

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO ASOCIADO A LA OBESIDAD EN
PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL
HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA, PERIODO 2015-2019**

TESIS

PRESENTADO POR LA BACHILLER:

CHUMBIAUCA PEÑA, VIVIAN CAROLINA

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE

MÉDICO CIRUJANO

CHINCHA – PERÚ

2021

ASESOR

Dr. Walter Edgar Gómez Gonzales

AGRADECIMIENTO

A Dios

A mi familia

Por ser los principales iniciadores de mis sueños y por todo su apoyo que me ofrecen constantemente, gracias querida familia por confiar y creer en mí.

A mi novio Luis Nizama, gracias por todo el apoyo, ánimo, paciencia y tiempo brindado en el desarrollo del proyecto.

A la Universidad Privada San Juan Bautista

Por mi formación profesional y permitir conocer excelentes docentes, gracias por prepararnos para un futuro competitivo.

Al Hospital San José de Chincha

Dr. Salazar, jefe del servicio de psiquiatría por apoyarme en la realización de la tesis y al equipo del Departamento de Estadística por brindarme el acceso a las historias clínicas.

Asesor

Al Dr. Walter Gómez Gonzales, por el valioso tiempo, su paciencia en cada revisión del proyecto de la tesis.

A la Dra. Renee Montesinos por su apoyo y orientación en la revisión de la tesis su ayuda y paciencia que me brindó para culminar la tesis.

Agradecida por todo el apoyo y ayuda que me brindaron en la realización del proyecto de tesis.

DEDICATORIA

Para mi familia, por su motivación constante en lo académico y en la vida.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación de la obesidad con el trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, periodo 2015-2019.

Materiales y métodos: Se realizó una investigación de tipo analítico, observacional y retrospectivo, con un diseño de casos y controles, de nivel correlacional, en una población de 232 historias clínicas, y el tamaño muestral hallado por el programa epiDat fue de 49 casos y 49 controles, siendo el instrumento de tamizaje que se utilizó para el trastorno mixto ansioso depresivo es el cuestionario de Self Reporting Questionnaire (SRQ -18) y la técnica empleada en esta investigación fue la recopilación de datos obtenida de las historias clínicas, ingresados al programa MS Excel y al programa Stata 16, para el análisis estadístico de Chi cuadrado y del Odds ratio.

Resultados: La obesidad representa un factor asociado al trastorno mixto ansioso depresivo, siendo el valor de $p < 0.001$ y el OR de 4,05 con un IC de 95%: 1,54- 10,64. En los pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo, la edad mediana fue de 42.5 años en ambos sexos, siendo 65.31% de sexo femenino, en la ocupación 71.43% eran desempleado o ama de casa, para el estado civil 67.35% tenían pareja, en el grado de instrucción 51.02% presentaban secundaria completa, en la residencia 93.88% pertenecían a la zona urbana y para el índice de masa corporal el promedio es de 29.24 kg/m². El 34.69% de los pacientes presentaban obesidad tipo I. La prevalencia del trastorno mixto ansioso depresivo en el 2015 fue de 4.38%, 7.31% en el 2016, 14.44% en el 2017, en el 2018 fueron de 11.53% y en el 2019 de 3.75%.

Conclusiones: En el estudio se observa que la obesidad se asocia al trastorno mixto ansioso depresivo, este resultado si es estadísticamente significativo (p -valor < 0.05). No existe evidencia científica significativa de los factores sociodemográficos (p -valor > 0.05). El tipo de obesidad más frecuentes es la obesidad tipo I con 34.69%. La prevalencia total fue 8.36% en pacientes adultos con trastornos mixto ansioso depresivo atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, durante el periodo del 2015-2019.

Palabras claves: obesidad, trastorno ansioso depresivo, estado nutricional

ABSTRACT

Objective: To determine the association of obesity with mixed anxiety depressive disorder in adult patients treated in the psychiatry service of the San Jose de Chinch hospital, period 2015-2019.

Materials and methods: An analytical, observational and retrospective research was carried out, with a case control design, correlational level, in a population of 232 medical records, and the sample size found by the epidat program was 49 cases and 49 controls, the screening instrument used for mixed anxiety depressive disorder is the Self the Reporting Questionnaire (SQR 18) and the technique used in this research was the collection of data obtained from medical records, entered into the program MS Excel and Stata 16 program for the statical analysis of Chi square and Odds ratio.

Results: Obesity represents a factor associated with mixed anxiety depressive disorder, with the value of $p < 0.001$ and the OR od 4.05 with a 95% CI:1.54-10.64. In patients with mixed anxiety depressive disorder, the median age was 42.5 years in both sexes, being 65.31% female, in occupation 71.43% were unemployed or housewife, for marital status 67.35% had a partner, in the degree of instruction 51.02% has completed secondary school, 93.88% in the residence belonged to the urban area and for the body mass index the average is 29.24kg/m². 34.69% of the patients had type I obesity. The prevalence of mixed anxiety depressive disorder in 2015 was 4.38%, 7.31% in 2016, 14.44% in 2017, in 2018 it was 11.53% and in 2019 it was 3.75%.

Conclusions: In the study it is observed that obesity is associated with mixed anxiety depressive disorder, this result is statically significant (p value < 0.05). There is no significant scientific evidence of sociodemographic factors (p value > 0.05). The most frequent type of the obesity is type I obesity with 34.69%. The total prevalence was 8.36% in adult patients with mixed anxiety depression treated in the psychiatry service of the San Jose de Chinch, during the period 2015-2019.

Key words: obesity, depressive anxiety disorder, nutritional status

INTRODUCCIÓN

La presente investigación busca determinar si la obesidad es un factor asociado al trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes adultos, con la finalidad que se desarrolle programas de salud mental de prevención, promoción, que sean eficaces y oportunas para su diagnóstico.

Esta tesis se encuentra dividido en 5 capítulos:

En el capítulo I, se presenta el planteamiento del problema sobre los factores epidemiológicos, los factores asociados a la obesidad que podrían estar relacionados al trastorno mixto ansioso depresivo, también se plantea la justificación, las limitaciones, el propósito del estudio y como último se trazan los objetivos a lograr.

En el capítulo II, se detallan los antecedentes, que sirvieron de guía para el diseño y la selección de las variables estudiadas en este trabajo, se encuentra el marco teórico que contiene la información acerca de la obesidad y factores asociados al trastorno mixto ansioso depresivo, y por última las bases teóricas.

