

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

TESIS

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO EN UN HOSPITAL NACIONAL DE LA REGIÓN CALLAO EN EL 2020

PARA OBTENER EL TÍTULO DE

LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

AUTORA

EVELIN MARINNE RUIZ PEÑA

ASESOR

DR. FELIPE IGNACIO CCONCHOY

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

DESORDENES EMOCIONALES, SU RELACIÓN CON LOS
FACTORES DE RIESGO PARA LA SALUD Y CON EL DESARROLLO
DE CONDUCTAS SALUDABLES

LIMA, PERÚ, OCTUBRE DE 2020

DEDICATORIA

Dedicado principalmente a Dios, por darnos vida, salud, paz y unión familiar; a mi amado hijo Eithan, quien es mi mayor motivación, mi razón de ser y de superación; a mi madre, quien con su esmero emocional, físico y sobre todo incondicional ha aportado en la culminación de la presente investigación, al igual que mi padre, mi héroe sin capa, que con su disciplina, amor y apoyo moral ha sido pieza fundamental en este proceso, por último y no menos importante a mi hermano, quien cooperó moral, emocional o de alguna otra manera a cumplir mis metas y a no perder la cordura.

AGRADECIMIENTOS

A mis docentes de pregrado, quienes aportaron su valioso tiempo, paciencia, conocimientos, sugerencias y recomendaciones para la mejora continua del presente trabajo de investigación.

A mis amigos, compañeros de estudio y todas aquellas personas que contribuyeron con sus conocimientos, entusiasmo y apoyo para el progreso, avance y culminación de mi tesis.

Finalmente, agradecer a la Universidad Autónoma del Perú por todo lo brindado en mi periodo de formación.

ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
RESUMEN	
ABSTRACT	
RESUMO	
INTRODUCCIÓN	
CAPITULO I : PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
1.1. Realidad problemática	
1.2. Justificación e importancia de la investigación	
1.3. Objetivos de la investigación	
1.3.1. Objetivo general	
1.3.2. Objetivos específicos	
1.4. Limitaciones de la investigación	
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes de la investigación	
2.1.1. Antecedentes internacionales	
2.1.2. Antecedentes nacionales	
2.2. Bases Teóricas	
2.3. Ansiedad	
2.4. Depresión	
CAPITULO III: MARCO METODOLÓGICO	
3.1 Tipo y diseño de investigación	
3.2. Población	
3.3. Muestra	
3.4. Características sociodemográficas de la muestra	
3.3. Hipótesis	
3.4 Variables	
3.5. Operacionalización de las variables	
3.6. Técnicas e instrumentos de medición	
3.6.1. Ficha técnica del inventario de ansiedad de Beck (IAB)	
3.6.2. Ficha técnica del inventario de depresión de Beck (BDI-II)	

3.7. Procedimiento de ejecución para la recolección de datos	55
3.8. Procedimiento para el análisis estadístico de los datos	56
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS	
4.1 Análisis de la variable ansiedad	58
4.2. Análisis de la variable depresión	61
4.3. Contrastación de hipótesis	64
CAPÍTULO V: DISCUSIONES, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Discusión	66
5.2. Conclusiones	69
5.3. Recomendaciones	70
REFERENCIAS	
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Clasificación del sobrepeso y obesidad	26
Tabla 2 Clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM-5	31
Tabla 3 Clasificación de los trastornos depresivos según el DSM-5	36
Tabla 4 Distorsiones cognitivas entre ansiedad y depresión	37
Tabla 5 Características sociodemográficas según sexo en pacientes con	43
malnutrición por exceso atendidos en un hospital nacional de la	
región Callao, 2020	
Tabla 6 Características sociodemográficas según estado civil en pacientes	43
con malnutrición por exceso atendidos en un hospital nacional de la	
región Callao, 2020	
Tabla 7 Características sociodemográficas según nivel de educación en	47
pacientes con malnutrición por exceso atendidos en un hospital	
nacional de la región Callao, 2020	
Tabla 8 Operacionalización de las variables	50
Tabla 1 Tabla de baremos del inventario de ansiedad de Beck (AIB)	52
Tabla 2 Tabla de baremos del inventario de depresión de Beck BDI- II	54
Tabla 3 Estadísticos descriptivos de las muestras de ansiedad	58
Tabla 4 Frecuencia de ansiedad según la muestra total	58
Tabla 5 Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov	59
Tabla 6 Comparación de ansiedad según sexo	59
Tabla 7 Comparación de ansiedad según nivel de educación	60
Tabla 8 Comparación de ansiedad según estado civil	60
Tabla 9 Estadísticos descriptivos de las muestras de depresión	61
Tabla 10 Frecuencia de depresión según la muestra total	61
Tabla 11 Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov	62
Tabla 12 Comparación de depresión según sexo	62
Tabla 13 Comparación de depresión según nivel de educación	63
Tabla 14 Comparación de depresión según estado civil	63
Tabla 15 Correlación entre ansiedad y depresión	64

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Modelo integrador de la depresión

39

ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO EN UN HOSPITAL NACIONAL DE LA REGIÓN CALLAO EN EL 2020

EVELIN MARINNE RUIZ PEÑA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMEN

En 140 pacientes con malnutrición por exceso atendidos en un hospital nacional de la región Callao se desarrolló un estudio descriptivo correlacional cuyo objetivo fue analizar la relación entre ansiedad y depresión en este grupo de personas. El tipo de investigación llevada a cabo fue cuantitativo, con diseño no experimental, descriptivo, correlacional. Para la medición de las variables se utilizaron de instrumentos el Inventario de ansiedad de Beck (AIB) y el Inventario de depresión de Beck (BDI-II), a través de los cuales se identificó que, 36.4% de pacientes con malnutrición por exceso presentan un nivel severo de ansiedad, 25% presenta ansiedad leve, 18.6% ansiedad a nivel moderado y el 20% ansiedad normal, por otro lado, con respecto a la variable depresión, se halló que el 36.4% de pacientes presentan nivel de depresión mínima, 23.6% depresión grave, 21.4% depresión leve y el 18.6% depresión moderada; asimismo; no se hallaron diferencias significativas al comparar independientemente las variables ansiedad y depresión según sexo, nivel de educación y estado civil. El estudio concluye afirmando que existe una correlación positiva moderada entre ansiedad y depresión en pacientes con malnutrición por exceso.

Palabras clave: Ansiedad, depresión, malnutrición por exceso.

ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS SUFFERING FROM EXCESS MALNUTRITION IN A NATIONAL HOSPITAL IN CALLAO REGION IN 2020

EVELIN MARINNE RUIZ PEÑA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

ABSTRACT

A descriptive correlational study was developed in 140 patients with attended in a national hospital of Callao region, with the objective of analyzing the relationship between anxiety and depression in this group of people. The type of research carried out was quantitative, with a non-experimental, descriptive, correlational design. The Beck anxiety Inventory (AIB) and the Beck depression Inventory (BDI-II) were used to measure the variables, through which it was identified that 36.4% of patients with excess malnutrition present a severe level of anxiety, 25% present mild anxiety, 18.6% anxiety at a moderate level and 20% normal anxiety, on the other hand, with respect to the depression variable, it was found that 36.4% of patients had minimal depression, 23.6% major depression, 21.4% mild depression and 18.6% moderate depression; likewise, no significant differences were found when comparing independently the variables anxiety and depression according to sex, level of education and marital status. The study concludes by stating that there is a moderate positive correlation between anxiety and depression in patients with excess malnutrition.

Keywords: anxiety, depression, malnutrition due to excess.

ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PACIENTES COM DESNUTRIÇÃO EXCESSIVA EM UM HOSPITAL NACIONAL DA REGIÃO SILENCIOSA NO 2020.

EVELIN MARINNE RUIZ PEÑA

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL PERÚ

RESUMO

Foi desenvolvido um estudo correlacional descritivo em 140 pacientes com desnutrição por excesso atendidos em um hospital nacional da região de Callao, com o objetivo de analisar a relação entre ansiedade e depressão nesse grupo de pessoas. O tipo de pesquisa realizada foi quantitativa, com desenho não experimental, descritivo e correlacional. O Inventário de ansiedade de Beck (AIB) e o Inventário de depressão de Beck (BDI-II) foram utilizados para mensurar as variáveis, através das quais foi identificado que 36.4% dos pacientes com desnutrição excessiva apresentam um nível grave de ansiedade, 25% apresentam ansiedade leve, 18.6% de ansiedade em nível moderado e 20% de ansiedade normal, por outro lado, em relação à variável depressão, verificou-se que 36.4% dos pacientes apresentaram depressão mínima, 23.6% depressão maior, 21.4% depressão leve e 18.6% depressão moderada; da mesma forma, não foram encontradas diferenças significativas quando comparadas independentemente as variáveis ansiedade e depressão segundo sexo, nível de escolaridade e estado civil. O estudo conclui afirmando que existe uma correlação positiva moderada entre ansiedade e depressão em pacientes com desnutrição excessiva.

Palavras-chave: ansiedade, depressão, desnutrição excessiva

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la organización mundial de salud brinda cifras alarmantes sobre los problemas de salud pública más graves del siglo XXI, entre ellos, la depresión, trastorno que más de 300 millones de personas a nivel mundial lo padece, seguido de la ansiedad, con más de 260 millones (OMS, 2018). Por otro lado, las cifras de malnutrición por exceso revelan datos de igual o mayor preocupación, siendo 1900 millones (39%) de personas las que tienen sobrepeso y 650 millones (13%) las que son obesos (OMS, 2017), por lo expuesto, se evidencia que a escala mundial la prevalencia se ha tornado sustancialmente incrementada en cuanto a las enfermedades previamente detalladas.

Dado que las cifras visualizadas en líneas anteriores son alarmantes, es importante considerar la implicancia de los factores psicológicos en los procesos salud/enfermedad, ya que autores como Oblitas y Becoña (2000) refieren "la evidencia científica actual indica que, cualquier trastorno denominado físico u orgánico suele implicar igualmente, y a distintos niveles, alteraciones psicológicas, y viceversa". En añadidura, cabe mencionar que, los estudios realizados a pequeña escala en el territorio nacional, son escasos, y más aún las investigaciones donde se aborda en conjunto las variables psicológicas (ansiedad y depresión) en relación a patologías médicas en una muestra como la especificada en este estudio.

A razón de que la abundante literatura se centra en aspectos relacionados a la prevención, fisiopatología, tratamiento y comorbilidades asociadas, es necesario resaltar que, con respecto al componente psicológico no se ha brindado la misma importancia, pese que la presencia de algún trastorno mental podría influenciar en el desarrollo de las enfermedades y en el abandono de los tratamientos destinados a la disminuir o controlar diversas patologías concomitantes Tapia (2006).

En este sentido, se justifica el desarrollo de este estudio con objetivo de determinar la relación entre ansiedad y depresión en pacientes con malnutrición por exceso en un hospital nacional de la región Callao, buscando reafirmar la asociación entre las variables expuestas, brindar aportes desde la perspectiva psicológica desde el plano nacional, visualizando que, según las actuales necesidades patológicas

físicas presentes en la sociedad es necesario evaluar el estado psicológico y así planificar intervenciones con enfoque multidisciplinario, considerando la afirmación realizada por Piqueras, Martínez, Ramos, Rivero, García y Oblitas (2008) quienes aducen que "las emociones desempeñan un papel esencial en la historia natural de las enfermedades". Esto, nos conlleva a reflexionar que, si se toma con atención la implicancia de características psicológicas, como ansiedad y depresión en enfermedades metabólicas como obesidad y sobre peso, puede ser posible la reducción de las repercusiones negativas en la calidad de vida de los individuos y a su vez, reducir los problemas de salud pública que son perniciosas para la sociedad.

Por otro lado, esta investigación presentó ciertas limitaciones durante su ejecución, dado que, pese a la ardua búsqueda sobre investigaciones antecesoras donde se haya estudiado las variables en conjunto (ansiedad y depresión) en muestra de pacientes con malnutrición por exceso; o comúnmente conocidos como pacientes con obesidad y sobre peso; es necesario mencionar que son minoritarias las investigaciones ejecutadas en la costa central del país, y más aún en la provincia constitucional del Callao. Este estudio cuenta con un tipo de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, descriptivo, correlacional. La presente investigación se desarrolló considerando cinco capítulos.

El primer capítulo, presenta algunas revisiones conceptuales precedentes a este estudio, asociadas a la ansiedad y depresión. Seguidamente, se presenta la justificación y formulación del problema, el objetivo general y específicos.

El segundo capítulo, presenta los antecedentes nacionales e internacionales de las variables a estudiar; ansiedad y depresión, además de las bases teóricas y científicas que sustentan y respaldan el desarrollo de la investigación.

En el tercer capítulo, se expone la metodología del estudio, el tipo y diseño de investigación, las hipótesis, la operacionalización de las variables, descripción de instrumentos y los métodos para el procesamiento de datos.

En el cuarto capítulo, se presentan los resultados obtenidos de las variables ansiedad y depresión, además de la prueba de hipótesis planteada en el estudio.

En el último capítulo, se presenta la discusión, se describen las conclusiones en base a los objetivos e hipótesis planteadas, se presentan las recomendaciones la cual cuenta con la finalidad de aportar sugerencias útiles y viables.

CAPITULO I PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Realidad problemática

La asociación americana de obesidad, afirma que la ansiedad y depresión son comorbilidades asociadas a la obesidad citado en Coronado, Manrique, Tuesta y Musayón (2010) lo cual, establece un complejo problema para la salud pública, dado que, su impacto es perjudicial para el individuo. Al respecto, Luppino, De Wit, Bouvy, Stijnen, Cuijpers, Penninx, Zitman (2010) afirmaron que, así como la obesidad incrementa el riesgo de depresión (mayor para los clínicamente diagnosticados), la depresión anticipa la evolución de la obesidad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) data que, en el 2016 en todo el mundo, más de 1900 millones (39%) de personas de 18 o más años tenían sobrepeso, adicionalmente, más de 650 millones (13%) eran obesos, de los cuales 11% eran varones y 15% mujeres. Así mismo, al hablar de ansiedad y depresión, la OMS (2017) señala que más de 300 millones de individuos a nivel mundial padecen de depresión; siendo la OMS (2018) en el año próximo, quien refirió que más de 260 millones de personas cuentan con trastornos de ansiedad.

En América Latina, son tres los países que muestran un alto incremento porcentual de población adulta que padece sobrepeso y obesidad, dichos países son Honduras (76,6%), Guatemala (75,0%) y Bolivia (69,8%), según lo indica la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obesidad (FLASO, 2017). Con ello, el trabajo de Calderón, Forns y Varea (2010) evidencia la coexistencia entre la obesidad y otras patologías psicológicas como depresión y trastornos de ansiedad. Las estadísticas revelan que Brasil es el país con mayor prevalencia en casos de depresión y desórdenes de ansiedad registrando un 5,8% y un 9,3% respectivamente, mientras que, en Perú, se registra un 4,8% en casos de depresión y un 5,7% en desórdenes de ansiedad (OMS, 2017).

En el plano nacional, la encuesta demográfica y de salud familiar ENDES, del instituto nacional de estadística e informática (INEI, 2019), revela que 37,3% de sujetos de 15 y más años de edad tiene sobre peso; 22,7% tiene obesidad, siendo la provincia constitucional del Callao, el segundo lugar con la cifra más alta en sobrepeso (39,2%) y el quinto con obesidad (29,1%). El Ministerio de Salud (MINSA,

2018) reportó que, en la población mayor de 12 años, el episodio depresivo es el trastorno mental más frecuente, contando con una estimación de 4% en Lima rural, mientras que, la estimación del trastorno de ansiedad generalizada es de un 3.0% en sujetos que viven en Lima metropolitana y el Callao.

