, cambios en el patrón del sueño falta de apetito, falta de voluntad para realizar sus actividades, deseos de no afrontar los problemas (Beck, Robert y Gregory 2006).

Referente a la contrastación de hipótesis, se utilizó como estadígrafo la U de Mann Whitney y teniendo en cuenta la hipótesis general. Existen diferencias en los niveles de depresión entre los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima – 2022. El valor obtenido es 595,500 y el valor $P = 0,828$ que es

mayor a 0,05 por lo tanto no existe una diferencia significativa en los niveles de depresión entre los grupos mencionados, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Por otro lado, García (2013) en su estudio comparativo en pacientes con tuberculosis, pacientes con diabetes mellitus tipo 2 de reciente diagnóstico y control sujetos sanos en el estado de aguas calientes cuya finalidad fue determinar el nivel de depresión utilizando como instrumento el inventario de depresión de Beck. Llegando a la conclusión: que los pacientes con tuberculosis y diabetes si presentan síntomas depresivos significativos y que el grupo de tuberculosis en mayor grado que el de diabetes. Así pues, Bonilla, Rivera & Rivera (2019) sostienen que la tuberculosis aparte de producir deterioro clínico, causa dificultades sociales y mentales, con mayor incidencia la depresión que impacta negativamente en el proceso de tratamiento y sugieren al personal de salud poner atención al evaluar a los pacientes con tuberculosis.

En cuanto a la hipótesis específica 1. Existen diferencias en los niveles de depresión de la dimensión cognitiva afectiva en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima – 2022. Según los resultados el valor obtenido es 602,000 y el valor $P = 0,894$ que es mayor a 0,05. Por lo tanto, no existe una diferencia significativa entre ambas patologías, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Mediante los resultados analizados se puede demostrar que entre los pacientes de ambas enfermedades en el nivel cognitivo afectivo no se hallaron diferencias importantes en cuanto a sus niveles de depresión, sobresaliendo el nivel mínimo normal.

Es bueno observar que, el mayor porcentaje de pacientes de ambas patologías se encuentran en el nivel de depresión mínima, se podría decir que nuestra muestra en estudio no presenta dificultades para concentrarse, no se sienten desanimados por lo que vendrá, no

presentan sentimientos de culpa y se sienten bien con ellos mismos (Beck, Robert y Gregory 2006) Lo que es propicio para continuar y cumplir con sus tratamientos.

Analizando la hipótesis específica 2. Existen diferencias en los niveles de depresión de la dimensión somático motivacional de los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima – 2022. Según los resultados el valor obtenido es 577,500 y el valor $P= 0,648$ que es mayor a 0,05. Y no se encontró diferencia significativa entre ambas patologías, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna. Asimismo, por los resultados analizados se puede evidenciar que entre los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes no se ha encontrado diferencias significativas con lo que respecta a la dimensión somático motivacional, prevaleciendo el nivel de depresión mínimo normal.

Es conveniente notar que, en la dimensión somático motivacional predomina el nivel de depresión mínimo – normal, quiere decir que la mayor parte de la muestra estudiada, no están experimentado pensamientos negativos, pérdida de interés por sus actividades, cansancio físico, cambios en el patrón del sueño, agitación lo que ayuda al paciente a cumplir adecuadamente con su tratamiento.

Por lo tanto, podemos resolver que entre los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diagnosticados con diabetes no se hallaron diferencias significativas en cuanto a sus niveles de depresión en general, tampoco en lo que respecta a las dimensiones cognitivo afectivo y somático motivacional, se podría determinar, que ha influenciado, el hecho de que se encuentran en tratamiento y a la implementación de la atención integral de la salud. Diez Canseco et al (2014) argumentan que la incorporación de la salud mental a la atención primaria es la estrategia más viable para proveer de atención en salud mental en entornos como el nuestro. La integración favorecería a estos pacientes aminorando las consecuencias de la

comorbilidad. Actualmente en nuestro país se han estado llevando a cabo diversos proyectos de integración, esto demuestra una mayor aptitud para fortalecer la atención primaria y ofrecer a los pacientes un cuidado integral que considere su salud mental. Agregando a lo anterior actualmente los centros de salud cuentan con profesionales en psicología que se dedican a la atención de pacientes en tratamiento por alguna enfermedad médica. Trabajando así la prevención, diagnóstico oportuno y tratamiento si fuese necesario. R.M N° 626-2006/Minsa.

CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos, que responden a los objetivos planteados en el presente estudio se concluye lo siguiente:

No existe diferencia estadísticamente significativa en niveles de depresión entre pacientes diagnosticados con tuberculosis y diagnosticados con diabetes.

Se logró precisar que no existen diferencias significativas en cuanto a la dimensión cognitiva afectiva entre los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diagnosticados con diabetes del centro de salud Collique III.

En función a la dimensión somático motivacional no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diagnosticados con diabetes.