En el capítulo III, se define la metodología del estudio, el diseño metodológico, la población y muestra utilizada para realizar la investigación, se describe las técnicas e instrumento para la recolección y procesamiento de datos.

En el capítulo IV, se presentan los resultados, con sus interpretaciones y respectivas discusiones.

En el capítulo V, está conformado por las conclusiones obtenidas del estudio y las recomendaciones de la investigación.

Finalmente, se presenta la bibliografía consultada para realizar esta investigación, así como los anexos, en donde se encuentran los instrumentos utilizados.

ÍNDICE

ASESOR	II
AGRADECIMIENTO.....	III
DEDICATORIA.....	IV
RESUMEN	V
ABSTRACT	VI
INTRODUCCIÓN	VII
ÍNDICE	VIII
LISTA DE TABLAS.....	X
LISTA DE GRÁFICOS.....	XI
LISTA DE ANEXOS	XII
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA.....	13
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	15
1.2.1 PROBLEMA GENERAL	15
1.2.1 PROBLEMA ESPECÍFICO	16
1.3 JUSTIFICACIÓN	16
1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO	17
1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	18
1.6 OBJETIVOS	18
1.6.1 OBJETIVO GENERAL	18
1.6.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	18
1.7 PRÓPOSITO	19
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	20
2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS	20
2.2 BASES TEÓRICAS	26
2.3 MARCO CONCEPTUAL	37
2.4 HIPÓTESIS	38

2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL.....	38
2.4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICA.....	39
2.5 VARIABLES	39
2.6 DEFINICIÓN DE CONCEPTO OPERACIONALES.....	39
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	42
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO.....	42
3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	42
3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	43
3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	43
3.3 TÉCNICA Y INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46
3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	46
3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS	46
CAPÍTULO IV: ANALISIS DE RESULTADOS	48
4.1 RESULTADOS.....	48
4.2 DISCUSIÓN	54
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	58
5.1 CONCLUSIONES.....	58
5.2 RECOMENDACIONES	59
BILIOGRAFÍA.....	60
ANEXOS	70

LISTA DE TABLAS

TABLA N° 1	48
-------------------------	----

La Obesidad es un factor asociado al trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chíncha, periodo 2015-2019

48

TABLA N° 2	48
-------------------------	----

Las características sociodemográficas de los pacientes adultos con trastornos mixto ansioso depresivo atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chíncha, periodo 2015-2019

49

TABLA N° 3	51
-------------------------	----

La frecuencia y tipos de obesidad en pacientes adultos con trastornos mixto ansioso depresivo atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chíncha, periodo 2015-2019

51

TABLA N° 4	52
-------------------------	----

La frecuencia del trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chíncha, periodo 2015-2019.....

53

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: La frecuencia y tipos de obesidad en pacientes adultos con trastornos mixto ansioso depresivo atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, periodo 2015-2019	52
GRÁFICO 2: La prevalencia del trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, periodo 2015-2019	54

LISTA DE ANEXOS

ANEXO N° 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	71
ANEXO N° 2: CUESTIONARIO SRQ18	73
ANEXO N° 3: FORMATO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	74
ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA	76
ANEXO N° 5: APROBACIÓN DE CÓMITE DE ÉTICA	81
ANEXO N° 6: CONSTANCIA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA	82
ANEXO N° 7: VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS	83

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los trastornos mentales y la obesidad son problemas muy prevalentes de salud pública a nivel mundial cuya prevalencia de sobrepeso es de 39% y de obesidad es de 13% en la población adulta mayor de 18 años siendo un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades no transmisibles, que son consideradas mayor morbimortalidad en el mundo.⁽¹⁾ La frecuencia de ansiedad tiene OR de 1,30 en pacientes obesos con un 95% de intervalo de confianza evidenciándose que la obesidad y el sobrepeso se asocian positivamente a la ansiedad.⁽²⁾ Existe una asociación significativa entre la obesidad y los trastornos de ansiedad que son frecuentes en el sexo masculino con un OR de 1,50 a diferencia del sexo femenino que se encontró una asociación de 6,27; concluyéndose que existe una asociación positiva.⁽³⁾

Actualmente es uno de los problemas más importantes del sistema de salud. El sobrepeso y la obesidad son resultados de dicha interacción de diversos factores genéticos que se pueden heredar de fenotipos que están asociados a la obesidad como el peso corporal, el porcentaje de grasa corporal y las concentraciones circulantes de los adipocitos.⁽⁴⁾ En los factores metabólicos aumentan el riesgo relativo de que se presenten comorbilidades como la diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia ⁽⁵⁾ y el desarrollo de cardiopatías, insuficiencia cardíaca, infartos, trombosis o problemas de circulación en miembros inferiores.⁽⁶⁾ En los factores ambientales y conductuales hace referencia a la menor actividad física, el estilo de vida sedentaria, la ingesta de alimentos, los hábitos alimenticios, la presión social, y factores predisponentes de obesidad como padres obesos, bajo nivel socioeconómico y el estrés.⁽⁷⁾

La obesidad es una epidemia mundial, la investigación realizada sobre los síntomas de la obesidad y ansiedad presentan mayor riesgo de tener problemas de salud que se manifiestan a menudo con la discriminación por su peso y estigmas sociales, estos factores de estrés social aumentan el riesgo de 1,5 veces de presentar resistencia a la

insulina, entre aquellos pacientes que presentan indicios de síntomas de ansiedad social.⁽⁸⁾