La obesidad es una patología donde intervienen múltiples factores, entre ellos, condiciones genéticas, sociales y psicológicas, siendo este último, característica relevante para su formación, como los estados ansiosos y depresivos que predisponen al individuo a ejecutar conductas de sobrealimentación, a manera de autorregulación emocional implantando un dialelo entre ansiedad, obesidad y depresión, lo cual, perpetua la obesidad (Silva, 2008).

La obesidad se encuentra ubicada como el quinto riesgo líder para la mortalidad, reconociéndola como la epidemia del siglo XXI, así mismo, el diagnóstico de depresión en etapas tempranas se asocia al desarrollo de obesidad en etapa adulta, intensificando la severidad en el grupo de sujetos obesos, por lo que, los especialistas del congreso de la asociación psiquiátrica americana (APA, 2000) calcularon que para el año 2020, la depresión sería la segunda causa de incapacidad global.

En consecuencia, los trastornos de ansiedad y depresión toman particular énfasis cuando las conductas de ingestión de alimentos se hallan inmersas, dado que, los estados anímicos que sin ser por sí mismos patológicos, puede repercutir significativamente en la calidad de vida del individuo, por tanto, Vázquez y López (2001) consideran la obesidad como el síntoma o consecuencia de un problema de índole psicológica o social.

Por ello, se halla relevante formular la siguiente pregunta de investigación ¿Cuál es la relación que existe entre ansiedad y depresión en pacientes con malnutrición por exceso de un hospital nacional de la región Callao en el 2020?

1.2. Justificación e importancia de la investigación

Según su conveniencia, éste estudio justifica su utilidad, dado que, permitirá reafirmar la asociación entre ansiedad y depresión, lo cual contribuirá a realizar intervenciones eficaces desde una perspectiva multidisciplinar en el presente grupo a estudiar.

Según la relevancia social, esta investigación justifica su importancia porque al conocer sobre la magnitud y efecto de las variables psicológicas a estudiar, ansiedad y depresión en pacientes con malnutrición por exceso, se contribuirá a controlar el impacto negativo del sobre peso y la obesidad, así como también, prevenir la aparición, desarrollo y agravamiento de diversas enfermedades, de índole psicológica y cardio metabólicas, priorizando la salud mental y física.

En la vida práctica, el presente estudio contribuye en generar un aporte de resultados actuales que ayudarán a conocer el impacto negativo de la ansiedad y depresión en personas con malnutrición por exceso, lo cual, incentivará a que la comunidad científica en conjunto con los profesionales de la salud, formulen estrategias basadas en datos actuales que permitan disminuir y controlar los índices y la afectación del sobrepeso, obesidad, ansiedad y depresión.

Respecto al valor teórico, los resultados del presente estudio podrán contribuir en proporcionar datos acerca de la asociación entre las variables ansiedad y depresión en pacientes con malnutrición por exceso, siendo útil como antecedente para futuras investigaciones.

Respecto a las aportaciones para la enseñanza, el presente estudio contribuirá en la medida en que nos permita obtener una perspectiva con enfoque multidisciplinar abocada a considerar con atención que la ansiedad y depresión son variables que mantienen una relación bidireccional pudiendo preceder o producir los estados de sobrepeso y obesidad, siendo estos factores de riesgo los que predisponen al individuo a desencadenar enfermedades de alta morbilidad y mortalidad.

1.3. Objetivos de la investigación:

1.3.1. Objetivo general:

 Determinar la relación entre ansiedad y depresión en pacientes con malnutrición por exceso en un hospital nacional de la región Callao en el 2020.

1.3.2. Objetivos específicos:

- Describir el nivel de ansiedad en pacientes con malnutrición por exceso en un hospital nacional de la región Callao en el 2020.
- Describir el nivel de depresión en pacientes con malnutrición por exceso en un hospital nacional de la región Callao en el 2020.
- Establecer las diferencias al comparar la ansiedad en función al sexo, estado civil y nivel de educación en pacientes con malnutrición por exceso en un hospital nacional de la región Callao en el 2020.
- Analizar las diferencias al comparar la depresión en función al sexo, estado civil y nivel de educación en pacientes con malnutrición por exceso en un hospital nacional de la región Callao en el 2020.

1.4. Limitaciones

Se plantea como limitación que, a pesar de la búsqueda meticulosa de información actualizada sobre las variables planteadas ansiedad y depresión en la población del presente estudio, no se han encontrado suficientes investigaciones realizadas desde el área psicológica en el plano nacional.

Consecuentemente, otra limitación hallada durante el proceso de investigación fue el acceso y permiso necesario con respecto a los instrumentos destinados a medir las variables de estudio, por lo cual dicho factor fue obstáculo que retrasó la recogida de datos.

Por otro lado, se halló como factor limitante el acceso a la población.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Calderón, Forns y Varea (2010) investigaron la implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación en 281 jóvenes obesos atendidos en la Unidad de Gastroenterología Pediátrica del Hospital Sant Juan de Dios de Barcelona (España), este estudio descriptivo, transversal buscó comparar los niveles de ansiedad, depresión y trastornos de alimentación. Los cuestionarios usados fueron Eating Disorders Inventory-2 (EDI-2), cuestionario de depresión (CDI) y cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI). Los resultados arrojaron que los jóvenes con obesidad severa presentan mayor ansiedad estado (p = 0.001), ansiedad rasgo (12%) (p < 0.001) y síntomas de depresión (11%), (p < 0.001) en comparación a los jóvenes con sobrepeso (obesidad leve-moderada), al igual que en los trastornos de alimentación, los jóvenes con obesidad severa señalan puntuaciones significativamente mayores que los jóvenes con sobrepeso (obesidad leve-moderada) en ocho de las once escalas del EDI-2. En conclusión, esta investigación encontró correlaciones positivas entre ansiedad y depresión.

Reyes, Bentancur y Samaniego (2015) investigaron sobre la ansiedad y depresión en personas con obesidad de Paraguay, su objetivo fue determinar la relación entre ambas variables en este grupo de personas, el estudio contó con un diseño no experimental, correlacional y transversal, realizado en 98 personas, las variables fueron medidas a través del inventario de depresión de Beck (BDI-II) y del inventario de ansiedad rasgo-estado (STAI). Los resultados mostraron que la correlación fue positiva entre ansiedad-estado y depresión (r=.417; p=.000), entre ansiedad-rasgo y depresión (r=.610; p=.000) y entre ansiedad-estado y ansiedad-rasgo (r=.544; p=.000), así mismo, se demostró que la ansiedad-rasgo presentaba diferencias entre hombres y mujeres, en añadidura, la media de ansiedad y depresión fue significativamente mayor en las mujeres que en hombres. Finalmente, el estudio concluyó afirmando existencia en la relación directa entre ansiedad y depresión en su muestra, las cuales presentaban obesidad.

Cruz, Pascual, Wlodarczyk, Polo y Echeburúa (2016) estudiaron la insatisfacción corporal y conductas de control del peso en adolescentes con sobrepeso, dentro de esta investigación se pretendió hallar si la depresión y la ansiedad tienen un papel mediador entre la insatisfacción corporal y las conductas de control del peso en 140 mujeres que tenían la condición de sobrepeso. Para la medición de las variables, los investigadores implementaron el uso de la escala de ansiedad e insomnio y depresión del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28), el resultado del análisis correlacional mostró correlación positiva y significativa entre las variables, siendo las que presentaban mayor asociación la insatisfacción corporal con depresión, así como depresión con ansiedad e insomnio.

Salazar, Castillo, Pastor, Tejada y Palos (2016) investigaron sobre la ansiedad, depresión y actividad física asociados al sobrepeso/obesidad en estudiantes de dos universidades mexicanas, se buscó hallar asociación entre ansiedad, depresión, la actividad física y la prevalencia combinada de sobrepeso/obesidad en 450 universitarios, usando la escala de Goldberg para identificar síntomas presuntivo de ansiedad y depresión, el estudio contó con un diseño no experimental, tipo descriptivo, transversal. Los resultados muestran asociación significativa (p<0,05) entre el sobrepeso/obesidad y el aumento de apetito ante el estrés, ansiedad y tristeza, sin embargo, añadieron que no se presenta evidencia estadística suficiente para establecer una asociación entre el sobrepeso-obesidad y la ejecución de actividad física, así mismo, el estudio no encontró diferencias en las características de la actividad física entre universidades, sin embargo, en el total de la población estudiada se halló que 20,2 %, de universitarios presentaba diagnóstico sugestivo de ansiedad y 43,3% de depresión según el test de Goldberg.

Sánchez, Alpirez, Aguilar, Cerino, Ordoñez, (2017) investigaron la ansiedad como factor asociado a la obesidad en 222 adolescentes de nivel secundario y de una preparatoria, los cuales presentaban algún tipo de obesidad (I, II o III), el estudio tuvo un diseño no experimental, tipo descriptivo y corte transversal, de instrumentos se utilizó el cuestionario de ansiedad de Beck. Los resultados hallados fueron que el 68.9% de adolescentes presentaban obesidad tipo I, los adolescentes de sexto semestre tenían algún tipo de obesidad con mayor frecuencia que el resto 40.1%, sin embargo, este estudio no encontró asociación entre la ansiedad y obesidad (X2= 2.00, p> .05).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Ccarhuarupay (2014) en su estudio observacional, prospectivo y transversal titulado factores relacionados a síntomas depresivos en adolescentes tardíos preuniversitarios con sobrepeso y obesidad, en 205 estudiantes de dos academias preuniversitarias quienes presentaban sobrepeso u obesidad con edades entre 15 a 19 años. Buscó valorar el nivel de depresión, autoestima, funcionamiento familiar y nivel socioeconómico, para ello, empleó la escala de autoevaluación de la depresión de Zung (EAA), el test de Rosemberg APGAR familiar y el test de Graffar. En los resultados obtenidos se evidenció que, de la población estudiada, la mayor parte de ellos presenta algún grado de disfunción familiar, también se presentó mayor porcentaje de alumnos con sobrepeso (80.5%), en comparación al 19.5% de alumnos con obesidad, así mismo, halló que 47.8% de adolescentes no presentó síntomas depresivos, mientras que el 52.2% sí presentaba en niveles leve 39.5%, moderado 10.2%, y severo 2.4%. Finalmente, llegó a la conclusión que el 47.5% de alumnos obesos, y el 47,9% de estudiantes con sobrepeso no presentaron síntomas depresivos significativos.

Constantino, Bocanegra, León y Díaz (2014) en su estudio descriptivo, transversal, titulado frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital general de Chiclayo, realizado con 270 pacientes diabéticos tipo 2, atendidos por el servicio de endocrinología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA), plantearon como objetivo, medir la frecuencia de ansiedad y depresión, por lo cual, durante el proceso, los investigadores emplearon el uso de los inventarios de depresión y ansiedad de Beck. Los resultados demostraron que 156 pacientes presentaban depresión (57,78%), 176 ansiedad (65,19%), 156 ambos problemas (57,8%) y 94 (34,8%) ningún problema. La severidad de la depresión se presentó en leve (26,3%), moderada (23,3%) y severa (8,1%); en cuanto a ansiedad leve (29,6%), moderada (22,2%) y severa (13,3%). El estudio concluyó afirmando una elevada frecuencia de las variables depresión y ansiedad.

Mamani (2016) en su estudio descriptivo titulado depresión, ansiedad y estado nutricional del adulto mayor albergado en centros de atención residencial de la provincia de Puno y Chucuito, planteó como objetivo hallar la influencia de la depresión, ansiedad y el estado nutricional en 27 adultos mayores, usando la escala

de depresión geríatrica resumida de Yesavage y la escala de ansiedad de Zung. Los resultados obtenidos en este estudio evidenciaron de la población estudiada, la mayoría de adultos mayores presentaban tanto en depresión (82%) como en ansiedad (73%) un porcentaje mayor en el nivel severo contando ambas variables con una frecuencia elevada en dicho nivel, porcentaje divergente se halló en ambas variables en cuanto al nivel leve (0%). Finalmente, el estudio afirma que las variables depresión y ansiedad influyen en el estado nutricional del adulto mayor, por tanto, concluyen que, si un adulto mayor se encuentra deprimido y ansioso, ambos factores afectarán el estado nutricional.

Martínez, Ramos y Saavedra (2017) en su estudio transversal, descriptivo, titulado sintomatología depresiva en adolescentes con obesidad, plantearon como objetivo determinar la sintomatología depresiva en 120 adolescentes con condición de obesidad atendidos en el Centro de investigación en diabetes, obesidad y nutrición (CIDON), donde emplearon el uso de la escala de Birleson para medir la variable depresión. Los resultados mostraron que 37.5% de la población estudiada presenciaba alto riesgo de presentar síntomas depresivos, así mismo, se evidenció que, según sexo, la población femenina presentó una elevada frecuencia en cuanto a la sintomatología depresiva en comparación al sexo masculino. En conclusión, el estudio aduce que la sintomatología depresiva se presenta con mayor frecuencia en las féminas entre las edades comprendidas entre 12 a 15 años.

Dorador (2018) en su estudio descriptivo, correlacional, denominado obesidad y depresión en estudiantes del nivel secundaria en la I.E.20320- Hualmay 2017, buscó hallar la relación entre obesidad y depresión en 70 alumnos de nivel secundaria, empleando como instrumentos el inventario de depresión de Kovacs y el cuestionario de obesidad. Los resultados evidenciaron que 91% de la muestra estudiada no presenta depresión, mientras que 9% puntúa con indicadores de depresión, así mismo, el estudio halló relación significativa entre obesidad y depresión, mostrando un valor calculado donde p = 0.000 a un nivel de significancia de 0.05 (bilateral), y un valor Rho de 0.733; lo cual indica que la correlación es alta, así mismo, el estudio concluye que existe una relación alta entre obesidad y depresión, y entre malnutrición y depresión.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1. Malnutrición

Jacobs (2011) refirió que la malnutrición es "la condición fisiológica anormal que es causada por el consumo insuficiente, es decir comer menos de lo normal o comer mal (combinación y desorden de alimentos)" (p. 77), en consecuencia, la alimentación con escasos nutrientes o con absencia total de ellos es la causa que desencadena la malnutrición, la cual, se presenta en dos formas, malnutrición por déficit o malnutrición por exceso.

Malnutrición por exceso

La malnutrición por exceso es un problema sanitario público que afecta a diversos grupos etarios, viéndose reflejado en los altos índices de prevalencia a escala mundial, ya que, por ser una condición fisiológica causada por una excesiva o desequilibrada ingesta calórica invariablemente acompañada por el insuficiente gasto de calorías presentes en una persona OMS (2018) conduce al mantenimiento de la obesidad y sobrepeso.

2.2.2. Obesidad y sobrepeso

La obesidad se determina como enfermedad crónica que se origina por múltiples factores, los cuales son caracterizados por una acumulación excedente de grasa o técnicamente llamado por la Sociedad Española para el estudio de la obesidad como: "hipertrofia general del tejido adiposo en el cuerpo", (SEEDO, 2007, p. 10), lo que se traduce al aumento de peso caracterizado por exceso de grasa en el cuerpo.

Es decir, la obesidad es una enfermedad compleja, multifactorial y muy frecuente en diversos grupos etarios, siendo los adolescentes y jóvenes, la población afectada con más probabilidades de que esta enfermedad se proyecte a la vida adulta, según afirma la literatura pediátrica de Juonala, Magnussen, Berenson, Venn, Burns, Sabin, Srinivasa, Daniels, Davis, Chen, Sun, Cheung, Viikari, Dwyer, Raitakari (2011).

La OMS (2018) afirma que la obesidad y sobrepeso se genera por la acumulación no normal o excesiva de grasa que se puede tornar nocivo para la salud.

De igual manera, Rubio (2012), añade que la obesidad y el sobrepeso, son considerados como el aumento en la masa grasa, y no solo como aquel aumento en el peso corporal.