RECOMENDACIONES

En base a nuestros resultados recomendamos:

La atención psicológica obligatoria a pacientes con enfermedades médicas, para así evaluar y diagnosticar oportunamente algún nivel de depresión en que se encontrara el paciente.

El apoyo psicológico al paciente, en cuanto al compromiso y la aceptación de la enfermedad, lo cual ayudara favorablemente al cumplimiento de los requerimientos médicos.

Se aconseja realizar nuevos estudios y así ampliar el conocimiento, ya que se observó que existen escasos estudios a nivel nacional e internacional en relación a la variable depresión y a la población de pacientes con enfermedades como la tuberculosis y diabetes.

Informar la importancia de los resultados obtenidos, con la finalidad de proporcionar conocimientos a los estudiantes, investigadores y a la sociedad en general, resaltando la importancia de la detección oportuna de la depresión.

Continuar desarrollando investigaciones sobre niveles de depresión en enfermedades infecciosas y crónicas como son la tuberculosis y diabetes para brindar datos exactos para la sociedad actual.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Avilés, G., y Padilla, A. (2013). *La Depresión y sus síntomas claves*. Tesis de grado, Universidad San Francisco de Quito.
- Arranz, B., y San Molina, L. (2010). *El médico en casa. Comprender la depresión*. Barcelona: Amat, S.L
- Becerra, E; Medina, R; Riquer, D. (2019). *Depresión en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 del programa DiabetIMSS en Guadalajara*. Revista Conamed. Vol. 24 pp 174-178
- Beck, A., Rush, A. John. (1990). *Tratamiento cognitivo de la Depresión*. España Ed. Desclee de Brouwersh.
- Jerí, R.; Terán, A.; Landeo, R. (1992). *Depresión y enfermedades somáticas*. Revista Diagnóstico; 1 – 2 (29): 22-25.
- Baena, A., Sandoval M., Urbina C. y Juárez, N., Villaseñor J. (2005). *Los trastornos del estado de ánimo*. Revista digital universitaria. (Vol.6) Pag.175-195.
- Disponible en: http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art110/nov_art110.pdf
- Beck, A., Steer, R. y Brown, G. (2006). *Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Beck, A. (1983). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Camacho, J. (2003). *El ABC de la terapia Cognitiva*.
- <https://www.fundacionforo.com/pdfs/archivo23.pdf>.
- Cano Et al, 2012. *Diabetes Mellitus tipo 2*. Grupo de estudio de la diabetes en la atención primaria de la salud. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria - Barcelona

Cuesta, E., Picón, J., & Pineida, P. (2022). *Tendencias actuales sobre la depresión, factores de riesgo y abuso de sustancias*. Journal of American Health, 5(1). Recuperado a partir de <https://jah-journal.com/index.php/jah/article/view/114>

Dahab, J., Rivadeneira, C., & Minici, A. (2002). *La Depresión desde la perspectiva Cognitivo Conductual*. Revista de terapia cognitivo conductual

Córdova, J. (2015) *Depresión y soporte social en pacientes con tuberculosis pulmonar atendidos en la Micro Red Santa Adriana, Juliaca 2015*. Tesis de grado. Universidad Peruana Unión.

Hernández, Fernández & Baptista (2014). *Metodología de la investigación científica*. México: Interamericana editores.

Giraldo, N., Valencia, D., Cardona, J. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud en tuberculosis: Revisión sistémica y metanálisis. *Infectio*, Vol.22 (3) ,124-130.

Keck, M. (2006). Copyright Lundbeck (Suiza) AG. Obtenido de Copyright Lundbeck (Suiza) AG: <http://www.depression.com>

Martínez Roldan, A. (2008). *Manual de tratamientos psicológicos y farmacológicos de la depresión*. México: UDLAP.

Ministerio de salud. (2006). *Normas técnicas de salud para el control de la tuberculosis*.

Ministerio de salud Perú (2005) La depresión – Módulo de atención integral en salud mental 6 (p. 9)

NIMH. (2009). *Depresión*. Estados Unidos: NIH Num. SP 09 3561.

López, M. (2007). *Ansiedad y depresión, reacciones emocionales frente a la enfermedad*. *An Med Interna*, 24(5),209-211.