El trastorno mixto ansioso depresivo es el principal trastorno de salud mental diagnosticado en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, lo cual fue documentado en un estudio piloto previo realizado por la misma autora (a través de historias clínicas revisadas del 2015-2019). Así mismo en la región Ica según el estudio realizado por Sauñe el 58% presentan ansiedad de intensidad leve, además el 56% de sexo femenino se presentan con mayor frecuencia. siendo al 45% empleados y el 89% presentan una enfermedad crónica.⁽⁹⁾ En el Perú, el trastorno mixto ansioso depresivo es la patología que se presenta con mayor frecuencia y que se diagnostica dentro de los trastornos afectivos, considerándose que de 100 habitantes 10 padecen de trastorno mixto ansioso depresivo, y solo una de cada cuatro personas que acuden a la atención primaria tiene un trastorno mental diagnosticado.⁽¹⁰⁾ En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) los trastornos psiquiátricos tienen una prevalencia de 1,9% que no son diagnosticado oportunamente.⁽¹¹⁾ De acuerdo al Ministerio de Salud el trastorno mixto ansioso depresivo afecta a una de cada tres personas representando 41,9% de los casos de incapacidad en las mujeres y en los hombres el 29,3% estimándose que en el 2020 fue la segunda causa más frecuente de enfermedad,⁽¹²⁾ afectando alrededor de toda la población peruana a 6 millones de pacientes que requieren de atención médica y aproximadamente el 20% presenta trastornos de depresión y ansiedad.⁽¹³⁾ El trastorno mixto ansioso depresivo, en la atención primaria es frecuente y en la población general se presenta con mayor prevalencia, siendo inusual que soliciten atención médica en los pacientes afectados.⁽¹⁴⁾ Se estimó que aproximadamente el 10% de la población mundial padece de algún trastornos de ansiedad, y solo un 27,6% recibe tratamiento⁽¹⁵⁾, su prevalencia a nivel mundial en el 2015 con trastornos de ansiedad fue de 3,6%, siendo más frecuente en las mujeres un 4,6%, a diferencia de los hombres con una prevalencia de 2,6%.⁽¹⁶⁾ En las Américas, es el segundo trastorno mental que se presenta con mayor discapacidad son los trastornos de ansiedad según la Organización Panamericana de la Salud. ⁽¹⁶⁾ Se evidenció que un 7.7% de la población femenina sufre de trastornos de ansiedad.⁽¹⁷⁾ El sobrepeso junto con la obesidad aumenta el riesgo de desarrollo de enfermedades no

transmisibles, la prevalencia del sobrepeso y obesidad representa 62.5% siendo el género femenino frecuente .⁽¹⁷⁾

El factor de riesgo para las enfermedades no trasmisible es la obesidad, presentando mayor morbimortalidad en el mundo.⁽¹⁸⁾ La Organización Mundial de la Salud define a la obesidad, un incremento de grasa excesiva que afecta la salud. La población de adultos con sobrepeso en el 2016 fue de 1900 millones y afectó a 6500 millones de pacientes con obesidad.⁽¹⁹⁾ En el 2020 se duplico la población de pacientes obesos en comparación con los de bajo peso, y el 40% del total de la población en el 2030 presentará sobrepeso y la quinta parte serán pacientes obesos.⁽¹⁸⁾ La obesidad tiene una prevalencia de tres veces mayor en los sujetos con trastornos mentales severos; siendo la obesidad un factor predictor de numerosos trastornos mentales, principalmente en la depresión y ansiedad que son frecuentes, teniendo una prevalencia global de 10-15% y estimándose que más del 15% de la población con enfermedades cardiovasculares tienen repercusiones en su salud mental. El sobrepeso y la obesidad es predominante en Lima Metropolitana y en la Costa Peruana, observándose la mayor prevalencia en el departamento de Madre de Dios un 77,4%, Tacna 75%, Ica representa un 73,1%, Lima 70,4% y Tumbes 70% por el incremento de sedentarismo y las inadecuadas costumbres dietéticas.⁽²⁰⁾ Las enfermedades mentales y cardio metabólicas tienen un severo impacto afectando a los pacientes su calidad de vida, siendo los trastornos mentales la primera discapacidad a nivel mundial.⁽²¹⁾

Por lo expuesto este estudio buscará la relación entre el trastorno mixto ansioso depresivo y la obesidad como un factor de riesgo en el hospital San José de Chíncha donde se evidenció la alta prevalencia.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Existe asociación entre trastorno mixto ansioso depresivo y la obesidad en pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chíncha, periodo 2015-2019?

1.2.1 PROBLEMA ESPECÍFICO

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes adultos con trastornos mixto ansioso depresivo atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chíncha, período 2015-2019?
- ¿Cuál es la frecuencia y tipos de la obesidad en pacientes adultos con trastorno mixto ansioso depresivo atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chíncha, periodo 2015-2019?
- ¿Cuál es la prevalencia del trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chíncha, periodo 2015-2019?

1.3 JUSTIFICACIÓN

Justificación teórica:

El trastorno mixto ansioso depresivo asociado a la obesidad es un problema de salud físico y mental; la obesidad, este desorden metabólico es una enfermedad multifactorial no transmisible que desencadena otras patologías según etapas de vida, no solo afectando en los cambios somáticos, sino que también afecta la salud mental produciendo muchas veces cambios negativos, dificultad para establecer relaciones interpersonales, desequilibrio e inestabilidad que van a generar deficiencias en su estado de salud, convirtiéndose más vulnerable a manifestar síntomas ansioso depresivos que suelen ser no detectados a tiempo y puede generar consecuencias a mediano y largo plazo.⁽²²⁾ Por lo que es importante desarrollar medidas eficaces tempranas para su diagnóstico, permitiendo intervenir en el primer nivel de atención abordando la salud mental paralelo a su obesidad y que se realice una valoración integral, mediante herramientas que sean factibles con el objetivo que se detecte de forma oportuna, brindando información y que se derive al especialista correspondiente.⁽²³⁾

Justificación práctica: El trastorno mixto ansioso y depresivo, la obesidad, son considerados problemas de salud pública.⁽²⁴⁾ ⁽²⁵⁾ La Organización Panamericana de la

Salud (OPS), refiere que los trastornos de ansiedad y depresión son el segundo trastorno con mayor discapacidad en las Américas. ⁽²⁶⁾

El presente estudio es relevante porque permitirá conocer si la obesidad es un factor de riesgo para adquirir trastorno mixto ansioso depresivo. Así mismo la información servirá para plantear hipótesis para futuras investigaciones que contribuyan a prevenir los trastornos mentales en pacientes con obesidad.

No se han encontrado datos o publicaciones de los trastornos mixto ansioso depresivo asociado a la obesidad en Chincha ni en la región de Ica.

Los trastornos de ansiedad y la obesidad afectan los aspectos de vida de una persona, para prevenir estos problemas de salud mental se debe promover programas que promueven hábitos saludables, fomentando la búsqueda de ayuda profesional liberando el estigma en salud mental, se debe considerar la posibilidad de detención temprana de los trastornos mentales con el fin de obtener un tratamiento precoz y oportuno.