2.2.3 Etiología

Bersh (2006) considera que la obesidad es una enfermedad multifactorial, donde intervienen factores de índole psicológica, entre ellos, ansiedad, depresión, consumo de alcohol y trastornos de la alimentación, sin embargo, a estos también se les añade los factores de índole genética, aspectos metabólicos y conductuales, los cuales, a consideración del autor son los más determinantes, por ello, a continuación, se procederá a detallarlos:

- **A. Factores genéticos**: Se afirma que la propensión a la adiposidad y el reparto de la grasa en el cuerpo son algunos de los factores genéticos que intervienen en la obesidad; sin embargo; se presentan también factores genéticos conductuales heredables, como la tendencia a preferir comidas grasas, el espacio entre las comidas y la tendencia por elegir actividad física.
- **B. Aspectos metabólicos:** Aluden directamente al intercambio neurofisiológico y endocrino, involucrados en regular la energía del cuerpo.
- **C. Aspectos conductuales:** En la restricción voluntaria de la ingesta (coloquialmente, "hacer dieta"), se suplanta el control fisiológico en lugar del cognitivo, el cual, puede errar a causa de la tensión fisiológica (el hambre), estrés, ansiedad, síntomas depresivos o estímulos alimenticios (...).
- **D. Aspectos psicológicos:** La presencia de estos aspectos contribuyen al mantenimiento de la obesidad, debido a que orientan al empleo de la comida como medio para mitigar el malestar emocional de cualquier origen, conllevando al individuo a implantar la sobreingesta como estrategia maladaptativa para responder a los estados emocionales.

2.2.4. Etiopatogenia

La etiopatogenia de la obesidad gira entorno a señales endógenas y ambientales, que se involucran en el desarrollo de adiposidad, según la FLASO (2017) "estas señales activan parcial o totalmente subprogramas que intervienen la ganancia de peso en áreas como: regulación del hambre; conductas de búsqueda de

comida; secreción de insulina (hiperinsulinismo); (...); balance de ácidos grasos adipocitarios; (...)" (p. 31). En relación a los factores endógenos, encontramos la ganancia de grasa y de adiposidad, mientras que, en factores ambientales, se ejemplifica el exceso de ingesta de ácidos grasos omega 6, "horario de las comidas, uso de drogas (olanzapina, risperidona), disruptores endócrinos (bifenilos y ftalatos) y cambios en la microbiota intestinal" (FLASO, 2017, p. 31).

Algunos autores, en la literatura médica, opinan que los factores psicológicos son los causantes de la obesidad, no obstante, el resto de literarios asegura que es consecuencia de la discriminación social dirigida a la persona con obesidad, tomando en consideración que, los descubrimientos hallados con respecto a las características psicopatológicas presentes en algunos obesos muestran relevancia en el origen y mantenimiento de la obesidad, siendo las más frecuentes la depresión y la ansiedad Sánchez, et al. (2017).

Frente a lo señalado en párrafos anteriores, se podría deducir que los factores psicológicos y con ello la ansiedad y depresión como propias condiciones mentales sumadas a la malnutrición por exceso, favorecen y mantienen una relación bidireccional con la obesidad, sea como causa o consecuencia, ya que ansiedad juega un papel central en la conducta de ingestión de alimentos, por ende, la obesidad podría considerarse como signo o secuela de un problema psicológico o ambiental.

2.2.5. Clasificación de la obesidad

Rubio (2012) clasifica la obesidad según su origen en dos tipos:

- 1. Obesidad exógena: Causada por una alimentación desmedida.
- 2. Obesidad endógena: Causada por la alteración del metabolismo.

"Dentro de las causas endógenas, se habla de obesidad endocrina, provocada por la disfunción de alguna glándula endocrina, como la tiroides (obesidad hipotiroidea) o por deficiencia de hormonas sexuales como es el caso de la obesidad gonadal." (Adams, Gress, Smith y Halverson, 2007, p. 26).

La SEEDO (2007) publica la tabla de clasificación de sobre peso y obesidad según el IMC, en la cual se hallan dos diferencias relevantes en comparación a la clasificación de la tabla que presentó la OMS, siendo una de ellas el amplio rango en el que se engloba al sobrepeso, la cual está inmersa la mayoría de la población adulta, así mismo, la segunda diferencia se centra en insertar el grado IV de obesidad (obesidad extrema) considerando que el individuo deberá tener un IMC=50 kg/m2.

Tabla 1

Clasificación del sobrepeso y obesidad

	IMC (kg/m2)
Peso insuficiente	IMC <18,5
Normopeso	IMC = 0 > 18,5 - 24,9
Sobrepeso grado I	IMC = 0 > 25 - 26,9
Sobrepeso grado II	IMC = 0 > 27 - 29,9
Obesidad tipo I	IMC = o > 30 - 34,9
Obesidad tipo II	IMC = o > 35 - 39,9
Obesidad tipo III (severa o mórbida)	IMC = 0 > 40 - 49,9
Obesidad tipo IV (extrema)	IMC = o > 50

Nota: Datos obtenidos de Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad, SEEDO (2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica. Revista española de obesidad.

2.2.6 Valoración de la obesidad y sobre peso

La OMS (2018) señala que el elemento diagnóstico útil por medio del cual se define la obesidad es conocido como índice de masa corporal (IMC), su medición comprende, dividir el peso de un adulto en kilos, por el cuadrado de su talla en metros (kg/m2). Por consiguiente, el IMC es un indicador antropométrico que permite cuantificar la proporción de grasa en el organismo.

INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) =
$$\frac{\text{Peso en kilogramos(kg)}}{[\text{Altura en metros}]^2}$$

Es preciso señalar que, el sobrepeso y la obesidad, son valores de rangos de IMC, el cual sobrepasa lo que se consideraría aceptable, y por ende saludable para una determinada edad, es por ello que, una persona adulta con un IMC igual o

superior a 25 es considerada con sobrepeso, consecuentemente, si el IMC es igual o superior a 30 se considera obesa SEEDO (2007).

2.2.7 Prevalencia

La OMS (2018) estimó que, en 2016 a nivel mundial más de 1900 millones (39%) de sujetos de 18 o más años presentaban sobrepeso, siendo más de 650 millones (13%) obesos, dichas cifras demuestran que entre 1975 y 2016, la prevalencia mundial en obesidad prácticamente se ha triplicado.

El MINSA (2017) expone que la problemática del sobrepeso y obesidad se torna más crucial entre los individuos de 20 a 29 años de edad, ya que, en ellos, el sobrepeso afecta al 31.9% de hombres y 29.6% de mujeres, mientras que la obesidad afecta al 9.9% de los jóvenes, donde el 8.8% son hombres y 1.1% mujeres; en otras palabras; el 40.6% de los jóvenes presentan sobrepeso u obesidad, por tanto, es necesario señalar que, esta problemática aqueja de igual forma a ambos géneros.

Según reportes de ENDES realizado por el INEI (2019) revela que 37,3% de individuos entre 15 o más años de edad tiene sobre peso, y el 22,7% obesidad. Adicionalmente, la encuesta del INEI (2019) halló que Tacna, es el primer lugar con la cifra más alta de personas que padecen de sobrepeso, registrando un 40,9%, así mismo, la Provincia Constitucional del Callao, ubica el segundo lugar con cifras altas en sobrepeso (39,2%), y el quinto lugar con cifras de obesidad (29,1%).

2.3. Ansiedad

La terminología ansiedad presenta varias definiciones, sin embargo, en esta investigación se hace énfasis en los propuestos por el autor Beck.

El modelo cognitivo señala que la ansiedad "es la percepción del individuo a nivel incorrecto, estando basada en falsas premisas" (Beck y Emery, 1985, p.31), esto puede significar que la ansiedad, es aquel proceso de recepción de algún estímulo, el cual está errado o es inexacto.

Años más tarde, Beck y Clark (1997) aportan que la ansiedad es aquella interpretación negativa, también considerada catastrófica de cualquier suceso, lo que

esclarece su origen y preservación de ésta misma, donde a raíz de un proceso existente y verídico se activan las creencias disfuncionales, tras la asunción falsa o el razonamiento erróneo de la situación, basado en la anticipación, la distorsión o sesgo de información, donde se sobre estima el grado de peligro y se infravaloran las capacidades que permitirán afrontarlas.

Posteriormente Rodríguez y Vetere (2011) en su libro, *Manual De Terapia Cognitiva Conductual De Los Trastornos De Ansiedad* citó a Clark y Beck quienes refirieron que la ansiedad es la "respuesta subjetiva más estable frente a la activación del miedo, que implica un complejo patrón de respuestas fisiológicas, afectivas, conductuales y cognitivas que se ponen en marcha cuando algunos hechos son interpretados como amenazantes para nuestros intereses vitales" (p. 43).

La American Psychological Association (APA, 2010) define ansiedad:

Emoción que se caracteriza por la aprensión y síntomas somáticos de tensión en que un individuo anticipa un peligro, catástrofe o desgracia inminente. El cuerpo a menudo se moviliza para enfrentar la amenaza percibida: los músculos se tensan, la respiración se acelera y el corazón late con mayor rapidez. (p. 32).

De acuerdo a las conceptualizaciones previamente presentadas, desde el punto de vista personal, podría definir ansiedad como el estado subjetivo de malestar, tensión y displacer; el cual surge ante la interpretación o percepción sobrevalorada de un peligro o amenaza y la infravaloración de las capacidades personales de afronte ante dichas amenazas, en las que en consecuencia, afloran y activan mecanismos de respuesta de índole cognitivo, conductual y fisiológico que pone al individuo en situación de alerta.

2.3.1 Etiología de la ansiedad

En lo que respecta a las bases biológicas de la ansiedad, Galletero, Guimón, Echeburrúa, Yllá y Gonzáles (s.f.) concluyen en su investigación que la etiología de la ansiedad no se debe exclusivamente al receptor GABA/BZ sino también a otros neurotransmisores, adicionalmente, aluden que determinados trastornos de ansiedad, surgen por mecanismos bioquímicos particulares, los cuales cuentan con determinada fisiopatología, sin embargo, cabe resaltar que, los mecanismos que producen la ansiedad no están totalmente claros.

2.3.2. Etiopatogenia

En relación a los mecanismos que intervienen en el surgimiento de la ansiedad, distintos autores refieren que su etiopatogenia abarca un modelo complejo y multifactorial, donde se consideran a los factores biológicos o de predisposición genética, así mismo, los factores psicosociales, traumáticos, cognitivos y conductuales, los cuales se encuentran inmersos en el origen y desarrollo de la ansiedad.

A. Factores biológicos o de predisposición genética

Uno de los factores biológicos primarios que predispone la evolución de los trastornos de ansiedad es la vulnerabilidad genética, por ello, el DSM IV – TR (2001) señala que:

Los parientes de primer grado de los individuos con trastorno de angustia tienen hasta ocho veces más probabilidades de presentar este trastorno" (p.486). Así mismo, el DSM IV – TR indica sobre el tema que: "en el caso de los parientes de primer grado de los individuos con fobia social parecen tener más probabilidades de sufrir este trastorno. (p. 506).

Finalmente, el manual señala que: "la tasa de concordancia del trastorno obsesivo-compulsivo es superior en los gemelos homocigotos que en los dicigotos" (p. 514), es por ello que el impacto de la carga genética se presenta con mayor contundencia en estos TA.

B. Factores psicosociales

En ese apartado, Reyes (s.f.) afirma que se hallan inmersos como factores precipitantes, agravantes o causales, los considerados estresores psicosociales, tales como, problemas en las relaciones interpersonales, problemas de índole académica o laboral, necesidades sociales o económicas, enfermedades físicas o mentales, entre otros.

C. Factores traumáticos

Autores como Hernandez, Horga, Navarro y Mira (s.f.) consideran que los acontecimientos traumáticos como accidentes severos, catástrofes, violaciones, asaltos, secuestros, torturas, entre otros, desencadenan considerable daño biológico cerebral los cuales se vinculan con la gravedad sintomatológica de ansiedad.

D. Factores cognitivos y conductuales

Se manifiesta a través de los patrones cognitivos distorsionados, los cuales, promueven la ejecución de conductas desadaptadas, donde, según señala Navas y Vargas (2012) la ansiedad y los estímulos son percibidos como una amenaza sobrevalorada, a la que se le añade la infravaloración de los potenciales personales.

2.3.3. Clasificación de los trastornos de ansiedad

Esta investigación, toma al manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – quinta edición (DSM-5) como referencia para clasificar los trastornos de ansiedad, originalmente publicado en Estados Unidos de América por la American Psychiatric Association (2013), siendo posteriormente publicado al español por la Editorial Médica Panamericana en el 2014. A continuación, se presenta la tabla 2 con la clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM-5.

Tabla 2

Clasificación de los trastornos de ansiedad según el DSM-5

Trastornos de Ansiedad	Código
Trastorno de ansiedad por separación	309.21 (F93.0)
Mutismo selectivo	313.23 (F94.0)
Fobia específica	300.29
Trastorno de ansiedad social (fobia social)	300.23 (F40.10)
Trastorno de pánico	300.01 (F41.0)
Agorafobia	300.22 (F40.00)
Trastorno de ansiedad generalizada	300.02 (F41.1)
Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica	293.84 (F06.4)
Otro trastorno de ansiedad especificado	300.09 (F41.8)
Otro trastorno de ansiedad no especificado	300.00 (F41.9)

Nota: Datos obtenido del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – 5ª edición (DSM-5),

2.3.4. Sintomatología de la ansiedad

Autores como Rodríguez y Vetere (2011) y Cisneros y Mantilla (2016) clasifican la sintomatología de la ansiedad mediante respuestas a nivel fisiológico, comportamental, cognitivo y síntomas afectivos, los cuales se detallarán a continuación:

- A. Respuesta fisiológica: Al detectar situaciones de peligro, en el sistema nervioso autónomo se genera una señal que advierte sobre la presencia de alguna amenaza, lo cual, a nivel fisiológico, se explica mediante la aparición de cambios corporales, entre ellos, el aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, acompañados también por una percepción subjetiva de falta de aire, que a su vez producen otros síntomas como, visión borrosa, mareos, desrealización, sofocación y escalofríos.
- **B.** Respuesta comportamental: A nivel conductual, unos autores señalan la manifestación de "impulsos típicos como de lucha, huida, conductas evitativas o de congelamiento (inmovilización). Sin embargo, la huida como impulso más frecuente asociado a la reacción de miedo, explica la sensación de inquietud que normalmente acompaña a los estados de ansiedad" (Rodríguez y Vetere, 2011, p. 44). Por otro lado, se considera que la ansiedad

a nivel conductual es manifestada mediante "estado de alerta e hipervigilancia, bloqueos, torpeza o dificultad para actuar, impulsividad, dificultad para estarse quieto" (Cisneros y Mantilla, 2016, p. 24).

- C. Respuesta cognitiva: Los síntomas cognitivos que intervienen durante el desarrollo de una respuesta ansiosa son "dificultad de atención, concentración y memoria, aumento de despistes y descuidos, preocupación excesiva, rumiación, pensamientos distorsionados e inoportunos, sensación de confusión, tendencia a recordar sobre todo cosas desagradables" (Cisneros y Mantilla, 2016, p. 24).
- **D. Síntomas afectivos:** Conectado al conjunto respuestas anteriores, a nivel afectivo se vinculan y desencadenan numerosas emociones, entre ellas están nerviosismo, tensión, impaciencia, temor.
- **E. Síntomas psicológicos:** Abarca los aspectos cognitivos y subjetivos, donde el individuo manifiesta sensaciones no placenteras, pudiendo sentirse afligido, angustiado, (...), inquieto, agobiado, inseguro, con sensación de estar en peligro o sentirse amenazado, con ganas de escapar o atacar, con sensación de extrañeza, temeroso a perder el control, con incertidumbre, con dificultad para tomar decisiones.
- **F. Síntomas sociales:** Los síntomas representativos son sentirse irritado, presentar dificultad para empezar o sostener una conversación, mostrarse verborreico o quedarse en blanco, "tener una respuesta socialmente inadaptada tal como gritar o salir corriendo o pegar un brinco y subirse en un asiento al ver una araña" (Cisneros y Mantilla, 2016, p. 24).