- Organización Mundial de la Salud. (2017). Depresión: qué debe saber. [En línea]. <https://www.who.int/campaigns/world-healthday/2017/handouts-depression/what-you-should-know/es/>
- Rivadeira, C. Dahab, J. & Minici, A. (2013) *El Modelo Cognitivo de la Depresión*. *Revista de Terapia Cognitivo Conductual*.
- Riquero, P. (2012) *Depresión en pacientes con tuberculosis según tipo de tratamiento de la Red Urbana del MINSA Chiclayo 2012*. Tesis de grado. Universidad Católica Santo Toribio de Molla.
- Requena M, Bedoya E, Victorino J y Soto A. (2015 - 2017) *Salud mental como predictor de egreso en pacientes con tuberculosis atendidos en centros de alta incidencia. Lima, Perú. 2015-2017*. Tesis de grado. Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas.
- Rodríguez, A, Farfán, D. (2013) *Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013*
- Sánchez y Reyes (2017). *Metodología en la investigación científica*, Perú: Ed. Business Support Aneth.
- Sanz, J., Gutiérrez, S., Gesteira, C., & Garcia, M (2013). *Criterios y baremos para interpretar las puntuaciones en la adaptación española del inventario de depresión de Beck-II (BDI-II)*. Madrid: universidad Complutense de Madrid.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Depresión*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>
- Navarro, R. (1990), *Psicoterapia antidepresiva*. Humanismo Conductual para recuperar la alegría de vivir. México. Ed. Trillas
- Novara, Sotillo, Warton. (1985). *Estandarización de las escalas de Beck, Hamilton y Zung para la depresión en Lima metropolitana*. Lima Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado –H. Noguchi.

Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de la Tuberculosis -- Lima: Ministerio de Salud; 2006 272 p.; ilus.

Valencia, A. (2002). *Niveles de depresión en los pacientes con tuberculosis en la Red de Servicios de Salud N°5, Arequipa Sur 2002*. Tesis de grado. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Disponible en:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/1778/valencia_ma.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vera, V., Azzollini, S. (2012). *Actitudes, afrontamiento y autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2*. Artículos originales. Revista Argentina de salud pública.

Yapco, M. Harari, J y Harari, C. (2007). *Para romper los patrones de la depresión*. Editorial Pax México. Abril 2007.

Zarragoitía, I. (2011). *Depresión generalidades y particularidades*. Cuba. Ed: Ciencias médicas.

Anexos

Anexo 1. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTESIS	VARIABLE	METODOLOGIA
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es el nivel de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima – 2022?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>- ¿Cuál es el nivel de depresión en la dimensión cognitivo afectivo en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del Centro de salud Collique III, Comas, Lima – 2022?</p> <p>- ¿Cuál es el nivel de depresión en la dimensión somático motivacional en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del Centro de Salud Collique III, Comas, Lima – 2022?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>-Determinar la diferencia de los niveles de depresión en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de Salud Collique III, Comas, Lima, 2022.</p> <p>Objetivo específico</p> <p>-Determinar la diferencia de los niveles de depresión en la dimensión cognitivo afectivo en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III, Comas, Lima, 2022.</p> <p>-Determinar la diferencia de los niveles de depresión en la dimensión somático emocional en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III, Comas, Lima, 2022.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>H 1 Existen diferencias en los niveles de depresión entre los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima – 2022.</p> <p>H 0 No existe diferencia en niveles de depresión entre los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima – 2022.</p> <p>Hipótesis específica</p>	<p>Variable</p> <p>V1. Depresión</p> <p>Dimensiones</p> <p>-Síntomas cognitivos afectivos</p> <p>-Síntomas somáticos motivacional</p>	<p>Método: Científico</p> <p>Tipo: básica</p> <p>Nivel: descriptivo</p> <p>Diseño: Descriptiva comparativa.</p> <p>Cuyo diagrama es:</p> <p>M1----- O</p> <p>M2-----O</p> <p>Donde:</p> <p>M1: pacientes con tuberculosis.</p> <p>M2: pacientes con diabetes.</p> <p>O: niveles de depresión.</p> <p>Técnica: Encuesta</p>

		<p>H 1 Existen diferencias en los niveles de depresión de la dimensión cognitiva afectiva en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima - 2022.</p> <p>H 0 No existen diferencias en los niveles de depresión de la dimensión cognitiva afectiva en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima – 2022.</p> <p>H 1 Existen diferencias en los niveles de depresión de la dimensión somática motivacional</p>		<p>Instrumento: Inventario de depresión de Beck II</p> <p>Población y muestra:</p> <p>La población es:</p> <p>Los pacientes del área de tuberculosis y Diabetes.</p> <p>La muestra está conformada por 70 pacientes.</p>
--	--	--	--	---

		<p>en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del Centro de salud Collique III de Comas, Lima - 2022.</p> <p>H 0 No existe diferencias en los niveles de depresión de la dimensión somática motivacional en los pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del Centro de salud Collique III de Comas, Lima – 2022.</p>		
--	--	---	--	--

Anexo 2. Matriz de la operacionalización de la variable

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
Depresión	Es la respuesta expresada que se medirá a través del Inventario de Depresión de Beck (BD – II) donde se tiene en cuenta acerca de la sintomatología depresiva de acuerdo a sus dimensiones: Cognitivo – afectivo y Somático - motivacional, cuyos valores finales serán nivel alto, media y bajo.	D.1:	<ul style="list-style-type: none"> -Tristeza - Pesimismo - Fracaso -Perdida del placer. - Culpabilidad -Sentimiento de castigo. -Disconformidad con uno mismo. - Autocritica - Ideas suicidas 	<ul style="list-style-type: none"> 01 02 03 04 05 06 07 08 09