Justificación social:

Las personas que padecen de obesidad pueden presentar problemas emocionales como la baja autoestima, discriminación, ansiedad y depresión, además los factores sociales y culturales pueden influir en el estado de ánimo manifestándose los trastornos de ansiedad, siendo la obesidad no sólo el aumento de grasa corporal, sino de un conjunto de alteraciones fisiológicas, musculoesqueléticas y psicológicas que limitan y condiciona la vida de la persona siendo alteraciones incapacitantes para el normal desarrollo del individuo. El trastorno mixto ansioso depresivo y su estrecha relación con la obesidad ocasionan una pérdida monetaria en la bolsa familiar de cada uno de los pacientes y un gasto de los recursos de salud que con una buena prevención se pueden erradicar. ⁽²⁷⁾

⁽²⁸⁾

1.4 DELIMITACIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

- **Delimitación espacial:** En el Hospital San José de Chincha, en el servicio de psiquiatría.

- **Delimitación temporal:** Durante el periodo 2015-2019.
- **Delimitación social:** Pacientes del servicio de psiquiatría con diagnósticos de trastorno mixto ansioso depresivo y pacientes mentalmente sanos.
- **Delimitación conceptual:** La investigación analizará si la obesidad es un factor asociado al trastorno mixto ansioso depresivo en adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chíncha, período 2015-2019.

1.5 LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

- La utilización de una fuente de datos secundarias limitará la asociación de variables intervinientes que pudieron haberse estudiado.
- Al hacer un estudio de casos controles, puede no permitir evaluar la temporalidad de los eventos, por lo cual no podremos hallar la casualidad, pero si nos permitirá elaborar hipótesis para futuras investigaciones.
- Puede haber sesgo de información porque se tomará datos de historias clínicas, mismos que no se podrán corroborar.

1.6 OBJETIVOS

1.6.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación de la obesidad con el trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chíncha, periodo 2015 - 2019

1.6.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Conocer las características sociodemográficas de los pacientes adultos con trastorno mixto ansioso depresivo atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chíncha, periodo 2015 - 2019
- Establecer la frecuencia y tipos de la obesidad en pacientes adultos con trastornos mixto ansioso depresivo atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chíncha, periodo 2015 - 2019

- Determinar la prevalencia del trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, periodo 2015 – 2019

1.7 PRÓPOSITO

La importancia radica que se promueva futuras investigaciones a nivel nacional e identificar las implicancias que estas tienen a nivel económico, familiar, laboral y social con el objetivo que de que se desarrolle programas de salud mental de prevención, promoción, que sean eficaces y oportunas para su diagnóstico.

Los resultados que sirvan para investigaciones futuras y se conviertan en el sustento para el desarrollo de políticas de salud pública y que favorezca al mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo y reducir las comorbilidades del aumento de índice de masa corporal.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

NACIONALES

Serrano B. (2015), realizó un estudio de casos y controles sobre “Trastornos de Ansiedad Generalizada como factor de riesgo para obesidad en pacientes adultos del Centro de Atención Primaria II Otuzco – Essalud 2014”, siendo su objetivo determinar si existe asociación entre la obesidad y el trastorno de ansiedad generalizada, con una muestra de 180 participantes entre las edades de 18 a 60 años.

Se obtuvieron como resultado que de los 45 pacientes obesos solo 31 representan el 68.9% de ansiedad generalizada, y del grupo control el 69.44% de los participantes presentan sobrepeso asociado a trastorno de ansiedad generalizada, siendo el grupo etario con mayor frecuencia entre los 45 a 60 años predominando el sexo masculino.

Se concluyo que los trastornos de ansiedad generalizada es factor de riesgo para pacientes adultos con obesidad.⁽²⁹⁾

Estos resultados contribuyen al estudio, que en los pacientes adultos si existe asociación entre el trastorno de ansiedad generalizada y la obesidad.

Alcántara S. (2016), realizó un estudio transversal, sobre “Factores relacionados al sobrepeso y obesidad en pacientes atendidos en la Unidad de Medicina Complementaria del Hospital II Vitarte”, siendo su objetivo determinar en los pacientes con índice de masa corporal mayor e igual que 25 cuales son los factores relacionados a su diagnóstico.

Se obtuvo como resultado que un 24% representa obesidad y el 40.5% sobrepeso, siendo el grupo poblacional con más de 10 años de enfermedad y el género que se presentó con mayor frecuencia es el sexo femenino 71.4%.

Se concluyo que la obesidad está relacionada con el grupo etario menor de 64 años, es frecuente en el sexo femenino, siendo un desencadenante para el inicio de enfermedades crónicas como la diabetes mellitus e hipertensión arterial. Por otro lado

el sobrepeso estuvo asociado pacientes con trastorno de ansiedad, siendo el género masculino más frecuente.⁽³⁰⁾

Estos resultados nos permiten, develar la existencia de una posible asociación entre el estado nutricional y los trastornos de ansiedad. Asu vez nos permite, suponer que este trastorno está presente, con mayor frecuencia, entre el sexo femenino más que en los varones; por lo que es de gran importancia tener en cuenta este estudio, por dicha asociación y el efecto que puede tener en nuestra población, la cual está adversa a muchos factores psicosociales.

García M. (2017), realizó un estudio analítico, observacional, retrospectivo de casos y control, sobre “Trastorno de Ansiedad Generalizada como factor asociado a obesidad en pacientes adultos del hospital Belén de Trujillo”, siendo su objetivo determinar si el trastorno de ansiedad generalizada es un factor asociado a la obesidad, su muestra consistía en 168 pacientes entre las edades de 18 a 60 años presentándose 2 grupos con y sin ansiedad.

Se obtuvo como resultado que en el grupo con obesidad de 45 pacientes el 26% presenta trastornos de ansiedad generalizada, y solo un 10% de los pacientes no obesos presentan trastornos de ansiedad generalizada.

Se concluyo que los pacientes con ansiedad generalizada tienen un índice de masa corporal mayor a diferencia de aquellos que no presentan un trastorno mental.⁽³¹⁾

Estos resultados contribuyen al estudio debido que la ansiedad es un factor de riesgo asociado a la obesidad.

Mujica R. (2017), realizó un estudio transversal, sobre “Relación de obesidad, sedentarismo, y ansiedad con los estilos de vida del Centro de Atención de Medicina Complementaria del Hospital Víctor Lazarte Echegaray – Trujillo del año 2017”.