2.3.5. Prevalencia

Desde el plano nacional, el instituto especializado de salud mental Honorio Delgado-Hideyo Noguchi (2002) en su estudio epidemiológico metropolitano realizado en 43 distritos de Lima y Callao, evaluó a 2077 personas adultas, a través de las cuales se reportó la prevalencia actual de ansiedad generalizada presente en población adulta siendo esta 25,3 % (mujeres=30,1 % y varones=20,3 %).

Por otro lado, el reporte del MINSA (2017) informa que, el 3,0% de sujetos que viven en Lima Metropolitana y Callao presentan trastorno de ansiedad generalizada, así mismo, dentro del grupo de trastornos ansiosos, se reporta que la fobia social cuenta con mayor prevalencia en mujeres (3.9%), mientras que, los varones presentan mayor prevalencia en el trastorno de ansiedad generalizada (3.1%).

Además, el boletín epidemiológico del Hospital Hermilio Valdizán (2018) detalla que, en febrero 2018, se atendieron 678 casos (14.82%), ubicados con diagnóstico, otros trastornos de ansiedad, de los cuales, 418 pacientes fueron mujeres y 260 varones. Consecuentemente, en febrero 2019, el mismo boletín epidemiológico del Hospital Hermilio Valdizán reporta que, el diagnostico otros trastornos de ansiedad, ocupa el segundo lugar de frecuencia en atenciones, contando con 842 consultas (14.47%).

2.3.6 Teorías de la ansiedad

La hipótesis que plantea la terapia cognitiva basada en el modelo cognitivo, es que, las percepciones de los eventos influyen sobre las emociones y comportamientos de las personas Beck (2000); así mismo; la terapia cognitiva, afirma que los pensamientos, son la causa principal por la cual, las personas se sienten preocupadas y por tanto excluyen los acontecimientos externos, es por ello que, bajo este criterio, solo basta con interpretar una situación y darle un sentido para que se desencadene la inquietud o nerviosismo sobre aquel acontecimiento Burns (1999).

Beck (1964) y Ellis (1962) refieren que los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino más bien por el modo como las personas interpretan esas situaciones.

Clark y Beck (2012) citan a Beck, Emery y Greenberg, quienes aseguran que la ansiedad es sustancial para comprender la noción de vulnerabilidad, por lo que el incremento o intensidad de esta patología depende de la estimación de la amenaza, es decir, la percepción de no poder controlar lo que sucede genera en la persona una percepción de inseguridad, calificada como una valoración secundaria de la capacidad para enfrentar aquel suceso.

Lazarus (1976) conceptualiza la ansiedad análogamente a una conexión entre el individuo y el contexto, el cual, es valorado perjudicial o que desborda los recursos propios, por tanto, coloca en riesgo su bienestar.

Desde la teoría conductista, Sánchez, et al. (2017) cita a Coon (2004) quien señala que toda conducta es aprendida por medio de la asociación de diversos estímulos positivos o negativos los cuales favorecen su mantenimiento en el tiempo, por consiguiente, la ansiedad se considera como aquel resultado de un proceso encadenado o condicionado anexado inicialmente a estímulos neutros, con acontecimientos vividos previamente de índole traumática.

Desde la teoría tridimensional, Gutiérrez (s.f.) citado en Martínez, Ramos y Saavedra (2017) señala que la interpretación o percepción de un hecho concreto es la que genera ansiedad, eso según el enfoque cognoscitivo, por lo que se afirma que dichos acontecimientos amenazantes se basan en tres temas aceptación, competencia y control.

2.4. Depresión

Tomando como referencia la delimitación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2017) la depresión se define como una alteración mental distinguida por tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, baja autoestima, alteración del sueño y/o apetito, cansancio o fatiga y baja concentración, sintomatología que interfiere de forma directa en la cotidianidad del individuo.

Al citar al DSM-5 (2014) podemos encontrar que los trastornos depresivos cuentan con rasgos en común, presencia anímica triste, sensación de vacío o irritabilidad, asociado con cambios somáticos y cognitivos que deterioran significativamente la funcionalidad del sujeto.

En vista que existen diversos aportes que conceptualizan el término depresión, en el siguiente acápite, se describirán tres de ellos basados en diferentes autores:

Zung (1965) propuso una definición sobre depresión, donde lo señala como, trastorno mental caracterizado por sentimientos de tristeza, inutilidad, culpa, indefensión y desesperanza profunda.

Beck (1987), postula que los sujetos depresivos mantienen un sesgo al procesar acontecimientos de pérdida o deprivación, desencadenando así la valoración excesiva de aquellos sucesos negativos considerándolos globales, frecuentes e irreversibles, a esto se le denomina la triada cognitiva negativa, en la cual el sujeto engloba una visión negativa sobre sí mismo, sobre el mundo y sobre el futuro, precipitando el desarrollo de depresión.

Beck, Rush, Shaw y Emery (2003) argumentan que la sintomatología y los signos presentes en el trastorno depresivo son resultado de la suma de patrones mentales negativos que el sujeto desarrolla. Así mismo, Beck (2006) alega que la depresión se manifiesta a través de signos y síntomas como tristeza o irritabilidad, infelicidad.

2.4.1. Etiopatogenia

Desde el modelo psiquiátrico, Sosa (2016) describe la etiopatogenia de la depresión en dos apartados:

- A. Etiopatogenia multifactorial(I): Se ha detectado que en la depresión se alteran los neurotransmisores, además de otras alteraciones, como en el eje hipotálamo/h. adrenal; vulnerabilidad al estrés por alteraciones morfológicas o experiencias negativas precoces, etc. También se añade, la implicación de factores genéticos (endógena), factores somáticos (somatógena), psíquicos y/o sociales (psicógena- reactiva).
- **B.** Etiopatogenia (II): Aluden a los factores genéticos, sumados a las agresiones fisiopatológicas y/o psíquicas en personalidades predispuestas, las disfunciones bioquímicas y otras alteraciones neurofisiológicas.

A continuación, se citará a Ccarhuarupay (2014) quien redacta sobre la implicación de los factores biológicos, genéticos y socio-familiares en la depresión,

los cuales contienen una carga altamente predominante en el desencadenamiento y mantenimiento del trastorno depresivo.

- A. Factores biológicos: Algunas investigaciones han formulado como hipótesis que el déficit funcional serotoninérgico es un componente que agiliza la aparición del trastorno afectivo, sin embargo, aún no se afirma como conclusión definitiva.
- **B.** Factores genéticos: Estudios previos aducen que los factores genéticos pueden justificar la elevación porcentual (50%) de la varianza en cuanto a la transmisión de los trastornos afectivos; por tanto, cabe mencionar que se habla de factores predisponentes, no causales.
- **C.** Factores socio-familiares: Se acrecienta la probabilidad de que el factor relacionado con el entorno familiar y social predisponga a la aparición y mantenimiento del trastorno de depresión, a razón de que los factores externos generan un estado de estrés continuado o persistente, como son los casos de separación, divorcio o discordia de la pareja.

2.4.2. Clasificación de los trastornos depresivos

En el siguiente apartado se presenta la Tabla 3 con la clasificación de los trastornos depresivos utilizado el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – quinta edición (DSM-5), originalmente publicado en Estados Unidos de América por la American Psychiatric Association (2013), siendo posteriormente publicado al español por la Editorial Médica Panamericana en el 2014.

Tabla 3

Clasificación de los trastornos depresivos según el DSM-5

Trastornos depresivos	Código
Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo	296.99 (f34.8)
Trastorno de depresión mayor	
Trastorno depresivo persistente (distimia)	300.4 (F34.1)
Trastorno disfórico premenstrual	625.4 (N94.3)
Trastorno depresivo debido a otra afectación médica	293.83
Otro trastorno depresivo especificado	311 (F32.8)
Otro trastorno depresivo no especificado	311 (F32.9)

Nota: Datos obtenidos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – 5ª edición (DSM-5)

2.4.3. Sintomatología de la Depresión

Tacsa, (2018) cita a Schramm (s.f) quien resume en cinco apartados los síntomas presentes en un individuo con depresión:

Síntomas afectivos: El sujeto se describe como deprimido, con tristeza, con sentimientos de desesperanza, con desánimo, con sensación de desamparo, abatido, irritable, hostil, etc.

Síntomas conductuales: Manifestado por el sujeto a través de la pérdida de interés o rechazo creciente por ejecutar tareas cotidianas, pasatiempos favoritos o actividades placenteras, es decir, disminuye el goce o se produce abandono total de actividades que con anterioridad las consideraba agradables, asimismo, el sujeto descuida su aseo o y arreglo personal.

Síntomas cognitivos: Descrito por el sujeto como capacidad reducida para mantener la concentración, pensar o incluso tomar de decisiones, ocasionando que el individuo no sea funcional ante las ocupaciones laborales o académicas cotidianas.

Síntomas somáticos: El individuo manifiesta notar alteración del sueño (insomnio o hipersomnia), asimismo considera sentirse fatigado, haber perdido apetito o notar incremento del mismo, además de percibir reducción de su actividad y deseo sexual.

Síntomas interpersonales: Surge desgaste de las relaciones interpersonales provocada por la pérdida de interés en otras personas.

2.4.4. Prevalencia

La OMS (2017) valora que la depresión aqueja a más de 300 millones de individuos a nivel mundial, presentando mayor prevalencia en las mujeres a diferencia de los varones.

Tacsa (2018) cita a García (s.f.) quien realizó una revisión sobre la epidemiología de la depresión en América Latina, e indicó que existe una prevalencia variable de 10 a 15%, siendo Chile, uno de los países con mayor prevalencia de depresión (15.3%), seguido de Argentina (12%), Perú (11%) y Republica Dominicana (9.8%); consecuentemente esta cifra varió significativamente cuando se estudió a la población que acudía a consultorios externos en hospitales, pasando a ser Costa Rica uno de los países con mayor prevalencia (53%), seguido de Cuba (39%;), México y República Dominicana, (19%), es pertinente aludir que las investigaciones epidemiológicas sobre depresión son relativamente escasos en Latino América.

A nivel nacional, en Perú, el Instituto nacional de salud mental Honorio Delgado - Hideyo Noguchi (INSM "HD-HN") por medio del estudio epidemiológico metropolitano en salud mental (2002), efectuado en pobladores de Lima metropolitana y el Callao, halló que, el episodio depresivo en la población adulta oscila en un 10.1% mientras que en los adolescentes la prevalencia actual se encuentra con un 8.6%.

Posteriormente, en el 2013, la misma entidad INSM "HD-HN" presentó el estudio epidemiológico en Lima Metropolitana y Callao, con objetivo, identificar y recopilar data acerca de la problemática con mayor prevalencia en salud mental, donde se halló que, en Lima, la depresión afecta a un 16,4% de personas mientras que el trastorno de ansiedad generalizada presenta un porcentaje de 10,6 % INSM (2013).

Continuando con otros estudios, el MINSA (2017), describe que, en Lima y Callao, el sexo masculino cuenta con mayor prevalencia en los trastornos de ansiedad generalizada (3.1%), episodio depresivo (3.0%) y fobia social (1.8%), mientras que, en el sexo femenino, el episodio depresivo (11.0%), el trastorno psicótico (4.3%) y la fobia social (3.9%).

Según el Hospital Hermilio Valdizán, en el boletín epidemiológico febrero (2018), se contabilizaron el total acumulado de casos atendidos por consulta externa durante el periodo febrero 2018, de 396 casos de episodio depresivo, es decir 8.66%, ocupando el tercer lugar del diagnóstico con más casos atendidos, de los cuales 329 eran féminas, mientras que 67 eran varones. Con respecto al trastorno depresivo recurrente, se atendieron un total de 145 casos, es decir, 3.17%, de los cuales 112 casos eran mujeres y 33 eran varones.

El MINSA (2018) a través de su publicación lineamientos de política sectorial en salud mental reportó que, el episodio depresivo, es el trastorno mental que se presenta con mayor frecuencia en sujetos mayores de 12 años, revelando una prevalencia anual variante de 4% en Lima rural y 8,8% en Iquitos, permitiendo contar con una estimación de 7.6% en promedio nacional.

2.4.5 Modelos explicativos de la depresión

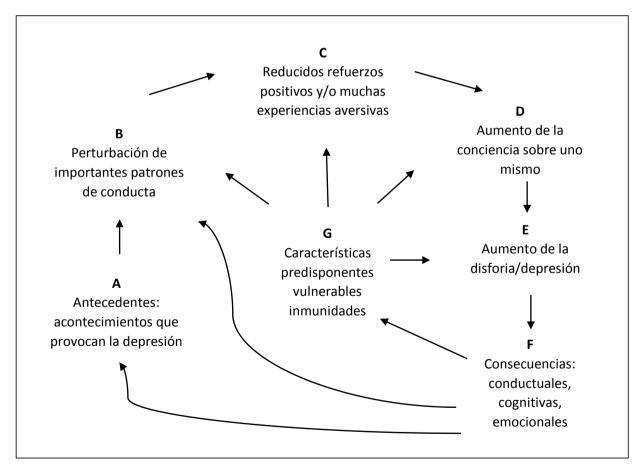


Figura 1. Modelo integrador de la depresión. Fuente: Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger (1997).

Modelo cognitivo de la depresión

Vázquez, Muñoz y Becoña (2000) señalan que, las teorías cognitivas hacen hincapié en la interpretación que el individuo realiza sobre un acontecimiento, siendo la interpretación el eje de mayor importancia a diferencia del suceso en teoría misma, por tanto, consideran o valoran una percepción errada sobre uno mismo, sobre los otros y sobre el entorno lo que puede predisponer a un trastorno depresivo.

Teoría cognitiva de Beck

Aaron Beck (1967) postula, el individuo con depresión mantiene esquemas en los que interviene la visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro. Por lo que, Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) añaden que el trastorno depresivo es la suma de la interpretación equívoca de sucesos y experiencias que el sujeto afronta.

Perris (1989) añade que en la teoría cognitiva se presentan cuatro elementos cognitivos básicos que permiten una mejor explicación de la depresión:

- A. La tríada cognitiva
- B. Los pensamientos automáticos negativos
- C. Los errores en la percepción y en el procesamiento de información
- D. La disfunción en los esquemas

Beck, Rush, Shaw y Emery (2003) señalan, en la teoría cognitiva de la depresión se presenta una triada de conceptos que permiten comprender este trastorno, por lo que, en esta teoría los autores aluden a tres patrones cognitivos que inclinan al paciente a considerar una visión negativa del yo, del mundo y del futuro, a estos tres patrones se le conoce como la triada cognitiva.

Triada cognitiva de Beck

Beck, et al. (1979) conceptualizan en este modelo los tres patrones cognitivos mencionados en líneas anteriores, los cuales se detallarán a continuación:

Se conceptualiza que el principal componente de la triada cognitiva se enfoca en la visión negativa que el sujeto tiene sobre sí mismo, percibiéndose como alguien ruin, indigno, indeseable, que se observa enfermo y es incapaz de afrontar la vida, por consiguiente, el paciente se exterioriza como afectado psíquicamente, moral y físicamente.

El segundo componente de la triada enfatiza en la inclinación del sujeto por interpretar sus vivencias de forma negativa, por tanto, el individuo percibe que el mundo está plagado de impedimentos y problemas insolubles.

El tercer componente de la triada cognitiva acentúa que la persona depresiva contempla o valora la visión del futuro como totalmente desesperanzadora, donde el paciente se anticipa ante las posibles dificultades o sufrimientos venideros, y las visualiza como actuales, persistentes y que continuaran indefinidamente.

Los pensamientos automáticos negativos

Se conceptualiza a los pensamientos automáticos negativos como cogniciones negativas determinadas, repetitivas, involuntarias e incontrolables, las cuales originan la activación emocional propia en el paciente depresivo.