		COGNITI VO - AFECTIVO	-Llanto	10
			- Perdida de interés.	12
			- Desvalorización	14
			- Cambios de apetito.	18
		D.2: SOMATI CO – MOTIVACIONA L	-Agitación.	11
			-Indecisión	13
			-Perdida de energía.	15
			-Sueño	16
			- Irritabilidad.	17
			Dificultad de concentración	19
			-Cansancio o fatiga.	20
			-Perdida del interés en el Sexo.	21

Anexo 3. Operacionalización del instrumento

Anexo 3. Matriz operacional del instrumento						
Variable	Dimensión	Indicador	Ítem	Puntaje según respuesta	Instrumento	Escala (Nivel de medición)
Niveles de depresión	Síntomas cognitivo afectivo	- Tristeza	1	0 – 13 depresión mínima 14 – 19 depresión leve 20 – 28 depresión moderada 29 – 63 depresión severa	Inventario de depresión de Beck (BDI – II)	Ordinal
		- Pesimismo	2			
		- Fracaso	3			
		- Pérdida del placer.	4			
		- Culparidad	5			
		- Expectativa de castigo.	6			
		- Disconformidad con uno mismo.	7			
		- Autocrítica	8			
		- Ideas suicidas	9			
		- Llanto	10			
	Síntomas somáticos emocionales	- Desvalorización	14			
		- Agitación	11			
		- Pérdida de interés	12			
		- Indecisión.	13.			
		- Cansancio o fatiga	15.			
		- Cambios en el patrón del sueño	16			
		- Irritabilidad.	17			
		- Cambio en el apetito	18			
		- Dificultad de concentración.	19			
		- Cansancio o fatiga.	20			
		- pérdida de interés en el sexo.	21			

Anexo 4. Instrumento de investigación

<p>Anexo 4. Instrumento de investigación</p> <p style="text-align: center;">INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)</p> <p>En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor lea con atención cada una de ellas. A continuación, seleccione cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor sus sentimientos durante la ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Seleccione la afirmación que considere aplicable a su caso. Si dentro de un grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, selecciónela también. Asegúrese de haber leído todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de la elección.</p> <p>Le pedimos que conteste con la máxima sinceridad posible seleccionando sobre la opción que lo la identifique.</p> <p>Recuerde que la información obtenida de este instrumento es de carácter confidencial y será manejada únicamente con fines de investigación.</p> <p>EDAD: SEXO: M F</p> <p>AHORA PUEDE COMENZAR</p> <p>1) TRISTEZA</p> <p>0. No me siento triste.</p> <p>1. Me siento triste.</p> <p>2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.</p> <p>3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.</p> <p>2) PESIMISMO</p> <p>0. No estoy desanimado sobre mi futuro.</p> <p>1. Me siento más desanimado sobre mi futuro que antes.</p> <p>2. siento que no tengo que esperar nada.</p> <p>3. Siento que mi futuro es desesperanzador y que las cosas sólo empeorarán.</p> <p>3) SENTIMIENTOS DE FRACASO</p> <p>0. No me siento fracasado.</p> <p>1. He fracasado más de lo que debería.</p> <p>2. Cuando miro atrás, veo fracaso tras fracaso.</p> <p>3. Me siento una persona totalmente fracasada.</p> <p>4) PÉRDIDA DE PLACER</p> <p>0. Disfruto tanto como antes de las cosas que me gustan.</p> <p>1. No disfruto de las cosas tanto como antes.</p> <p>2. Obtengo muy poco placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p> <p>3. No obtengo ningún placer de las cosas con las que antes disfrutaba.</p>	<p>5) SENTIMIENTOS DE CULPA</p> <p>0. No me siento especialmente culpable.</p> <p>1. Me siento culpable de muchas cosas que he hecho o debería haber hecho.</p> <p>2. Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.</p> <p>3. Me siento culpable constantemente.</p> <p>6) SENTIMIENTOS DE CASTIGO</p> <p>0. No siento que esté siendo castigado.</p> <p>1. Siento que puedo ser castigado.</p> <p>2. Espero ser castigado.</p> <p>3. Siento que estoy siendo castigado.</p> <p>7) INSATISFACCIÓN CON UNO MISMO</p> <p>0. Siento lo mismo que antes sobre mí mismo.</p> <p>1. He perdido confianza en mí mismo.</p> <p>2. Estoy decepcionado conmigo mismo.</p> <p>3. No me gusta.</p> <p>8) AUTO – CRÍTICAS</p> <p>0. No me critico o me culpo más que antes.</p> <p>1. Soy más crítico conmigo mismo de lo que solía ser.</p> <p>2. Me critico por todos mis defectos.</p> <p>3. Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p> <p>9) PENSAMIENTOS O DESEOS DE SUICIDIO</p> <p>0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.</p> <p>1. Tengo pensamientos de suicidio, pero no los llevaría a cabo.</p> <p>2. Me gustaría suicidarme.</p> <p>3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.</p> <p>10) LLANTO</p> <p>0. No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1. Lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>2. Lloro por cualquier cosa.</p> <p>3. Tengo ganas de llorar continuamente, pero no puedo.</p> <p>11) AGITACIÓN</p> <p>0. No estoy más inquieto o tenso que de costumbre.</p> <p>1. Me siento más inquieto o tenso que de costumbre.</p> <p>2. Estoy tan inquieto o agitado que me cuesta estar tranquilo.</p> <p>3. Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar continuamente moviéndome o haciendo algo.</p>
--	--