Su muestra fueron pacientes adultos que acudieron a consultas externas presentando ansiedad, obesidad y estilos de vida no saludables, siendo su objetivo formar hábitos saludables y lograr que el paciente participe en actividades de rehabilitación. Obteniéndose, como resultado de las terapias recibidas, mejoría en los estilos de vida

saludables, identificando y evidenciando estresores que desencadenan episodios de ansiedad, en la muestra participante.

Finalmente, este estudio concluye que la medicina complementaria, comprendida con el ejercicio físico, la alimentación saludable, el adecuado control de estrés favorecen la atención integral y una evolución favorable de los pacientes incluidos en el estudio.⁽³²⁾

Estos resultados, permiten evaluar los posibles beneficios de la terapia de medicina complementaria en pacientes obesos con trastorno de ansiedad. Dando resultados positivos para el desarrollo social, mental y corporal en la población. Por lo que nos permite suponer, que es necesario la implementación de estrategias que mejoren los estilos de vida en el I nivel de atención del sistema integral de salud, logrando un bienestar en el cuerpo y en la mente de nuestra población.

Matías R., Villanueva A. (2019), realizaron un estudio descriptivo, transversal sobre “Frecuencia de depresión y ansiedad no diagnosticadas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a consulta externas de un hospital general de Lima, Perú”, siendo su objetivo determinar en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 la frecuencia que se presenta la depresión y ansiedad en pacientes no diagnosticados, su muestra de estudio fue de 327 participantes.

Se obtuvo que los trastornos de depresión y ansiedad se encuentran relacionados al suicidio; en relación al sexo, el 39.9% de los pacientes presentaron mayor frecuencia de ansiedad, y en la ocupación presentaron más síntomas de ansiedad los pacientes que son trabajadores dependientes.

Se concluyo, la cuarta parte de los pacientes presentaron depresión 23.9%y 33,7% ansiedad. Se encontró, que el género más frecuente es el femenino, la depresión y ansiedad está relacionada a la edad. Según el estudio, pasan mayor hora en su domicilio es el género femenino, obteniendo como resultado malos hábitos de alimentación y una menor actividad física, además presentan cambios en su bienestar general las pacientes después de los 50 años debido al factor hormonal. Según su ocupación se encontró que los trabajadores dependientes que presentaban dificultades financieras, estado de

pobreza y otros problemas económicos, presentaban una mayor asociación de desarrollar ansiedad.⁽¹¹⁾

Los resultados, presentados en este estudio nos permiten aseverar la existencia de una asociación entre la ansiedad y diferentes factores que, sumados a la depresión, generan un obstáculo para la salud pública y es importante que en los niveles de atención de nuestro sistema de salud. Por otro lado, se encontró, con este estudio una asociación significativa entre la ansiedad y DM tipo 2, a su vez nos menciona la asociación entre la ansiedad y el sexo femenino. Estos resultados, nos permiten sumar a lo ya mencionado en los estudios anteriores, realizados en otras regiones de nuestro país. Por consiguiente, no da una luz de que se debe seguir estudiando y encontrando mejores técnicas para la prevención, diagnóstico oportuno y manejo de esta patología que involucra no solo la salud mental de nuestra población, sino que también se ve asociada a otras características que muchas veces no son tomadas en cuenta en nuestro debilitado sistema de salud.

INTERNACIONALES

Reyes L., Betancur J. (2015), realizaron un estudio no experimental, correlacional y transversal sobre “Ansiedad y Depresión en personas con obesidad de Paraguay”, siendo su objetivo identificar la relación de depresión y ansiedad en pacientes con obesidad, su muestra fue de 98 participantes.

Se obtuvo como resultado que los pacientes que no recibían tratamiento para la obesidad presentaban mayores puntuaciones en la ansiedad en relación con quienes recibían tratamiento, siendo el sexo femenino predominante y presentándose en menores de 30 años. La obesidad aumenta el riesgo de depresión y que quienes no son el principal soporte de su hogar presentan niveles mayores de síntomas depresivos,

Se concluyó en este estudio que se encontraron correlaciones positivas entre ansiedad y depresión. Se debe resaltar que este estudio se realizó en una muestra de pacientes con obesidad (IMC>30), encontrándose la asociación mencionada anteriormente; además se demostró que para dicha muestra el sexo femenino es el grupo que presenta mayores correlaciones.⁽²⁷⁾

Dicho estudio nos demuestra que en una población con obesidad la asociación entre ansiedad y depresión, ya sea por factores culturales o sociales, van de la mano. Como ya se mencionó, el sexo femenino es el que más se encuentra involucrado en dicha asociación. Sin embargo, estos datos se deben tomar con pinzas debido a que una muestra pequeña, que además es social y culturalmente distinta a la realidad de nuestro país, no se debe extrapolar para toda una población. Por lo que es necesario el estudio de este problema de salud y demostrarlo para nuestra comunidad.

Parodi C. (2015), realizó un estudio observacional, descriptivo, de corte transversal sobre “Ansiedad, Depresión y Trastorno de la imagen corporal en pacientes que consultan en la unidad de obesidad del Hospital de Clínicas”, siendo su objetivo determinar en los participantes que consultan en la Unidad de obesidad la presencia de psicopatología.

Se obtuvo como resultado que el 88,4 representa al sexo femenino y el 43% presentan obesidad mórbida siendo más frecuente en las edades entre los 40 a 49 años, es prevalente la ansiedad en el 18,8%, seguido de 8,7% de pacientes con depresión y el trastorno de imagen corporal representa un 44,9%

Se concluyó en este estudio que el género femenino se presenta con mayor prevalencia comparado con el género masculino en el estudio que se atendían por obesidad en dicho centro de salud.⁽³³⁾

Estos resultados se suman a los ya mencionado anteriormente y refuerzan, la asociación que existe en los pacientes con ansiedad y trastorno de imagen corporal; a su vez, se vuelve a demostrar que esta correlación tiene mayor fuerza de asociación en el grupo de sexo femenino que en el grupo del sexo masculino. Esto permite pensar que se debe evaluar con mayor integridad al grupo de mujeres y con riesgo obesidad o presencia de obesidad, el posible desarrollo de trastornos de ansiedad.