Los errores en la percepción y en el procesamiento de información

Beck (1967) aporta que los errores cognitivos en el procesamiento de información son pensamientos negativos válidos para el paciente depresivo, pese a la existencia de evidencia que demuestre lo contrario.

El procesamiento sesgado de la información es consecuencia de la actividad de los esquemas cognitivos disfuncionales, por ende, en la depresión, los esquemas que procesan información de índole negativa, se encuentran más activos en comparación a los que procesan información positiva, debido que los pacientes depresivos, consideran que sus pensamientos negativos tienen una fuerte validez, por consiguiente, la información negativa es procesada selectivamente y magnificada, mientras la información positiva es ignorada o minimizada, además, los errores y fallos del individuo depresivo se internalizan y con ello las consecuencias negativas se tornan exageradas y sobregeneralizadas.

Vázquez et al. (2000) resumen que los errores más comunes son:

Inferencia arbitraria (llegar a una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye); la abstracción selectiva (extraer una conclusión basándose en un fragmento sesgado de información); la sobregeneralización (elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados); la magnificación y la minimización (sobreestimar o infravalorar la significación de un acontecimiento); la personalización (atribuirse a uno mismo fenómenos externos sin disponer de evidencia para ello); y el pensamiento absolutista dicotómico (tendencia a valorar los hechos en función de dos categorías opuestas) (p. 427-428).

Los esquemas

Beck (1967) introdujo la conceptualización de los esquemas a la terapia cognitiva, por lo que este autor delimita que, los esquemas son patrones cognitivos determinantes activados por inputs ambientales específicos que permiten explicar cómo las creencias negativas o disfuncionales, repercute en el procesamiento de información, causando una interpretación desadaptativa y sesgada de la realidad; así mismo; se caracterizan por su repetición no consciente en el presente.

Estas estructuras cognitivas llamadas esquemas, facilitan el procesamiento de la información procedente del entorno, por lo cual, en los pacientes depresivos se procura desarrollar los motivos por los que se mantienen actitudes perniciosas.

"Un esquema puede permanecer inactivo durante largos periodos de tiempo y puede ser activado por inputs ambientales específicos" (Tacsa, 2018, p. 29). A esto también se añade que, los esquemas son "resultado del aprendizaje a través de la exposición a acontecimientos y situaciones anteriores", (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000, p. 427), donde las experiencias desfavorables originadas a temprana edad (infancia o pubertad) juegan un rol importante en la activación de dichos esquemas.

2.4.6. Teoría cognitiva de Beck de la ansiedad y la depresión

Sanz (1993) menciona que, en esta teoría, se considera como premisa básica de ambos trastornos la presencia de una distorsión o sesgo sistematizado durante el procesado de información, lo cual se traduce a que este sesgo o distorsión cumple un rol como factor cercano para desencadenar y mantener síntomas depresivos o ansiosos.

Así pues, la ansiedad, la percepción del peligro y la valoración de las capacidades de uno para enfrentarse a tal peligro (...) aparecen sesgadas en dirección de una sobreestimación del grado de peligro asociado a situaciones, seguido de la infravaloración de las propias capacidades de afronte. (Sanz, 1993, p. 134).

La teoría de Beck, postula la idea sobre los esquemas como estructuras cognitivas, siendo responsables de procesar información y que tanto los sujetos depresivos como los ansiosos presentan esquemas disfuncionales depresogénicos y ansiógenos respectivamente según Sanz (1993).

Con respecto al contenido de los esquemas disfuncionales en los trastornos ansiosos, las reglas suelen ser en su mayoría condicionales: 'si acontece un hecho específico, puede desencadenar consecuencias adversas', en cambio, con los trastornos depresivos, sucede que, aun así, las reglas se encuadren en un formato condicional, son absolutas, puesto que se supone que el resultado será valorado fatídico, un ejemplo, "si fracaso en parte significa que siempre seré un desastre" Beck y Emery (1985).

Tabla 4

Distorsiones cognitivas entre ansiedad y depresión

	1011
Depresión	Ansiedad

Diferencias en proposiciones cognitivas

Contenido relacionado con pérdidas dentro del dominio personal y con una visión negativa del yo, del mundo y del futuro. Contenido relacionado con amenazas físicas o psicológicas al dominio personal y con un sentido incrementado de vulnerabilidad.

Diferencias en operaciones cognitivas

Selectividad con un procesamiento realizado de la información negativa autorreferente y una minimización del material positivo.

indicios de amenaza con una estimación exagerada de la vulnerabilidad.

el procesamiento

Selectividad en

La atención autofocalizada puede reducir el interés por los estímulos externos.

La atención autofocalizada refleja los intentos por ganar el control sobre los estímulos externos e internos.

Diferencias en productos cognitivos

Las valoraciones negativas son globales, exclusivas y frecuentes.

Las valoraciones negativas son absolutas y conclusivas.

Los sucesos negativos están orientados hacia el pasado y se ven como predeterminados.

Las valoraciones negativas son selectivas y específicas a situaciones de miedo.

Las valoraciones negativas son de naturaleza tentativa.

Se anticipan a posibles sucesos negativos en el futuro (el fenómeno del "qué ocurriría si").

Pensamientos que implican pérdidas y fallos.

Nota: Datos obtenidos de Cognitive Theraphy of Depression Distorsiones cognitivas entre ansiedad y depresión (Tomado con modificaciones de Beck y Clark, 1998, p.26)

CAPÍTULO III MARCO METODOLÓGICO

3.1 Tipo y diseño de investigación

Tipo de investigación

La presente investigación llevada a cabo se enmarca dentro del paradigma

cuantitativo, puesto que se recolectan datos para probar hipótesis y se cuantifica

numéricamente las variables ansiedad y depresión Hernández, Fernández y Baptista

(2014).

Diseño de investigación

El diseño es no experimental, a razón que, el estudio llevado a cabo no

manipuló deliberadamente las variables, en este sentido, la investigación es

descriptiva, correlacional, puesto que se describirán los niveles de las variables a

estudiar, ansiedad y depresión, así como también, hallar la relación entre variables y

analizar su correlación Hernández, Fernández y Baptista (2014).

3.2 Población

La población considerada a participar en la presente investigación fueron

pacientes adultos entre las edades de 18 a 60 años, que acudieron al servicio de

consulta externa de endocrinología en un hospital nacional de la región del Callao en

los meses de febrero a junio de 2020.

Población objetivo: La población objetiva está conformada por pacientes adultos de

18 a 60 años con malnutrición por exceso en un hospital nacional de la región Callao.

Población accesible: La población accesible serán pacientes adultos de 18 a 60 años

con malnutrición por exceso que asisten al servicio de consulta externa de un hospital

nacional de la región Callao durante el periodo de febrero a junio del 2020.

Población elegible: Serán seleccionadas según criterios de selección.

Criterios de inclusión

1. Paciente adulto en edades comprendidas de 18 a 60 años de uno u otro sexo

con IMC mayor igual a 25 kg/m2 o con un IMC mayor o igual a 30 kg/m2.

47

- 2. Paciente adulto capaz y dispuesto a proveer su consentimiento informado.
- 3. Paciente adulto con capacidad de lectura y escritura.
- 4. Paciente dispuesto a participar en la investigación.

Criterios de exclusión:

- 1. Paciente adulto sin capacidad de lectura y escritura.
- 2. Paciente en periodo de gestación o lactancia en el momento del estudio.

3.3. Muestra

El tamaño muestral fue determinado por el investigador, en base al número de pacientes que asistían a consulta externa del servicio de endocrinología durante el periodo febrero a junio, así mismo, fue obtenido a través del muestreo no probabilístico por conveniencia, dado que el grupo muestral se ha compuesto por los individuos disponibles al que se tuvo acceso en el momento (Sampieri, 2010).

Con respecto al cálculo, ésta fue al 95% de confianza, con un margen de error, del 5%, dando como resultado la muestra de n (140), para la cual se aplicó la siguiente fórmula para la obtención del cálculo muestral.

$$n = \frac{\frac{Z^2}{4E^2}}{1 + \frac{Z^2}{N}} \longrightarrow n = \frac{\frac{1.96^2}{4(0.05)^2}}{1 + \frac{\frac{1.96^2}{4(0.05)^2}}{220}} \longrightarrow 140.294$$

Por consiguiente, el número de sujetos a evaluar son 140 sujetos con una precisión de 0,05 con un nivel de confianza de 0,95, criterios establecidos por medio de la herramienta de cálculo Datum, la cual en añadidura también se utilizó.

3.4. Características sociodemográficas de la muestra

Tabla 5

Características sociodemográficas según sexo en pacientes con malnutrición por exceso atendidos en un hospital nacional de la región Callao, 2020.

Sexo	N	%
Femenino	84	60.0
Masculino	56	40.0
Total	140	100

En la tabla 5, se explica la distribución de la muestra según sexo, donde se observa que del 100% (140) pacientes con malnutrición por exceso, el 60% (84) está representado por el sexo femenino, mientras que el 40% (56) pertenecen al sexo masculino.

Tabla 6

Características sociodemográficas según estado civil en pacientes con malnutrición por exceso atendidos en un hospital nacional de la región Callao, 2020.

Estado civil	n	%
Soltero	32	22.9
Casado	64	45.7
Separado	16	11.4
Divorciado	4	2.9
Conviviente	19	13.6
Viudo	5	3.6
Total	140	100

En la tabla 6 se evidencia que el estado civil más frecuente es casado, representado con un 45.7% (64), mientras que el 22.9% (32) está representado por los solteros, seguido del estado de conviviente con un 13.6% (19), separado 11.4% (16), viudo 3.6% (5) y divorciado 2,9% (4).

Tabla 7

Características sociodemográficas según nivel de educación en pacientes con malnutrición por exceso atendidos en un hospital nacional de la región Callao, 2020.

Nivel de educación	n	%
Nivel primaria	1	.7
Nivel secundaria	57	40.7
Superior no universitaria	42	30.0
Superior universitaria	40	28.6
Total	140	100

En la tabla 7 se evidencia la distribución de la muestra según nivel de educación, donde se refleja que del 100% (140) pacientes con malnutrición por exceso, solo el 40.7% (57) cuentan con el grado de instrucción perteneciente al nivel secundaria, seguido del 30% (42) que cuentan con el nivel superior no universitaria, 28.6% cuenta con el nivel superior universitaria y 0.7% (1) cuenta con nivel de educación primaria.

3.3. Hipótesis

Hipótesis general

Existe relación significativa entre ansiedad y depresión en pacientes adultos con malnutrición por exceso en un hospital nacional de la región Callao en el 2020.

Hipótesis específicas

Existen diferencias significativas al comparar la ansiedad según sexo, estado civil y nivel de educación en pacientes con malnutrición por exceso en un hospital nacional de la región Callao en el 2020.

Existen diferencias significativas al comparar la depresión según sexo, estado civil y nivel de educación en pacientes con malnutrición por exceso en un hospital nacional de la región Callao en el 2020.

3.4 Variables

Variable 1: Ansiedad

Definición conceptual

Beck & Clark (1988) alegan que, en la ansiedad el procesamiento cognitivo de

la información está distorsionado o sesgado debido a la percepción sobreestimada del

grado de peligro, lo que conlleva subsecuentemente a la infravaloración de las

capacidades particulares del individuo las cuales permiten hacer frente a tal peligro.

Variable 2: Depresión

Definición conceptual

Beck (1987) señala que los sujetos depresivos mantienen un sesgo al procesar

los acontecimientos de pérdida o deprivación, desencadenando así la valoración

excesiva de aquellos sucesos negativos considerándolos globales, frecuentes e

irreversibles, a esto se le denomina la triada cognitiva negativa, la cual es la visión

negativa que tiene la persona sobre ella, sobre el mundo y sobre el futuro,

desarrollando de tal manera depresión en el individuo.

51

3.5. Operacionalización de las variables

Tabla 8

Operacionalización de las variables

Variable	Definición operacional	Dimensiones	Ítems	Instrumento
Ansiedad	Obtenido a través del puntaje del inventario de ansiedad de Beck.	Unidimensional	21 ítems	Inventario de ansiedad de Beck
Depresión	Puntaje obtenido mediante el inventario de depresión de Beck- II (BDIII).	ÁREA 1: Cognitiva AREA 2: Área física / conductual AREA 3: Área afectiva /emocional	21 ítems	Inventario de depresión de Beck-II (BDIII). Adaptación Espinoza (2016)

Variables sociodemográficas

- Sexo
- Nivel de educación
- Estado civil

3.6. Técnicas e instrumentos de medición

Para esta investigación se emplearon dos instrumentos: Inventario de ansiedad de Beck y el Inventario de depresión de Beck. A continuación, se procederá a detallar cada instrumento, donde se mencionarán las propiedades psicométricas.

3.6.1 Ficha técnica del inventario de ansiedad de Beck (IAB)

Nombre : Inventario de ansiedad de Beck (IAB)

Autores : Beck y Steer (1993)

Adaptación : Thornberry, (2011)

Forma de Aplicación : Individual o colectiva

Duración de la Prueba : 5 a 10 minutos

Edad de Aplicación : A poblaciones generales, considerando como

edad mínima de aplicación 13 años de edad

Objetivo : Medir la severidad de la Ansiedad

En cuanto al inventario de ansiedad de Beck (IAB), su utilidad estuvo destinada para medir la variable ansiedad. Los creadores IAB fueron Beck y Steer en 1993, posteriormente, Robles, Varela, Jurado y Páez en el 2001 adaptaron el IAB al idioma español, tal como lo citan Thornberry (2011) y Chang (2015). El IAB presenta 21 ítems en formato de respuesta escala Likert, con 4 opciones (la cual va de 0= en absoluto; hasta 3= severamente), el inventario se puede aplicar a poblaciones generales a partir de los 13 años de edad, tanto a personas sin alguna patología determinada como también a casos clínicos, el puntaje total obtenido determina el nivel de ansiedad en 4 niveles, normal, leve, moderada y severa.

En su versión original, los autores Beck y Steer (1993) reportaron consistencia interna de 0,92 y una confiabilidad Test- Retest de 0.75. En Perú, Thornberry (2011) brindó evidencias de validez por medio del análisis factorial exploratorio (AFE) donde encontró una varianza que se explica con el 36,26% de la variable con adecuados estadísticos de permiso (Kaiser-Meyer-Olkin = 0,94 y el test de esfericidad de Bartlett con un valor por debajo del nivel de significancia p < .001, el cual demostró evidencias validez de constructo por análisis factorial exploratorio (AFE), asimismo, se halló que todos los ítems tuvieron una carga factorial mayor a .30, reafirmando que existe un factor común para todos los ítems, a través de la de correlación ítem-test corregida se obtuvo una correlación de 0,43 y 0,69 demostrando buen nivel de relación entre ítems, dado que se superó el criterio r > .20 de Kline (1995), es así que, resultaron relevantes todos los ítems para conformar la escala.

En cuanto a la confiabilidad, se alcanzó un alfa de cronbach de 0,91 por lo que se reafirma que el test es confiable a través del método de componentes principales con rotación oblicua tipo Promax, por lo que se esperaba teóricamente la existencia de la relación entre ítems. Así mismo, la medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin evidencia un puntaje de .94 y el test de esfericidad de Bartlett obtuvo un valor por debajo del nivel de significancia p < .001, además del reporte de adecuación a la muestra para el AFE del inventario.