12) PERDIDA DE INTERES

- 0. No he perdido el interés por otras personas o actividades.
- 1. Estoy menos interesado que antes por otras personas o actividades.
- 2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás o por las cosas.
- 3. Me resulta difícil interesarme en algo.

13) INDECISIÓN

- 0. Tomo decisiones como siempre.
- 1. Tomar decisiones me resulta más difícil que de costumbre.
- 2. Tengo mucha más dificultad en tomar decisiones que de costumbre.
- 3. Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14) INUTILIDAD

- 0. No me siento inútil.
- 1. No me considero tan valioso y útil como solía ser.
- 2. Me siento inútil en comparación con otras personas.
- 3. Me siento completamente inútil.

15) PÉRDIDA DE ENERGÍA

- 0. Tengo tanta energía como siempre.
- 1. Tengo menos energía de la que solía tener.
- 2. No tengo suficiente energía para hacer muchas cosas.
- 3. No tengo suficiente energía para hacer nada.

16) CAMBIOS EN EL PATRÓN DE SUEÑO

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

17) IRRITABILIDAD

- 0. No estoy más irritable de lo habitual.
- 1. Estoy más irritable de lo habitual.
- 2. Estoy mucho más irritable de lo habitual.
- 3. Estoy irritable continuamente.

18) CAMBIOS EN EL APETITO

- 0. No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1. Mi apetito no ha disminuido.
- 2. No tengo tan buen apetito como antes.
- 3. Ahora tengo mucho menos apetito.
- 4. He perdido completamente el apetito.

19) DIFICULTAD DE CONCENTRACION

- 0. Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1. No puedo concentrarme tan bien como habitualmente.
- 2. Me cuesta mantenerme concentrado en algo durante mucho tiempo.
- 3. No puedo concentrarme en nada.

20) CANSANCIO O FATIGA

- 0. No estoy más cansado o fatigado que de costumbre.
- 1. Me canso o fatigo más fácilmente que de costumbre.
- 2. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer muchas cosas que antes solía hacer.
- 3. Estoy demasiado cansado o fatigado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21) PÉRDIDA DE INTERÉS POR EL SEXO

- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1. Estoy menos interesado por el sexo de lo que solía estar.
- 2. Estoy mucho menos interesado por el sexo ahora.
- 3. He perdido completamente el interés por el sexo.

Constancia

Juicio de experto

Yo, Carmen Elizabeth Cruz Campos, con Documento Nacional de Identidad N° 22489527 certifico que realicé el juicio de experto del instrumento INVENTARIO DE BECK II visto, cuyos responsables son los investigadores Rubio Malpartida, Cecilia con DNI N° 22504301 y Olano Tantalean, Violeta Lourdes con DNI N° 09746963, la cual solicitan el apoyo a fin de realizar la investigación: Niveles de depresión en pacientes diagnosticados con tuberculosis del centro de salud Collique III, Comas, Lima, 2022. En la provincia de Lima 2022.

Lima, 11 de abril del 2022



Firma

Nombre y Apellidos: Carmen Elizabeth Cruz Campos

DNI N° 22489527

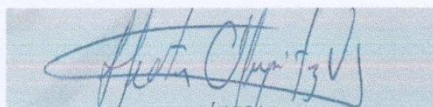
Mg. Carmen Elizabeth Cruz Campos
PSICÓLOGA
CPSR. 17908

Constancia

Juicio de experto

Yo, Héctor Chumpitaz Velásquez, con Documento Nacional de Identidad N°08687502 certifico que realicé el juicio de experto del instrumento INVENTARIO DE BECK II ,visto, cuyos responsables son los investigadores Rubio Malpartida, Cecilia con DNI N° 22504301 y Olano Tantalean, Violeta Lourdes con DNI N° 09746963, la cual solicitan el apoyo a fin de realizar la investigación: Niveles de depresión en pacientes diagnosticados con tuberculosis del centro de salud Collique III, Comas, Lima, 2022. En la provincia de Lima 2022.