Salazar D., Castillo T. (2016), realizaron un estudio descriptivo, transversal sobre “Ansiedad, Depresión y Actividad Física asociados a sobrepeso/obesidad en estudiantes de dos Universidades Mexicanas”, siendo su objetivo identificar la prevalencia de

sobrepeso y obesidad y la asociación en los trastornos de ansiedad, depresión y la actividad física.

Se obtuvo como resultado un índice de masa corporal de 32.4%, manifestándose con mayor frecuencia un 38.5% en el sexo masculino, en el sobrepeso, obesidad y el aumento de apetito debido al estrés, la ansiedad y tristeza existe asociación estadística.

Se concluyó que los estudiantes universitarios del área de salud que presentan ansiedad, depresión debido a la ingesta excesiva y a una menor actividad física predispone a la obesidad y al sobrepeso, además pueden presentar mayores episodios ansiosos – depresivos que aquellos que presentar un mejor estilo de vida. ⁽³⁴⁾

Estos resultados contribuyen al estudio que las alteraciones emocionales, y los síntomas relacionados al trastorno de ansiedad y depresión, se encuentran fuertemente asociados con el estilo de vida. Con lo que nos da una idea que dicha variable, sea el pilar de un buen manejo preventivo y focalizado para nuestra población en general. Con ellos nos da pie a seguir investigando y develando la existencia de dicha asociación entre los trastornos mentales y alteraciones en el estado nutricional.

Pereira R., Velásquez X. (2019), realizaron un estudio observacional, descriptivo, transversal sobre “Depresión y Ansiedad y su relación antropométrica de los pacientes en rehabilitación cardiaca fases I, II”, siendo su objetivo identificar en los pacientes la relación entre los niveles de depresión, ansiedad y el sobrepeso, obesidad, con una muestra de 50 pacientes.

Se obtuvo como resultado que el 66% eran de sexo masculino y la edad promedio era de 63,8 con diagnósticos post operatorios. Representando que el 36%, del grupo de varones, presentó un estado de depresión durante el estudio y, en segundo lugar, episodios de ansiedad en un 30% para la misma muestra

Se concluyó, que entre la ansiedad, el normopeso, y la obesidad existe una correlación moderada leve, similar a la depresión con el sobrepeso.⁽³⁵⁾ Por otro lado, se evidencia que el grupo con mayor asociación fueron los del grupo de varones, contrastante los

estudios anteriores que nos refieren que el grupo de sexo femenino, son los que más están asociados a los trastornos de ansiedad y depresión.

Este estudio nos permite enriquecer nuestro análisis, si bien se vuelve a encontrar una asociación entre la ansiedad y el estado nutricional de dichos pacientes, este análisis realizado en la ciudad de México, se encontró una asociación fuerte entre los varones de dicho estudio; contrastando con los trabajos realizados en otras partes, por lo que nos permite pensar de que existe una posibilidad que no solamente se presenta en el grupo del sexo femenino, sino que también las encontramos en los varones. Sin embargo, se debe tener en cuenta que estos pacientes tenían comorbilidad adicional, la cual era una patología cardíaca, además tomemos en cuenta que el análisis se tomó en una muestra pequeña, que no permite extrapolar dichos resultados, la cual puede que tenga sesgos poblacionales. Esto nos da pie a que debemos seguir investigando sobre dicha asociación y en tratar de mejorar nuestro manejo y detección temprana de los trastornos mentales y sus características sociodemográficas. Por lo que esto nos demanda nuevos análisis y la necesidad de mejorar nuestro sistema de salud, siendo más eficaz en los centros de primer nivel de atención, pues son ellos los que reciben un aproximado del 80% de nuestra población y que muchas son sobre diagnosticadas o desvalorizadas.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 OBESIDAD

a. Definición

La obesidad es un problema frecuente de la salud pública de nuestro tiempo consiste en la excesiva ganancia de peso como continuo equilibrio energético positivo, presentando un aumento en la morbilidad y la mortalidad. La obesidad sigue siendo un factor de riesgo para diversos trastornos frecuentes como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, es el resultado de comportamientos individuales asociados a patrones alimentarios, composición de la dieta, y gasto calórico energético.⁽³⁶⁾

La obesidad según la Organización Mundial de la Salud (OMS), debido al consumo excesivo de alimentos no saludables y menor actividad física va a resultar un desequilibrio como consecuencia de un excesivo depósito de grasa.⁽¹⁹⁾

La obesidad en la sociedad se incrementa de forma impresionante, considerándose enfermedad metabólica según la Sociedad Española para el estudio de la obesidad (SEEDO), su desarrollo están implicados múltiples factores ambientales como un menor gasto energético en las actividades físicas y un mayor consumo de energía.

b. Etiopatogenia

A causa del esparcimiento anómala de los depósitos corporales y los factores genéticos y ambientales resulta la obesidad.

- El factor genético representa en los pacientes adultos obesos 1,8% y en los niños obesos un 6% a causa del gen del receptor 4 de la melatonina manifestándose como obesidad monogénica dominante
- Intervienen múltiples factores entre ellos psicológicos, sociales además hormonal y bioquímicos en la ingesta de alimentos.
- La obesidad se manifiesta con la ingesta calóricas excesivas, siendo el estilo de vida, los hábitos alimenticios factores ambientales y sociales.

En su mecanismo fisiológico, la hormona que se sintetiza en el tejido adiposo es la leptina siendo su objetivo inducir a la saciedad fisiológica a diferencia de la estimulación del apetito y de la ganancia de peso es a causa de las hormonas como la ghrelina y el neuropéptido Y.⁽³⁷⁾

c. Fisiopatología

La obesidad es producto de la diferencia entre el gasto y el aporte de energía, el equilibrio entre ambos se debe al sistema nervioso, al aparato digestivo teniendo como los órganos principales al hígado, y el páncreas, siendo los carbohidratos gran aporte de energía, al consumir en exceso puede tener consecuencias convirtiéndose en grasas.