Tabla de baremos

La tabla 9, contiene los baremos del inventario de ansiedad de Beck, obtenidos a través de un estudio piloto llevado a cabo con una muestra de 50 pacientes con malnutrición por exceso de un hospital nacional de la región Callao, a partir de los cuales se extrajeron los siguientes baremos a presentar:

Tabla 16

Tabla de baremos del inventario de ansiedad de Beck (AIB)

Nivel	Pc	Total
	1	0
	5	1
	10	3
Normal	15	5-6
	20	7-8
	25	
	30	10
	35	11
Lava	40	13-14
Leve	45	
	50	18
	55	19
	60	21
Madarada	65	22
Moderado	70	
	75	25
	80	26-27
	85	30-32
0	90	34-37
Severa	95	
	100	48-63
Medi	ia	19.92
Desviación		13.707

3.6.2 Ficha técnica del Inventario de depresión de Beck

Nombre : Inventario de depresión de Beck –II (BDI- II)

Autores : Aaron Beck, Robert Steer y Gregory Brown

Año de creación : 1996

Adaptación : Espinoza (2016)

Duración de la prueba : 5 a 10 minutos

Aplicación : A poblaciones generales a partir de los 13

años de edad

Objetivo : Evaluar la gravedad de la sintomatología

depresiva desde las dimensiones:

Área afectivaÁrea emocionalÁrea cognitivaÁrea física

- Área conductual

En cuanto a la medición de la variable Depresión, será de utilidad administrar el Inventario de Depresión de Beck- BDI-II. El inventario para la depresión de Beck (Beck depressión inventory; BDI) fue originalmente creado por Beck, Ward, Medelso, Mock y Erbaugh (1961) y contaba con un total de 195 ítems citado en Espinoza (2016).

En Perú, Vega, Coronado y Mazzotti (2014) analizaron la validez del inventario de depresión de Beck – BDI, en pacientes hospitalizados de medicina general, de igual manera; Espinoza (2016), adapta al contexto peruano el BDI-II, dicho instrumento consta de 21 ítems, el estudio de validez y confiabilidad fue realizado en población dos poblaciones, universitarios y pacientes hospitalarios, ambos pertenecientes a Lima Sur; mediante el análisis factorial confirmatorio se logró identificar la dimensión cognitiva, física/conductual, y afectiva emocional. En relación a la confiabilidad por consistencia interna, Espinoza (2016) con el alpha de Cronbach halló un coeficiente .927 destinado al nivel general, demostrando ser altamente confiable, así mismo, se identificó la validez de contenido que oscila entre .80 = .1.00 para los 21 ítems del inventario, con una V de Aiken con coeficientes altamente significativos en todos los reactivos. Los resultados presentados anteriormente evidencian que el inventario de depresión de Beck presenta propiedades psicométricas aceptables.

Tabla de Baremos

En la tabla 10, se presentan los baremos del inventario de depresión de Beck, obtenidos por medio del estudio piloto llevado a cabo en una muestra de 50 pacientes con malnutrición por exceso de un hospital nacional de la región Callao:

Tabla 17

Tabla de baremos del inventario de depresión de Beck BDI- II

Nivel	Pc	Total
	1	
	1 2 3 4 5 6 7 8 9	
	3	
	4	
Muy bajo	5	
may bajo	6	
	7	_
	8	0
	9	
	10	2-5
Poio	15	6 7
Bajo	20	7
	25	10-12
	30	14
	35	
	40	15
	45	
D "	50	16-17
Promedio	55	18
	60	19
	65	20-22
	70	24
	75	25
	80	27-28
• •	85	29-30
Alto	90	31
	91	
	92	33
	93	00
	94	34
	95	0.1
Muy Alto	96	
may / mo	97	
	98	46
	99	.5
	100	48
Media		18.70
Desviación estándar		11.599
Desviación estanda		11.000

3.7. Procedimiento de ejecución para la recolección de datos

Para recolectar los datos de la presente investigación, se ejecutaron los siguientes pasos:

Se solicitó permiso al Hospital Nacional perteneciente a la región Callao, presentándose el proyecto de investigación al médico encargado del servicio de endocrinología.

Una vez aceptada la investigación, se procedió con a recolectar datos, inicialmente dirigida hacia los sujetos cuyas edades fluctúen entre 18 y 60 años, en este caso, a pacientes con malnutrición por exceso con diagnóstico de sobrepeso u obesidad, que acudan a atención de consulta externa en el consultorio de Endocrinología, esto se procedió a través del llenado de una ficha sociodemográfica (anexo 1) para codificar los datos pertinentes.

En esta investigación, se tomó en consideración el código de ética en las estudios con sujetos humanos, por lo cual, previo a iniciar la aplicación de pruebas, de forma individual se mostró a los participantes un documento informativo con ciertas consideraciones, con el propósito de documentar el consentimiento del sujeto para participar del estudio de forma voluntaria, proporcionándole información necesaria y básica, así mismo, informándoles sobre el anonimato por medio de la codificación de sus datos, así mismo, se tomó en cuenta la confidencialidad de los resultados, remarcando que la finalidad del estudio es exclusivamente para fines académicos.

Posteriormente, se procedió con la aplicación de los instrumentos (anexo 2 y 3) de manera individual tras culminar la atención médica de endocrinología, por lo que a cada evaluado se les refirió el objetivo de la investigación, el tiempo a invertir en los cuestionarios, se afirmó que la participación es totalmente voluntaria, por lo que se les garantiza su anonimato y confidencialidad. De tal manera, no se puso en riesgo a los sujetos evaluados además cabe mencionar que al explicar brevemente la investigación ésta fue expresando usando un nivel de lenguaje acorde a la de los individuos, esto con el fin de una adecuada compresión de la información.

3.8. Procedimiento para el análisis estadístico de los datos

Tras obtener la muestra, se continuó a elaborar la base de datos en Microsoft Excel, donde la digitación de los datos se realizó con rigurosidad y cautela, de tal manera que valores en las celdas fueron revisados en reiteradas veces. Posteriormente, se exportó la base de datos al programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 25 en español el cual permitió obtener resultados descriptivos de las variables ansiedad y depresión en pacientes con malnutrición por exceso.

Así mismo, se calcularon los estadísticos descriptivos dirigidos a los datos sociodemográficos, así como a los resultados obtenidos del inventario de ansiedad de Beck (IAB) y del inventario de depresión de Beck (BDI-II).

A través de la prueba Kolmogorov-Smirnov, se permitió verificar que la distribución de las puntuaciones no seguía la curva de normalidad, por ende, se determinó el uso de pruebas no paramétricas para el análisis correlacional y comparación de grupos.

CAPÍTULO IV ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Análisis de la variable ansiedad

Estadísticos descriptivos de la ansiedad

Tabla 18
Estadísticos descriptivos de las muestras de ansiedad

Estadísticos descriptivos de ansiedad				
Media	21.71			
Mediana	21.00			
Moda	26			
Desviación estándar	14.424			
Asimetría	.879			
Curtosis	.677			

En la tabla 11 se presentan los estadísticos descriptivos de la muestra de ansiedad. Se observa que los datos alcanzaron un nivel promedio de 21.71, el valor central del conjunto de datos, es de 21.00; el valor de ansiedad que más se repite es 26; así mismo; la desviación estándar es de 14.424; la asimetría es .879, lo cual quiere decir que, tiene una curva asimétrica positiva; la distribución de la curtosis es .677 ligeramente leptocúrtica.

Frecuencia y porcentajes de la ansiedad

Tabla 19
Frecuencia de ansiedad según la muestra total

Nivel de ansiedad	N	%	
Normal	28	20	
Leve	35	25	
Moderado	26	18.6	
Severa	51	36.4	
Total	140	100	

La tabla 12 indica que del 100% de la muestra, el 36.4% (51) pacientes con malnutrición por exceso presentan un nivel severo de ansiedad, el 25% (35) presenta un nivel de ansiedad leve, 20% (28) presentan ansiedad a nivel normal 18.6% (26) pacientes presenta ansiedad a nivel moderado.

Análisis de normalidad de ansiedad

Tabla 20
Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov

Variable	K-s	р	N
Ansiedad	.093	.005	140

La tabla 13 se presentan los resultados obtenidos con la prueba de normalidad de Kolmogorov – Smirnov para la variable ansiedad, a través de la cual se observa que, la muestra que se tomó no se ajusta a la normalidad de los datos, dado que la distribución es de tipo no normal y se usarán estadísticos no paramétricos. (p< .05)

Tabla 21 Comparación de ansiedad según sexo

Variable	Sexo	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann- Whitney	p
	Femenino	84	71.18	5979.00		
Ansiedad	Masculino Total	56 140	69.48	3891.00	2295.000	.808
	iotai	1-10				

La tabla 14 evidencia los resultados obtenidos con la prueba de U Mann-Whitney, a través de la cual se explica que no existen diferencias significativas entre ansiedad en función al sexo (p>.05).

Tabla 22

Comparación de ansiedad según nivel de educación

Variable	Nivel de educación	N	Rango promedio	Chi- cuadrado	gl	р
	Nivel primaria	1	87.00			
	Nivel secundaria	57	77.03	3.711	3	.294
Ansiedad	Superior no universitaria	42	61.51			
	Superior universitaria	40	70.23			
	Total	140				

La tabla 15 muestra los resultados extraídos con la prueba de Kruskal-Wallis e indica que no existen diferencias significativas entre ansiedad en función al nivel de educación (p>.05).

Tabla 23

Comparación de ansiedad según estado civil

Variable	Estado civil	N	Rango promedio	Chi- cuadrado	gl	р
	Soltero	32	67.33			
	Casado	64	65.59			
	Separado	16	71.63	8.439	5	.134
Ansiedad	Divorciado	4	88.00			
	Conviviente	19	75.84			
	Viudo	5	115.70			
	Total	140				

La tabla 16 muestra los resultados obtenidos con la prueba de Kruskal-Wallis, a través de la cual se explica que no existen diferencias significativas entre ansiedad en función al estado civil (p>.05).

4.2. Análisis de la variable depresión Estadísticos descriptivos de la depresión

Tabla 24
Estadísticos descriptivos de la muestra de depresión

Estadísticos descriptivos de depresión					
Media	18.97				
Mediana	17.00				
Moda	7				
Desviación estándar	12.216				
Asimetría	.546				
Curtosis	244				

La tabla 17 expone los estadísticos descriptivos de la muestra de depresión, la cual precisa que, los datos alcanzaron un nivel promedio de 18.97, el valor central del conjunto de datos, es de 17.00; el valor de depresión que más se repite es 7; así mismo; la desviación estándar es de 12.216; la asimetría es .546, lo cual quiere decir que, tiene una curva asimétrica; la distribución de la curtosis es -.244 lo que indicaría que la curva es platicúrtica.

Frecuencia y porcentajes de la depresión

Tabla 25
Frecuencia de depresión según la muestra total

Nivel de depressior	N	%
Depresión minima	51	36.4
Depresión leve	30	21.4
Depresión moderada	26	18.6
Depresión grave	33	23.6
Total	140	100

La tabla 18 indica que del 100% de la muestra de pacientes con malnutrición por exceso, 36.4% (51) de ellos presentan un nivel de depresión mínima, el 23.6% (33) presentan un nivel grave de depresión, 21.4% (30) presentan depresión a nivel leve, y el 18.6% (26) presenta depresión a nivel moderada.

Análisis de normalidad de depresión

Tabla 26

Prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov

Variable	K-s	Р	N
Depresión	.089	.009	140

La tabla 19 presenta los resultados obtenidos con la prueba de normalidad Kolmogorov – Smirnov para la variable depresión, a través de la cual se indicaría que, la muestra que se tomó no se ajusta a la normalidad de los datos, dado que la distribución es de tipo no normal y se usarán estadísticos no paramétricos (p< .05).

Depresión y variables sociodemográficas

Tabla 27

Comparación de depresión según sexo

	Sava	N	Rango	Suma de	U de Mann-	
Variable	Sexo	IN	promedio	rangos	Whitney	Г
	Femenino	84	71.13	5975.00	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
Depresión	Masculino Total	56 140	69.55	3895.00	2299.000	.822

La tabla 20 muestra los resultados obtenidos con la prueba de U Mann-Whitney, la cual indicaría que no existen diferencias significativas entre la variable depresión según sexo (p>.05).

Tabla 28

Comparación de depresión según nivel de educación

Variable	Nivel de educación	N	Rango promedio	Chi- cuadrado	gl	р
	Nivel primaria	1	83.00			
	Nivel secundaria	57	78.27			
Depresión	Superior no universitaria	42	61.30	4.429	3	.219
	Superior universitaria	40	68.78			
	Total	140				

La tabla 21 evidencia los resultados obtenidos con la prueba de Kruskal-Wallis e indica que no existen diferencias significativas entre la variable depresión según nivel de educación (p>.05).

Tabla 29

Comparación de depresión según estado civil

Variable	Estado civil	N	Rango promedio	Chi- cuadrado	GI	р
	Soltero	32	63.73			
	Casado	64	66.04			
	Separado	16	88.59	7.929	5	.160
Depresión	Divorciado	4	99.38			
	Conviviente	19	70.74			
	Viudo	5	89.00			
	Total	140				

La tabla 22 muestra los resultados obtenidos con la prueba de Kruskal-Wallis, a través de la cual se explica que no existen diferencias significativas entre la variable depresión según estado civil (p>.05).

4.3. Contrastación de hipótesis

Tabla 30

Correlación entre ansiedad y depresión

			Ansiedad
		r	.515**
r _s	Depresión	p	.000
		N	140

Se plantean las siguientes hipótesis para saber si existe relación entre ansiedad y depresión.

H₀: No existen relación significativa entre ansiedad y depresión, en pacientes con malnutrición por exceso de un hospital de la región Callao.

H₁: Existen relación significativa entre ansiedad y depresión, en pacientes con malnutrición por exceso de un hospital de la región Callao.

En la tabla 23, se presentan los resultados de la correlación entre las variables ansiedad y depresión, obtenidas a través del coeficiente de correlación rho Spearman. Se observa que la correlación entre ansiedad y depresión es altamente significativa, dado que p= .000 (p<0.05), por ello, se afirma que existe relación estadísticamente significativa entre ansiedad y depresión en pacientes con malnutrición por exceso de un hospital nacional de la región Callao, rechazándose así la hipótesis nula H₀.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Discusión

En esta investigación se planteó como objetivo principal, hallar la relación que existe entre ansiedad y depresión en pacientes con malnutrición por exceso en un hospital nacional de la región Callao en el 2020. A continuación, se discuten los resultados encontrados, los cuales, en primera instancia demuestran la existencia de la relación entre ansiedad y depresión siendo esta positiva, con una p = .000; r= .515**, tales resultados coinciden con la investigación realizada por Reyes, Bentancur y Samaniego (2015) quienes en su trabajo precisan que la correlación hallada fue positiva entre ansiedad estado y depresión (r=.417; p=.000) y ansiedad rasgo y depresión (r=.610; p=.000). De igual forma, se halló resultados similares en la investigación realizada por Calderón, Forns y Varea (2010) quienes afirmaron encontrar correlaciones positivas entre ansiedad y depresión en la muestra usada en estudio, los cuales eran jóvenes con obesidad y sobrepeso.

Eso nos haría suponer que existe alguna relación entre los aspectos psicológicos y el incremento de peso, donde la ansiedad y depresión como propias condiciones mentales sumadas a la malnutrición por exceso, posiblemente favorezcan y/o mantengan una relación bidireccional con la obesidad, probablemente como causa o consecuencia, no obstante, cabe resaltar que no podemos concluir si esta deducción es causante o consecuente de la obesidad, por tanto, se hace hinca pie en que la obesidad es un síntoma donde intervienen múltiples factores, siendo la ansiedad, una de las variables que juega un papel central en la conducta de ingestión de alimentos, al igual que la depresión. Rubio (2012) también señala que en el trastorno depresivo y ansioso, se puede alterar seriamente la relación con la comida, dado que hay personas que emplean la comida como medio para atenuar el malestar emocional de cualquier origen, lo cual, Bersh (2006) señala que, esto conlleva al individuo a implantar la sobreingesta como estrategia maladaptativa para responder a los estados emocionales que desencadenan la obesidad, e inducen a perpetuar los comportamientos alimentarios inadecuados convirtiéndose en un círculo pernicioso.