Lima, 10 de Abril del 2022



MG.Héctor Chumpitaz Velásquez
DNI N° 08687502
C.Ps.P 4577

Constancia

Juicio de experto

Yo, Amalia Ysabel Valeriano Arteaga, con Documento Nacional de Identidad N° 09034693 certifico que realicé el juicio de experto del instrumento INVENTARIO DE BECK, cuyos responsables son los investigadores Rubio Malpartida, Cecilia con DNI N° 22504301 y Olano Tantalean, Violeta Lourdes con DNI N° 09746963, quienes solicitan el apoyo a fin de realizar la investigación: “Niveles de depresión en pacientes diagnosticados con tuberculosis del centro de salud Collique III”, Comas, Lima, 2022. En la provincia de Lima 2022.

Lima, 04 de abril del 2022



Firma

Nombre y Apellidos: Amalia Ysabel

Valeriano Arteaga DNI No 09034693

Anexo 5. Confiabilidad y validez del instrumento

CONFIABILIDAD DEL INVENTARIO DE BECK

Criterio para determinar la confiabilidad del instrumento, según George y Mallery (2003).

P - valor $> 0,90$ = La confiabilidad es excelente

P - valor $> 0,80$ = La confiabilidad es buena

P - valor $> 0,70$ = La confiabilidad es aceptable

P - valor $> 0,60$ = La confiabilidad es relativamente aceptable

P - valor $> 0,50$ = La confiabilidad es cuestionable

P - valor $> 0,50$ = La confiabilidad es deficiente

Tabla 00

Confiabilidad del inventario de Beck (BDI-II)

Numero de Ítems	Coefficiente de Alfa de Cronbach	Valoración	Nivel permitido
40	0,8904	>	0,50

Fuente: Procesamiento estadístico del proceso de evaluación.

Por lo tanto: El p-valor (0,8904) es mayor al nivel alfa (0,50). Entonces es confiable.


Anexo 6. Data de procesamiento de datos

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON TUBERCULOSIS																						
Sujets	Items																					ΣXi
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
1	3	1	2	3	0	1	2	1	0	2	1	0	1	1	3	1	1	1	1	1	3	29
2	2	1	0	2	1	1	1	1	1	2	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	3	20
3	0	0	0	1	1	3	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	2	14
4	1	0	0	1	2	0	1	0	0	0	1	1	1	2	1	0	2	0	0	1	0	14
5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4
7	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	4	0	1	10
8	0	0	1	0	0	0	1	0	0	3	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2	10
9	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3
10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	1	3	1	0	10
11	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	2	0	9
12	1	0	0	2	0	0	0	2	0	1	1	1	0	0	0	1	0	1	0	2	2	14
13	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2	2	0	0	2	0	10
14	1	0	0	1	2	0	0	2	0	1	1	2	2	0	1	1	0	0	4	0	2	20
15	1	1	0	1	0	0	0	0	0	2	1	0	2	0	3	1	1	1	4	0	2	20
16	2	0	0	1	0	0	1	0	0	2	2	1	2	1	1	1	1	1	1	1	2	20
17	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2
19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	3
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4
21	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	1	0	4	0	1	10
22	1	2	0	2	3	0	0	2	0	3	1	1	2	2	2	1	1	1	3	1	1	29
23	2	2	0	1	2	1	0	3	1	3	3	3	2	1	2	1	1	1	1	2	1	33
24	2	1	1	3	1	0	1	3	1	2	1	0	0	2	3	1	0	0	3	1	3	29
25	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	10
26	1	0	0	1	3	1	1	1	1	0	1	0	0	3	1	1	1	0	1	1	2	20
27	1	1	2	1	0	1	1	0	3	0	0	1	1	2	2	0	0	2	1	1	1	20
28	2	1	2	2	2	3	3	3	0	1	0	3	3	3	3	3	3	1	0	1	3	42
29	1	1	0	2	0	2	2	0	2	1	2	1	2	1	1	1	1	3	2	2	3	29
30	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	4
31	2	3	1	1	1	1	1	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	3	2	20
32	0	0	0	0	1	0	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	8
33	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	5
34	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	5
35	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	2	0	0	8

PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON DIABETES

Sujets	Items																					Σ%
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	3	7
2	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	5
3	1	0	0	1	1	3	0	0	0	3	3	0	0	1	3	0	0	2	0	1	1	20
4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2
5	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	2	1	1	2	1	2	1	1	1	2	3	29
6	1	0	0	1	1	3	0	1	0	0	2	0	0	2	0	1	1	0	0	1	1	15
7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	3	1	0	0	1	1	9
8	1	0	0	3	0	0	0	0	0	2	0	0	1	1	1	1	2	0	0	1	1	14
9	1	0	0	2	3	0	0	0	0	0	0	0	2	0	1	1	0	1	1	1	1	14
10	2	1	0	2	2	0	1	1	0	2	2	0	0	2	2	3	1	1	3	1	3	29
11	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	2	0	0	1	1	8
12	0	1	1	1	2	3	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	2	0	2	1	3	21
13	2	2	1	1	1	3	2	1	1	3	1	2	3	2	2	3	1	2	2	2	2	39
14	1	1	0	0	1	0	0	2	0	1	0	0	0	0	1	0	2	0	0	2	3	14
15	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0	0	1	1	10
16	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0
17	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	3	14
18	2	3	2	3	3	3	1	1	0	2	2	3	2	2	3	2	2	2	1	1	3	43
19	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	3	2	0	0	1	0	16
20	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	2	1	0	0	1	1	9
21	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	3	2	2	1	2	2	1	2	1	1	21
22	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	7
23	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	6
24	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	2	1	2	14
25	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	7
26	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	4
27	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	14
28	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	7
29	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	4
30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	5
31	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3
32	1	1	0	3	1	3	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	3	3	20
33	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	3	0	8
34	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	3	0	8
35	1	1	2	1	1	1	1	0	1	2	1	1	1	2	1	1	0	0	1	1	1	21

Anexo 7. Consentimiento informado


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada “Niveles de depresión en pacientes diagnosticados con Tuberculosis y Diabeticos del Centro de Salud Collique de Comas, Lima-2022”, mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por los investigadores responsables: **Bach. Cecilia C. Rubio y Bach. Violeta L. Olano Tantalean.**

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Lima, 18 de Abril 2022.

[Firma]
(PARTICIPANTE)
Apellidos y nombres: Angela Sandoval Rios
N° DNI: 45398234

1. **Responsable de investigación**
Apellidos y nombres: Rubio Malpartida, Cecilia Catalina
D.N.I. N° 22504301
N° de teléfono/celular: 985675964
Email: Cecilia.Malpartida@hotmail.com
Firma: *[Firma]*
2. **Responsable de investigación**
Apellidos y nombres: Olano Tantalean, Violeta Lourdes
D.N.I. N° 09746963
N° de teléfono/celular: 958314126
Email: Lourdesotv@hotmail.com
Firma: *[Firma]*
4. **Asesor(a) de investigación**
Apellidos y nombres: Joan Manuel Castillo Bernia
D.N.I. N° 20090030
N° de teléfono/celular: 985851935
Email: d.jcastillo@upla.edu.pe
Firma: *[Firma]*
3. **Responsable de investigación**
Apellidos y nombres: Mg. Hugo Alayo Carla
D.N.I. N°
N° de teléfono/celular: 970980297
Email: psicomiss.carla@hotmail.com
Firma:



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada "Niveles de depresión en pacientes diagnosticados con Tuberculosis y Diabéticos del Centro de Salud Collique de Comas, Lima-2022", mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por los investigadores responsables: **Bach. Cecilia C. Rubio y Bach. Violeta L. Olano Tantalean.**

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Lima, 8 de ... 2022.



(PARTICIPANTE)

Apellidos y nombres: Cristina Mercedes Calderon

Nº DNI: 41298748

1. Responsable de investigación

Apellidos y nombres: Rubio Malpartida, Cecilia Catalina

D.N.I. Nº 22504301

Nº de teléfono/celular: 985675964

Email: Cecilia.Malpartida@hotmail.com

Firma: [Firma]

2. Responsable de investigación

Apellidos y nombres: Olano Tantalean, Violeta Lourdes

D.N.I. Nº 09746963

Nº de teléfono/celular: 958314126

Email: Lourdesotv@hotmail.com

Firma: [Firma]

4. Asesor(a) de investigación

Apellidos y nombres: Joan Manuel Castillo

Bernia

D.N.I. Nº 20090030

Nº de teléfono/celular: 985851935

Email: d.jcastillob@upla.edu.pe

Firma: [Firma]

3. Responsable de investigación

Apellidos y nombres: Mg. Hugo Alayo Carla

D.N.I. Nº

Nº de teléfono/celular: 970980297

Email: psicomiss.carla@hotmail.com

Firma:



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Luego de haber sido debidamente informada/o de los objetivos, procedimientos y riesgos hacia mi persona como parte de la investigación denominada "Niveles de depresión en pacientes diagnosticados con Tuberculosis y Diabéticos del Centro de Salud Collique de Comas, Lima-2022", mediante la firma de este documento acepto participar voluntariamente en el trabajo que se está llevando a cabo conducido por los investigadores responsables: **Bach. Cecilia C. Rubio y Bach. Violeta L. Olano Tantalean.**

Se me ha notificado que mi participación es totalmente libre y voluntaria y que aún después de iniciada puedo rehusarme a responder cualquiera de las preguntas o decidir suspender mi participación en cualquier momento, sin que ello me ocasione ningún perjuicio. Asimismo, se me ha dicho que mis respuestas a las preguntas y aportes serán absolutamente confidenciales y que las conocerá sólo el equipo de profesionales involucradas/os en la investigación; y se me ha informado que se resguardará mi identidad en la obtención, elaboración y divulgación del material producido.