En la regulación del apetito participan diversos mecanismos, entre ellos se encuentran:

- Se encarga de la regulación del aumento de peso corporal y el control es el sistema nervioso parasimpática cuya función participa en la secreción de insulina incluyendo el vaciamiento gástrico.
- A nivel del sistema nervioso libera neurotransmisores que modulan la ingesta, también participan los estímulos como olfatorios y gustativos
- Los péptidos gastrointestinales son polipéptidos insulínotropo, que consisten en secretar insulina producto del aumento de glucosa en sangre. Estos péptidos dependen de glucosa y tiene como función actuar en el proceso de saciedad.
- El glucagón regula la ingesta de alimentos mediante el páncreas es sintetizado, y estimula al glucógeno que tiene como beneficio el catabolismo y la enterostatina que actúan disminuyendo la ingesta de grasa produciendo saciedad.
- La regulación del consumo de calorías y el control de la ingesta de alimentos es producto de los glucocorticoides suprarrenales.
- Se encarga de equilibrar la secreción hormonal y la termogénesis es el sistema neurovegetativo.⁽³⁸⁾

d. Diagnóstico

En los estilos de vida saludable existen múltiples factores presentes en la obesidad.

- En la historia clínica se identifican fármacos que aumenten el peso producto de los fármacos como los antidiabéticos, los estabilizadores del estado de ánimo, los antidepresivos y antiepilépticos, además en la obesidad existen causas secundarias como síndrome de ovario poliquístico, enfermedad tiroidea, y el síndrome de Cushing. El objetivo del tratamiento identificar los diversos factores y conductas que conllevan a la obesidad.

- Índice de masa corporal y perímetro abdominal, hay tres datos antropométricos fundamentales para hallar en el paciente el tipo de obesidad son el peso, el perímetro abdominal y finalmente la talla, calculándose con la fórmula peso (kg) / talla (m²), se puede utilizar para clasificar el estado ponderal.

Presentan mayor riesgo pacientes con enfermedades cardiovasculares y diabetes mellitus porque tienen una relación directa con el exceso de grasa abdominal, que se valora con la medición del perímetro cintura/cadera.

Este perímetro se debe realizar en la cresta iliaca y puede indicar en forma indirecta la presencia en las vísceras, el exceso de tejido adiposo.

- Cuadros patológicos relacionados, la valoración de enfermedades concomitantes debe establecerse en los síntomas iniciales que presenta el paciente, además de los factores de riesgo. Se debe iniciar exámenes laboratoriales sobre lípidos en ayunas, los niveles de triglicéridos, mas importantes medir la glicemia en ayunas y la presión arterial. Pacientes que presentan enfermedades cardiovasculares tienen un riesgo absoluto muy alto aumentan el grado de obesidad y de trastornos coexistentes.

El paciente puede llegar a frustrarse y no querer seguir con la pérdida de peso si es que el paciente no se encuentra listo para iniciar estilos de vida saludables. En la valoración se debe tener en cuenta la motivación y el apoyo con el que cuenta el paciente, acontecimientos estresantes, estado psiquiátrico, disponibilidad y limitación de tiempo, así como el establecimiento de objetivos y expectativas apropiados.⁽³⁹⁾

e. Complicación

La obesidad se asocia con múltiples complicaciones médicas resultando una morbilidad elevada al síndrome incluyendo una mortalidad prematura. Estas comorbilidades asociadas hacen que el paciente obeso presente una esperanza de vida menor en relación a los pacientes sanos.

Las principales formas de morbilidad asociadas a la obesidad:⁽⁴⁰⁾

- Enfermedades cardiovasculares como pacientes hipertensos, con insuficiencia cardiaca congestivas pueden coexistir la presencia de varices, arteriopatía coronaria.
- A nivel respiratorio: pacientes que presentan disnea, aquellos obesos que más frecuentes en las noches se inicia con una apnea obstructiva del sueño, además de un síndrome de pickwick.
- Enfermedades gastrointestinales como aquellos pacientes que presentan reflujo y esteatosis hepática no alcohólico, además de pacientes con cáncer de colon.
- A nivel locomotor, son pacientes con hiperuricemia, enfermedades articulares, pacientes con síndrome de túnel de carpo.
- En las enfermedades endocrinológicas, aquellos sujetos que presentan síndrome metabólico que puede desencadenar diabetes mellitus y dislipidemias, también coexisten con síndrome de ovario poliquístico.
- Aparato genitourinario: son pacientes que presentan incontinencia urinaria la mayor frecuencia es el esfuerzo, además de hipogonadismo, y aquellas mujeres con complicaciones durante la gestación.
- A nivel del sistema nervioso: apoplejía, demencia.
- En la esfera psicológica, los pacientes obesos presentan mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales, la ansiedad, la depresión, aquellos con trastornos de personalidad, pacientes trastorno obsesivo compulsivo y trastornos de la conducta de alimento son alteraciones mentales asociadas a la obesidad.^{(41) (42)}

f. Tratamiento

Las metas principales del tratamiento son mejorar los trastornos concomitantes resultantes de la obesidad, y disminuir el riesgo de enfermedades que pueden aparecer en el futuro. El objetivo del tratamiento consiste en cambios en los

estilos de vida saludables para el paciente obeso y además se pueden utilizar el uso de fármacos o de la cirugía.

- **Cambios en los estilos de vida**, siendo la obesidad un desequilibrio energético, es por ello que los sujetos deben identificar cómo, cuándo se gasta energía, además se presentan 3 fundamentales elementos que son cambios en los hábitos de la alimentación, realizar ejercicio físico y cambios conductuales.
- **Tratamiento en la dieta:** según la guía del National Heart and Blood Institute para el tratamiento de déficit calórico se debe iniciar con 500 a 1000 Kcal/día esto va resultar una pérdida de peso por semana de 0.5 a 1kg, siendo el objetivo que los sujetos reduzcan el consumo de calorías, para reemplazar el déficit calórico se puede ingerir porciones reducidas, incrementar a los estilos de vida frutas y verduras, en los almuerzos prepara carnes que contengan menor cantidad de grasa, evitar todo el consumo de frituras, y siempre restringir toda bebida con edulcorantes. La asesoría que se le brinda al sujeto debe ser realista, objetiva que logre alcanzar lo que se ha propuesto es decir la disminuir peso y tener estilos de vida saludable.
- **Tratamiento como actividad física:** para disminuir peso es ideal que el paciente realice cambios en sus estilos de alimentación y que tenga una rutina de ejercicios, es por eso que se indica realizar 150 min a la semana de actividad física o 75 minutos de aeróbicos, realizando 10 minutos como mínimo durante la semana según la Physical Activity Guidelines for Americans, además se recomiendan que durante su rutina cotidiana implementar actividad física como caminar, usar las escaleras.
Una estrategia útil podría ser pedirle al paciente que utilice un podómetro para medir la acumulación de pasos o las kilocalorías gastadas como parte de sus actividades cotidianas. El recuento de pasos guarda una relación muy cercana con el nivel de actividad.