En este estudio se halló que, de la muestra total de pacientes con malnutrición por exceso, el sexo femenino (60%) predominó por encima del masculino (40%), arrojando una diferencia porcentual del 20% entre ambos sexos estudiados, pues esto

explica que más de la mitad de la muestra perteneciente a la investigación, es con mayor frecuencia pacientes del sexo femenino que padecen malnutrición por exceso, estos resultados se respaldan con los datos mostrados por el INEI (2019) en la ENDES (2018) donde se señala que las mujeres (63.1%), tienen índices elevados de mayor exceso de peso en comparación a los hombres (56.8%), reflejando una diferencia porcentual de 6.3 puntos entre ambos sexos.

Respecto a la ansiedad, en este estudio se ha identificado que el 36.4% de sujetos con malnutrición por exceso presenta un nivel severo de ansiedad; 18.6% presentan ansiedad a nivel moderado, al igual que estudios realizados anteriormente como los de Calderón, Forns y Varea (2010) quienes reafirman en su trabajo, la misma postura del presente estudio, donde los sujetos con obesidad severa informan mayor ansiedad estado (p = 0,001) y mayor ansiedad rasgo (12%) (p < 0,001), en comparación al porcentaje de ansiedad (6,7%) que la muestra de jóvenes con sobrepeso (obesidad leve-moderada) presentaban.

Respecto a la variable depresión, estudios previos como el de Constantino, Bocanegra, León y Díaz (2014) encontraron que la severidad de la depresión en su muestra de estudio se presentó con mayor predominancia en nivel leve (26,3%), moderado (23,3%) y severo (8,1%), al igual que el estudio realizado por Ccarhuarupay (2014) quien demostró que el 52,2% de su muestra estudiada sí presentaba depresión, siendo con mayor frecuencia el grado leve (39,5%), moderado (10,2%), y severo (2,4%), ambos antecedentes concuerdan con los resultados hallados en el presente estudio, donde se evidencia que el 36,4% de la muestra presenta depresión mínima, 23,6% depresión grave, 21,4% depresión leve, y el 18,6% depresión moderada.

Contrariamente, se halló diferencia en dos antecedentes, los cuales muestran resultados antagónicos respecto a la asociación entre las variables ansiedad y depresión, como es el caso del estudio presentado por Sánchez, et al. (2017) quienes desde el plano internacional señalaron que no se encontró asociación entre la ansiedad y obesidad (X2= 2.00, p> .05), de igual forma, Ccarhuarupay (2014) quien desde el plano nacional a través del estudio de su muestra de adolescentes tardíos con obesidad y sobrepeso hallaron que el 47.8% de ellos no presentaron síntomas

depresivos significativos, sin embargo, encontró que el 39.5% de su muestra presentó síntomas leves, por tanto, se expone que, aunque su porcentaje en los niveles alto y muy alto no son muy elevados en la variable depresión, estos no difieren de los trabajos realizados por otros autores con anterioridad; ya que siguen predominando estas características del estudio.

Es por ello que, de las dos últimas investigaciones presentadas, se observa que no hallaron asociación entre sus variables, así mismo, en su muestra no se halló síntomas depresivos significativos y por último, los niveles identificados con mayor predominancia fueron leves, en oposición a los encontrados en este estudio, en el cual se encuentran porcentajes elevados con relación a la severidad de ansiedad, mientras que, en la variable depresión se evidencia porcentaje elevado en el nivel de depresión mínima.

En adición, estudios preliminares como el realizado por Reyes, Bentancur y Samaniego (2015) demostraron que la correlación hallada en su estudio fue positiva entre ansiedad estado-rasgo y depresión, al igual que el estudio de Salazar et al. (2016) quien concluye y demuestra asociación significativa (p<0,05) entre el sobrepeso/obesidad y el aumento de apetito ante el estrés, ansiedad y tristeza, del mismo modo que los resultados hallados en este estudio, donde se evidencia que existe relación significativa entre ansiedad y depresión en pacientes con malnutrición por exceso.

Por otro lado, respecto a las variables sociodemográficas sexo, nivel de educación y estado civil, en este estudio no se hallaron diferencias significativas (p>.05).

5.2. Conclusiones

En base a la realización del presente trabajo se extrajeron las conclusiones detalladas a continuación:

Existe relación estadísticamente significativa entre ansiedad y depresión en pacientes con malnutrición por exceso en un hospital nacional de la región Callao en el 2020.

Los pacientes con malnutrición por exceso atendidos por consulta externa en un hospital nacional de la región Callao en el 2020 presentaron niveles severos de ansiedad, esto se traduce en que los sujetos evaluados en este estudio distorsionan la información causando una sobreestimación o sobrevaloración de situaciones amenazantes, por consiguiente, la percepción de sus capacidades de afronte son consideradas inferiores en comparación a la amenaza o peligro aparente.

Se evidenció que los pacientes con malnutrición por exceso atendidos por consulta externa en un hospital nacional de la región Callao en el 2020, presentaron con mayor frecuencia un nivel de depresión mínima, lo cual explica que los sujetos evaluados no sobrevaloran los acontecimientos negativos.

En la muestra de pacientes con malnutrición por exceso atendidos por consulta externa en un hospital nacional de la región Callao en el 2020 no se hallaron diferencias significativas al comparar la variable ansiedad según sexo, estado civil y nivel de educación.

Finalmente, no se hallaron diferencias significativas al comparar la variable depresión según sexo, estado civil y nivel de educación en la muestra de pacientes con malnutrición por exceso atendidos por consulta externa en un hospital nacional de la región Callao en el 2020.

5.3. Recomendaciones

Finalmente, se realizan las siguientes sugerencias pensadas durante el proceso y ejecución del presente trabajo, así como también en base a los resultados extraídos en capitulo antecesor:

Podría extenderse o replicar el estudio haciendo uso de otros métodos que permitan extraer conclusiones de causa- efecto.

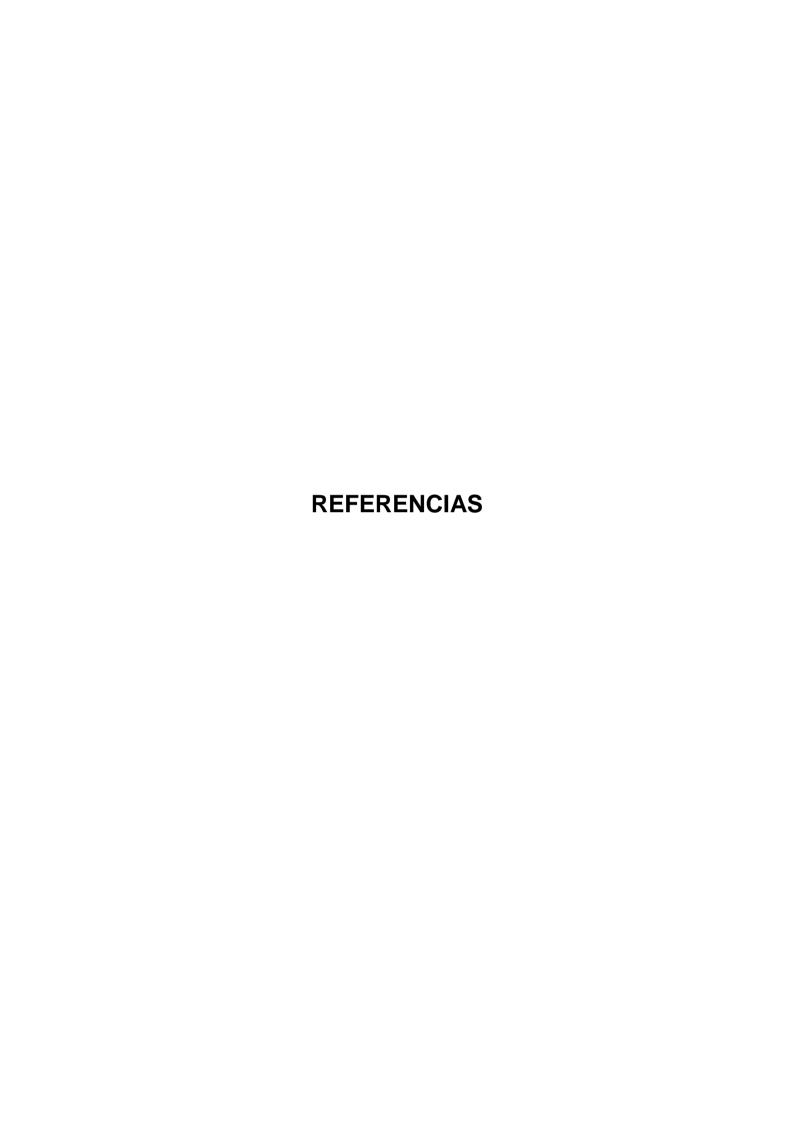
Promover programas psicoeducativos dirigidos a la familia del paciente, donde se brinde información y eduque acerca de los aspectos condicionantes que complican la enfermedad, o que agravan el manejo de la misma, así mismo, resaltar la importancia del soporte familiar, social y afectivo, factores que favorecen la adherencia al tratamiento desde el plano psicológico.

Desarrollar programas preventivos donde se aborden factores protectores que contribuyan al mantenimiento de un estilo de vida saludable, así mismo, abordar los factores psicológicos de riesgo que se hallan implicados en el desarrollo, mantenimiento o agravamiento de diversas enfermedades médicas, priorizando no solo la salud física sino también considerando de igual relevancia la salud mental.

Elaborar talleres informativos dirigidos al personal de salud, a fin de proporcionar adecuada orientación y consejería sobre aquellos factores psicosociales que intervienen en la malnutrición para que, de tal manera, se genere desde el plano psicológico adherencia y soporte con el paciente.

Elaborar programas de capacitación sobre el impacto que tiene el factor psicológico en la malnutrición por exceso y en la adherencia al tratamiento del mismo, permitiendo reconocer la importancia de la evaluación de los aspectos psicológicos, para que puedan ser tomados en cuenta en el tratamiento de enfermedades crónicas.

Dirigido a centros de salud, sería favorable implantar programas de capacitación multidisciplinaria que permitan reconocer y detectar características psicológicas que permitan dirigir por interconsulta al profesional capacitado para el abordaje de patologías psicológicas y manejo de estrategias terapéuticas que permita afianzar la adherencia al tratamiento.



- Adams, T., Gress, R., Smith, S., Halverson, C. (2007). Long-Term Mortality after Gastric Bypass Surgery. *The new England journal of medicine*, 357,753-761. Recuperado de https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmoa066603
- American Psychiatric Association (APA, 2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC, Estados Unidos: American Psychiatric Publishing, Inc.
- Beck, A. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects.* Nueva York, Estados Unidos: Harper & Row.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. NuevaYork, Estados Unidos: Guilford.Beckham
- Beck, A. y Emery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: a cognitive perspective*.

 Recuperado de https://bit.ly/3pqyzzV
- Beck, A. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, (1), 5-37.
- Beck, A. y Clark, D. (1988). Anxiety and depression: An information processing perspective. *Anxiety Research: An International Journal 1*, 23-36. Recuperado de http://dx.doi.org/10.1080/10615808808248218
- Beck, A., & Clark, D. (1997). And information processing model of anxiety: automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy, 35*(1), 49-58. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9009043
- Beck A., Rush, F., Shaw, B. y Emery, G. (2003). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. (16^a ed.). Bilbao, España: Editorial Descleé de Brouwer.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., y Emery, G., (2010). *Terapia Cognitiva de la Depresión* (19° ed.). Bilbao, España: Editorial Descleé de Brouwer.

- Bersh, S., (2006). La obesidad: aspectos psicológicos y conductuales. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 35*(4), 537-546. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/806/80635407.pdf
- Burns, D. (1999). El manual de ejercicios de sentirse bien. Barcelona, España: Paidós.
- Calderón, C., Forns, M. y Varea, V. (2010) Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Revista Nutrición Hospitalaria*, 25(4), 641-647. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25n4/original13.pdf
- Ccarhuarupay, L. (2014). Factores relacionados a síntomas depresivos en adolescentes tardíos pre-universitarios con sobrepeso y obesidad (Tesis de pregrado). Recuperado de http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4281/MDccbalg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Chang, A. (2015). Adaptación y propiedades psicométricas del inventario de ansiedad ante el desempeño musical de Kenny (IADM-K) (Tesis de pregrado). Universidad de Lima, Lima, Perú.
- Cisneros, S. y Mantilla, M. (2016). *Depresión y ansiedad en niños de colegios estatales del distrito de Chorrillos* (Tesis de pregrado). Universidad Ricardo Palma, Lima, Perú.
- Clark, D. & Beck, A. (2012). Cognitive Therapy of anxiety disorders: science and practice. New York, United States of America: The Guilford Press.
- Constantino, A., Bocanegra, M., León, F. y Díaz, C. (2014). Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 atendidos en un hospital general de Chiclayo. *Revista Médica Herediana*, *25*(4), 196-203. Recuperado de https://doi.org/10.20453/rmh.v25i4.2176
- Coronado, M., Manrique, L., Tuesta, M. y Musayón, Y. (2010). Depresión y autoestima en adolescentes con obesidad y sobrepeso: un problema que pesa. *Revista de*

- enfermería Herediana, 3(1), 49-54. Recuperado de https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2010/enero/Depresion%203 7.pdf
- Cruz, M., Pascual, A., Wlodarczyk, A., Polo, R., y Echeburúa, E. (2016). Insatisfacción corporal y conductas de control del peso en chicas adolescentes con sobrepeso: papel mediador de la ansiedad y la depresión. *Nutrición Hospitalaria*, *33*(4), 935-940. Recuperado de http://dx.doi.org/10.20960/nh.395.
- Dorador, A. (2018). Obesidad y depresión en estudiantes del nivel secundaria en la I.E. 20320 – Hualmay, 2017 (Tesis de maestría). Recuperado de https://docplayer.es/94061624-Obesidad-y-depresion-en-estudiantes-del-nivel-secundaria-en-la-i-e-hualmay-2017.html
- Federación Latinoamericana de Sociedades de Obesidad, (2017). *II Consenso Latinoamericano de Obesidad 2017.* Recuperado de http://www.administracion.usmp.edu.pe/institutoconsumo/wp-content/uploads/LIBRO-II-CONSENSO-LATINOAMERICANO-DE-OBESIDAD-2017.pdf
- Galletero, J., Guimón, J., Echeburrúa, E., Yllá, L. y Gonzáles, L. (s.f.). Etiología de la Ansiedad. *Monografías de Psiquiatría,* 1(4), 7-9. Recuperado de http://www.psicoter.es/pdf/etiolog_ansiedad.pdf
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, L., (2014). *Metodología de la Investigación.*Recuperado de https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/m etodologia_de_la_investigacion_--roberto_hernandez_sampieri.pdf
- Hernandez, M., Horga, J., Navarro F. y Mira, A. (s.f). *Trastornos de ansiedad y trastornos de adaptación en atención primaria. Guía de actuación clínica en atención primaria.* Recuperado de http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/guiasap033ansiedad.pdf

- Hospital Hermilio Valdizán, (2018). *Boletín Epidemiológico Febrero-2018*. Recuperado de http://www.hhv.gob.pe/PDF/epidemiologia/boletin/2018/febrero.pdf
- Hospital Hermilio Valdizán, (2019). *Boletín Epidemiológico Febrero-2019*. Recuperado http://www.hhv.gob.pe/wp-content/uploads/Epidemiologia/Boletin/2019/BOLETIN_EPIDEMIOLOGICO-FEBRERO_2019.pdf
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2019). *Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles, 2018.* Recuperado de https://proyectos.inei.gob.pe/endes/2018/SALUD/ENFERMEDADES_ENDES_2 018.pdf
- Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi (2013). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. *Anales de salud mental.* Recuperado de http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2009-ASM-EESM-SR.pdf
- Instituto Nacional de Salud Mental (2013). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012. *Anales de Salud Mental.* Recuperado de http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2010-ASM/files/res/downloads/book.pdf
- Jacobs, K. (2011). *Problemas de alimentación: obesidad, sobrepeso o complejo. Argentina*, Buenos Aires: Editorial Palermo.
- Juonala, M., Magnussen, C., Berenson, G., Venn, A., Burns, T., Sabin, M., Srinivasa, S., Daniels, S., Davis, P., Chen, W., Sun, C., Cheung, M., Viikari, J., Dwyer, T. y Raitakari, O. (2011). Childhood adiposity, adult adiposity, and cardiovascular risk factors. *The New England journal of medicine* 365:1876-1885. DOI: 10.1056/NEJMoa1010112.