Entiendo que los resultados de la investigación me serán proporcionados si los solicito y que todas las preguntas acerca del estudio o sobre los derechos a participar en el mismo me serán respondidas.

Lima, 18 de ABRIL 2022.



[Handwritten Signature]

(PARTICIPANTE)
 Apellidos y nombres: CARLOS PENA LIZA
 N° DNI: 7489342

1. Responsable de investigación

Apellidos y nombres: Rubio Malpartida, Cecilia Catalina
 D.N.I. N° 22504301
 N° de teléfono/celular: 985675964
 Email: Cecilia.Malpartida@hotmail.com

Firma: *[Handwritten Signature]*

2. Responsable de investigación

Apellidos y nombres: Olano Tantalean, Violeta Lourdes
 D.N.I. N° 09746963
 N° de teléfono/celular: 958314126
 Email: Lourdesotv@hotmail.com

Firma: *[Handwritten Signature]*

4. Asesor(a) de investigación

Apellidos y nombres: Joan Manuel Castillo Bernia
 D.N.I. N° 20090030
 N° de teléfono/celular: 985851935
 Email: j.castillo@upla.edu.pe

Firma: *[Handwritten Signature]*


3. Responsable de investigación

Apellidos y nombres: Mg. Hugo Alayo Carla
 D.N.I. N°
 N° de teléfono/celular: 970980297
 Email: psicomiss.carla@hotmail.com

Firma:

Anexo 8. Declaración de confidencialidad


9


 UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DECLARACION DE CONFIDENCIALIDAD

Yo Rubio Malpartida Cecilia Catalina con identificado (a) con DNI N°22504301 estudiante/docente/egresado la escuela profesional de psicología habiendo implementando el proyecto de investigación titulado "Niveles de depresión en pacientes diagnosticados con tuberculosis del centro de salud Collique III de Comas-Lima-2022", en ese contexto declaro bajo juramento que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de investigación de acuerdo a lo especificado en los artículos 27 y 28 del Reglamento General de Investigación y en los artículos 4 y 5 del Código de Ética para la Investigación Científica de la Universidad Peruana Los Andes , salvo con autorización expresa y documentada de alguno de ellos.

Lima, 04 de abril 2022.





Bach: Rubio Malpartida Cecilia C.
DNI N° 22504301



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DECLARACION DE CONFIDENCIALIDAD

Yo Olano Tantalean Violeta Lourdes con identificado (a) con DNI N°09746963 estudiante/docente/egresado la escuela profesional de psicología habiendo implementando el proyecto de investigación titulado “Niveles de depresión en pacientes diagnosticados con tuberculosis y diabetes del centro de salud Collique III de Comas, Lima-2022”, en ese contexto declaro bajo juramento que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de investigación de acuerdo a lo especificado en los artículos 27 y 28 del Reglamento General de Investigación y en los artículos 4 y 5 del Código de Ética para la investigación Científica de la Universidad Peruana Los Andes , salvo con autorización expresa y documentada de alguno de ellos.

Lima, 04 de abril 2022.



Bach: Olano tantalean Violeta

DNI N° 09746963



PERU

Ministerio de Salud

Dirección de Redes Integradas
de Salud - Lima Norte"Año del Fortalecimiento de la
Soberanía Nacional"

CONSTANCIA DE TRABAJO DE INVESTIGACION

El medico jefe del Centro de salud Collique III zona que suscribe:

Hace Constar:

Que, Doña CECILIA C. RUBIO MALPARIDA, identificada con D.N.I. N° 22504301 y Doña VIOLETA L. OLANO TANTALEAN, identificada con D.N.I. N° 09746963, ambas con bachiller de la Universidad Peruana Los Andes, quienes realizaron su trabajo de investigación titulada "NIVELES DE DEPRESION EN PACIENES DIAGNOSTICADOS CON TUBERCULOSIS Y DIABETICOS DELCENRO DE SALUD COLLIQUE DE COMAS,LIMA-2022" para lograr el grado académico correspondiente, han aplicado en el centro de Salud Collique III zona "El inventario de depresión de Aron Beck " dirigido a los pacientes de Tuberculosis y Diabetes que son atendidos en el establecimiento de salud.

Se expide la presente solicitud de las interesadas para fines que estime conveniente, siempre en cuando no contravenga a los intereses del estado.

Comas, 23 de junio 2022

Atentamente

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN DE REDES INTEGRADAS
DE SALUD LIMA - NOROCCIDENTE
MC. JOHNNY GALDERON VARGAS
Médico Jefe - CSAP 31002
C.S. COLLIQUE III ZONA

JCCV/jmra

www.dirinorte.gob.pe

Av. Santa rosa S/N Cdra. 9 III zona
Collique – Comas
Teléfono: 5856695-5856542-5581306