- Lazarus, R. (1976). *Psychopathology of human adaptation*. Nueva York, United States of America: Plenum.
- Lewinsohn, P., Gotlib, I. y Hautzinger, M. (1997). *Tratamiento conductual de la depresión unipolar. Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. España: Siglo XXI
- Luppino, F., De Wit, L., Bouvy, P., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B., y Zitman, F. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of general psychiatry, 67*(3), 220-229. Recuperado de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20194822
- Mamani, D. (2016). Depresión, ansiedad y estado nutricional del adulto mayor albergado en centros de atención residencial de la provincia de Puno y Chucuito (Tesis de pregrado). Recuperado de http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5056/Mamani_Huanca_D iana_Carolina.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Martínez, K., Ramos, K., Saavedra, L. (2017). Sintomatología depresiva en adolescentes con obesidad (Tesis de pregrado). Recuperado de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/740/Sintomatologia_Castro Katterine.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Ministerio de Salud. (MINSA, 2017). Situación de salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú 2017. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4143.pdf
- Ministerio de Salud. (MINSA, 2018). *Lineamientos de política sectorial en salud mental Perú 2018*. Recuperado de http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf.
- Navas, W. y Vargas, M., (2012). Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Revista Médica Cosmética*, (604), 497-507. Recuperado de https://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2012/rmc125k.pdf

- Organización Mundial de la Salud (2017). *Día Mundial de la salud mental 2017 La salud mental en el lugar de trabajo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Obesidad.* Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.who.int/topics/obesity/es/
- Organización Mundial de la Salud (2018). *Malnutrición*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/malnutrition
- Organización Panamericana de la Salud (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Perris, C. (1989). Cognitive therapy with the adult depressed patient. Comprehensive handbook of cognitive therapy. Nueva York: United States of America: Plenum.
- Piqueras, J., Martínez, A., Ramos, V., Rivero, R., García, L. y Oblitas, L., (2008). Ansiedad, depresión y salud. *Suma Psicológica*, *15*(1), 43-74. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/1342/134212604002.pdf
- Reyes, L., Bentancur, J. y Samaniego, A., (2015). Ansiedad y depresión en personas con obesidad de Paraguay. *Revista Salud y Sociedad, 6*(1), 38-48. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/4397/439742477003.pdf
- Reyes, J. (s.f.). *Trastornos de ansiedad guía práctica para diagnóstico y tratamiento.*Recuperado de http://www.bvs.hn/Honduras/pdf/TrastornoAnsiedad.pdf
- Rodríguez, R. y Vetere, G., (2011). *Manual de terapia cognitiva conductual de los trastornos de ansiedad.* Buenos Aires, Argentina: Polemos.

- Rubio, M. (2012). Estudio de la relación entre ansiedad y obesidad a través del cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI), valoración del perfil dietético y psiconutricional (Tesis de maestría). Recuperado de https://studylib.es/doc/7662368/obesidad-y-ansiedad
- Salazar, D., Castillo T., Pastor, M., Tejada, L. y Palos, A. (2016). Ansiedad, depresión y actividad física asociados a sobrepeso/obesidad en estudiantes de dos universidades mexicanas. *Hacia promoción salud, 21*(2), 99-113. Recuperado de doi: 10.17151/hpsal.2016.21.2.8
- Sánchez, G., Alpirez, H., Aguilar, M., Cerino, J., y Ordoñez, J. (2017). Ansiedad como factor asociado a la obesidad en adolescentes. *Journal Health NPEPS*, *2*(2), 302-314. Recuperado de https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/2277
- Sanz, J. (1993) Distinguiendo ansiedad y depresión: Revisión de la hipótesis de la especificidad de contenido de Beck. *Anales de Psicología, 9*(2), 133-170. Recuperado de https://www.um.es/analesps/v09/v09_2/02-09_2.pdf
- Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO, 2007). Consenso SEEDO 2007 para la evaluación del sobrepeso y la obesidad y el establecimiento de criterios de intervención terapéutica, 7(48), 10-52. Revista Española de Obesidad. Recuperado de:

 https://www.seedo.es/images/site/documentacionConsenso/Consenso_SEEDO _2007.pdf
- Sosa, C. (2016). *Depresión*. Recuperado de http://www.bvs.hn/Honduras/UICFCM/SaludMental/PRESENTACION.DEPRESION.ESTUDIO.SALUD. MENTAL.2016.pdf
- Tacsa, P. (2018). Respuestas rumiativas en pacientes con depresión, ansiedad y trastorno límite de la personalidad en un hospital de salud (Tesis de maestría).
 Recuperado de http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/358

- Thornberry, G. (2011). El rol de las creencias irracionales en la relación entre los eventos activadores, y las consecuencias emocionales y conductuales en estudiantes de dos universidades privadas de Lima (Tesis doctoral). Universidad San Martín de Porres, Lima, Perú.
- Vázquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000) Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual, 8*(3), 417-449. Recuperado de https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa.pdf
- Vázquez, V. y López, J. (2001). Psicología y obesidad. *Revista de Endocrinología y Nutrición, 9*(2), 91–96. Recuperado de https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=8040
- Vega, J., Coronado, O. y Mazzotti, G. (2014). Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. Revista Neuro-Psiquiatría, 77(2), 95-103. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/269636571_Validez_de_una_version_en_espanol_del_Inventario_de_Depresion_de_Beck_en_pacientes_hospitaliza dos_de_medicina_general
- Zung, ww. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of general Psychiatry,* 12(1), 63-70. Recuperado de https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008

ANEXO 5:
MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÌTULO: "ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN PACIENTES CON MALNUTRICIÓN POR EXCESO DE UN HOSPITAL DE LA REGIÓN CALLAO."

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIBLES E INDICADORES
Problema general ¿Cuál es la relación que existe entre ansiedad y depresión en pacientes con malnutrición por exceso en un hospital nacional de la región Callao en el 2020?	 Objetivo general Determinar la relación entre ansiedad y depresión en pacientes con malnutrición por exceso en un hospital nacional de la región Callao en el 2020. Objetivos específicos: Determinar el nivel de ansiedad en pacientes con malnutrición por exceso en un hospital nacional de la región Callao en el 2020. Determinar el nivel de depresión en pacientes con malnutrición por exceso en un hospital nacional de la región Callao en el 2020. Establecer las diferencias al comparar la ansiedad en función al sexo, estado civil y nivel de educación en pacientes con malnutrición por exceso en un hospital nacional de la región Callao en el 2020. Analizar las diferencias al comparar la depresión en función al sexo, estado civil y nivel de educación en pacientes con malnutrición por exceso en un hospital nacional de la región Callao en el 2020. 	Hipótesis General Existe relación significativa entre ansiedad y depresión en pacientes con malnutrición por exceso en un hospital nacional de la región Callao en el 2020.	Ansiedad Depresión

DISEÑO	POBLACIÓN	INSTRUMENTO
El estudio cuenta con un enfoque cuantitativo, puesto que se recolectan datos para probar hipótesis y se cuantifica numéricamente las variables ansiedad y depresión, el diseño es no experimental, ya que se llevó a cabo sin manipular variables, a su vez, es descriptivo, correlacional, dado que se describen los niveles de ansiedad y depresión, y se busca hallar la relación entre variables y analizar su correlación Hernández, Fernández y Baptista (2014).	Población: Con respecto a la población participante en la presente investigación se consideraron a los pacientes de 18 a 60 años con malnutrición por exceso de un hospital nacional de la región Callao que asistieron durante el periodo febrero a junio del 2020. Criterios de inclusión 1. Paciente adulto en edades comprendidas de 18 a 60 años de uno u otro sexo con IMC mayor igual a 25 kg/m2 o con un IMC mayor igual a 30 kg/m2. 2. Paciente adulto capaz y dispuesto a proveer su consentimiento informado respectivamente. 3. Paciente adulto con capacidad de lectura y escritura. 4. Paciente adulto dispuesto a participar de la investigación. Criterios de exclusión: 1. Paciente adulto sin capacidad de lectura y escritura. 2. Paciente en periodo de gestación o lactancia en el momento del estudio.	Inventario de ansiedad de Beck (BAI) Inventario de depresión de Beck II (BDI-II).

CONCLUSIONES

Existe relación estadísticamente significativa entre ansiedad y depresión en pacientes con malnutrición por exceso en un hospital nacional de la región Callao en el 2020.

Los pacientes con malnutrición por exceso atendidos por consulta externa en un hospital nacional de la región Callao en el 2020 presentaron niveles severos de ansiedad, esto se traduce en que los sujetos evaluados en este estudio distorsionan la información causando una sobreestimación o sobrevaloración de situaciones amenazantes, por consiguiente, la percepción de sus capacidades de afronte son consideradas inferiores en comparación a la amenaza o peligro aparente.

Se evidenció que los pacientes con malnutrición por exceso atendidos por consulta externa en un hospital nacional de la región Callao en el 2020, presentaron con mayor frecuencia un nivel de depresión mínima, lo cual explica que los sujetos evaluados no sobrevaloran los acontecimientos negativos.

En la muestra de pacientes con malnutrición por exceso atendidos por consulta externa en un hospital nacional de la región Callao en el 2020 no se hallaron diferencias significativas al comparar la variable ansiedad según sexo, estado civil y nivel de educación.

Finalmente, no se hallaron diferencias significativas al comparar la variable depresión según sexo, estado civil y nivel de educación en la muestra de pacientes con malnutrición por exceso atendidos por consulta externa en un hospital nacional de la región Callao en el 2020.

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Νº		

La presente investigación busca evaluar la magnitud de la Ansiedad y Depresión en pacientes con malnutrición por exceso. El interés es conocer un poco más la forma en que piensan y sienten las personas, por lo cual no hay respuestas correctas e incorrectas. Solo se trata de responder como se siente y piensa normalmente ante ciertas situaciones. Por ello, le solicitamos que complete los datos que siguen.

Muchas gracias por su colaboración.

l.	DATOS GENERALES	6 :		
Nomb	re y Apellido:			
II.	DATOS DEMOGRÁFI	COS:		
Edad:				
Sexo:	(Marque con una X)			
Mascı	ulino: Femenino	D:		
Estad	o civil: (Marque con una	a X)		
Solter	o/a:	Casado/a	ı:	Separado/a:
Divor	ciado/a:	Viudo/a:		Conviviente:
Grado	o de Educación/ Estudio	os Realizad	dos: (Marque con una	a X)
Estud	ios primarios		Estudios secundario	os
Estud	ios técnicos		Estudios Universita	rios

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nο

Nombre y Apellido	Firma
Luego de haber sido informada o informado acerca de la ir por Evelin Marinne Ruiz Peña, ACEPTO PARTCIPAR VO el proceso. Entiendo que la información que proporcio anónima y que los datos obtenidos serán utilizados exclacadémicos.	LUNTARIAMENTE en ne será estrictamente
Tu participación será muy valorada y apreciada. Gracias preciada Marinne Ruiz Peña.	por tu colaboración.
Los resultados obtenidos a nivel grupal tienen un investigación, por lo cual podrán ser publicados en tes contextos académicos. Por ello es importante que res sinceridad posible y que preguntes en cualquier momento	sis y/o compartidos en spondas con la mayor o si tienes alguna duda.
De aceptar formar parte del estudio, se le solicitará que r de dos cuestionarios, necesitando aproximadamente 20 r que tenga en cuenta que su participación durante el proce las respuestas que brinde serán anónimas y codifica numeración, respetando su anonimato, además que le obtenga no se compartirán con ninguna persona, por tranquila o tranquilo en contestar a las preguntas con tota	minutos. Es importante eso es voluntaria y que idas a través de una os resultados que se ello, puedes sentirte
Ante todo, muchas gracias por su tiempo y atención. Se le comunica a Ud. que por medio de esta hoja está sien en la presente investigación sobre ansiedad y depresión por Evelin Marinne Ruiz Peña estudiante de la carrera Universidad Autónoma del Perú e identificada con el DNI:	n, la cual es conducida a de psicología de la

Ν	0		
1.			

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

A continuación, se presenta una lista de síntomas comunes de ansiedad. Lea cuidadosamente cada ítem de la lista. Indique marcando con un aspa (x) cuánto le ha molestado cada uno de estos síntomas durante estos últimos 30 días incluyendo el día de hoy.

	—	1	T	
	En Absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
Entumecimiento muscular u hormigueo				
Acalorado				
Con temblor en las piernas				
Incapaz de relajarme				
Con temor de que pase lo peor				
Mareado				
Con latidos del corazón fuertes y acelerados				
Inestable				
Atemorizado o asustado				
Nervioso				
Con sensación de asfixia				
Con temblores en las manos				
Inquieto o inseguro				
Con miedo a perder control				
Con sensación de ahogo				
Con temor a morir				
Con miedo				
Con problemas digestivos				
Con desvanecimientos o debilidad				
Con rubor facial				
Con sudores fríos o calientes (no debido a la temperatura del ambiente)				

N°

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II (BDI-II)

Nombre: Edad: Sexo

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (cambios en los hábitos de Sueño) y el ítem 18 (cambios en el apetito).

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

- 0 No me siento desanimado respecto a mi futuro.
- 1 Me siento más desanimado respecto a mi futuro que antes.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mí en el futuro y que las cosas van a empeorar.

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

- Obtengo tanto satisfacción de las cosas como antes.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como antes.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas.

5. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento culpable.
- Me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado.
- 1 Creo que tal vez estoy siendo castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con uno mismo.

- O Siento acerca de mí, lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.
- 2 Estoy decepcionado de mí mismo.
- 3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

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

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

- 0 No pienso en matarme.
- 1 He pensado en matarme, pero no lo haría.
- 2 Desearía matarme.
- 3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

- 0 No lloro más de lo usual.
- 1 Lloro más que antes.
- 2 Lloro por cualquier pequeñez.
- 3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11 Agitación

- 0 No estoy más inquieto o tenso que antes.
- 1 Me siento más inquieto o tenso que antes.
- 2 Estoy tan inquieto que me es difícil quedarme tranquilo.
- 3 Estoy tan inquieto que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.

12 Pérdida de Interés

- 0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.
- 1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.
- 2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.
- 3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

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

14. Desvalorización

- 0 Siento que soy valioso.
- 1 No me considero tan valioso y útil como antes.
- 2 Me siento menos valioso cuando me comparo con los demás.
- 3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

- 0 Tengo tanta energía como siempre.
- 1 Tengo menos energía que antes.
- 2 No tengo suficiente energía para hacer algunas cosas.
- 3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

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

17. Irritabilidad

- 0 No estoy más irritable que antes.
- 1 Estoy más irritable que antes.
- 2 Estoy mucho más irritable que antes.
- 3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

- 0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.
- 1a Mi apetito es un poco menor que antes.
- 1b Mi apetito es un poco mayor que antes.
- 2a Mi apetito es mucho menor que antes.
- 2b Mi apetito es mucho mayor que antes
- 3a No tengo apetito en absoluto.
- 3b Quiero comer todo el día.

19. Dificultad de Concentración

- 0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.
- 1 No puedo concentrarme tan bien como antes.
- 2 Me es difícil mantener la atención en algo por mucho tiempo.
- 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

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

21. Pérdida de Interés en el Sexo

- No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado en el sexo que antes.
- 2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 He perdido completamente el interés en el sexo.