Las recomendaciones de ejercicio son abrumadoras para muchos pacientes y necesitan ponerse en práctica de manera gradual, la consulta con un entrenador personal es ideal.

- **Terapia conductual:** La terapia cognitivo conductual se usa para ayudar a cambiar y reforzar las nuevas conductas alimentarias y de actividad física. Las estrategias consisten en técnicas de autovigilancia, manejo de estrés, control de estímulos, en los pacientes dar apoyo social, ayuda psicológica para solución de sus problemas, y especialmente la reestructuración cognitiva para que ellos tengan ideas, pensamientos realistas y positivos para poder estar listo a realizar y continuar con estilos de vida saludable. se recomiendan realizar en el estilo de vida cambios conductuales, y debe pedir al paciente que identifique qué, cuándo, en dónde y cómo se realizará el cambio conductual. La persona debe llevar un registro de los cambios conductuales previstos, de manera que se pueda revisar el avance en la siguiente consulta.
- **Farmacoterapia:** Farmacoterapia complementaria en sujetos con BMI mayor o igual $30\text{kg}/\text{m}^2$, o BMI mayor o igual a $27\text{kg}/\text{m}^2$ en personas con enfermedades desencadenadas por la obesidad y en aquellos sujetos que en los cambios de estilos de vida saludable no ha resultado tratamiento. Es ideal la administración de un fármaco contra la obesidad, ya que esto beneficia al paciente para que continúe y se le facilite estrategias, información, habilidades que le permiten facilitar continuar con programas que orienten los estilos de vida y aprovechar de manera eficaz el fármaco. Los fármacos contra la obesidad se han dividido en dos categorías principales: supresores del apetito y bloqueadores de grasas del tubo digestivo.
- **Cirugía:** La cirugía bariátrica en personas con obesidad grave BMI mayor o igual $40\text{kg}/\text{m}^2$, o en quienes tienen obesidad moderada BMI mayor o igual $35\text{kg}/\text{m}^2$ que acompaña algún trastorno médico grave. Las cirugías para pérdida de peso se han clasificado en tres categorías con base en los cambios anatómicos: restrictivos, con malabsorción restrictiva y

con malabsorción. Las cirugías restrictivas consisten en retrasar el vaciamiento gástrico resultando restricción en la cantidad de alimento que se consume.

Para la restricción malabsorción consiste en 3 procedimientos que son la derivación gástrica en Y de Roux, además de la biliopancreática con exclusión duodenal.

La tasa de mortalidad por cirugía bariátrica suele ser 1% pero varía con cada técnica, la edad del enfermo y las enfermedades concomitantes, así como la experiencia del personal quirúrgico.

Las complicaciones más frecuentes son estenosis del estómago o úlceras marginales que se manifiestan como náusea y vómito prolongados después de comer o la imposibilidad de avanzar a una dieta con alimentos sólidos. Estas complicaciones se tratan en forma típica mediante dilatación de endoscópica con balón y tratamiento de supresión ácida. En las personas que se someten a la colocación laparoscópica de banda gástrica ajustable no hay otras anomalías de la absorción intestinal más que la disminución mecánica del volumen del estómago y de su flujo de salida.

Los métodos con restricción - malabsorción aumentan el riesgo de padecer deficiencias de micronutrientes como vitamina B12, hierro, ácido fólico, calcio, vitamina D. Las personas que se someten a estos métodos combinados necesitan durante toda su vida de estos micronutrientes.⁽³⁹⁾

2.2.2 TRASTORNOS MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO

La ansiedad se describe como una señal de alerta, permite que el individuo adopte medidas para afrontar una amenaza, es un respuesta normal y adaptativa.

Estos trastornos de ansiedad representan al grupo de mayor predominio en los trastornos psiquiátricos, con mayor frecuencia se presentan de forma crónica, tienen una alta morbilidad significativa y al tratamiento son refractarios. Se identifican que para los criterios diagnóstico 1 de cada 4 sujetos presentan algún trastorno de ansiedad, representando a los 12 meses 17.7% de prevalencia

Los trastornos de ansiedad según el estudio realizado por National Comorbidity Study indica se presentan con mayor frecuencia en el género femenino y a lo largo de su vida un 30.5%, está más asociado a niveles socioeconómicos de recursos bajos.

Existen tres principales escuelas que han contribuido con las teorías sobre la ansiedad; la teoría psicoanalista considera que la ansiedad aparece en respuestas a diversas situaciones que se presentan durante la vida, la teoría conductual o del aprendizaje es aquella que se presenta ante una respuesta condicionada a un estímulo ambiental y las teorías existenciales se caracteriza en la ausencia de estímulos para explicar una sensación de ansiedad crónica.⁽⁴³⁾

a. Definición

Se define a la presencia de síntomas combinados de ansiedad y depresión, considerando que no logre justificar un diagnóstico único sobre ansiedad o depresión, siendo sus principales complicaciones son depresiones más graves con o sin intentos de suicidio.⁽⁴⁴⁾

b. Etiopatogenia

Existen múltiples factores de patologías que se presentan en los trastornos afectivos y de ansiedad, identificando en los pacientes factores más importante como los genéticos, biológicos, además de factores psicológicos y sociales. Se especifica que, en el sexo femenino, y en pacientes con trastornos de ansiedad con bajo nivel educativo se evidencian alteraciones neuro bioquímicas presentando algunas alteraciones en los neurotransmisores.⁽⁴⁴⁾

c. Patogenia

Los factores de los trastornos de ansiedad que intervienen:

- **Sistema nervioso autónomo:** la estimulación produce síntomas como la taquicardia, cefalea, diarrea, taquipnea, es decir involucra a los sistemas cardiovascular, respiratorio y gastrointestinal.

- **Neurotransmisores:** La noradrenalina, serotonina, y el ácido gamma aminobutírico (GABA) son considerados los tres neurotransmisores principales asociados a la ansiedad.
- **Noradrenalina:** los síntomas se presentan en reacción a la función noradrenérgica, generalmente se presentan en pacientes con un trastorno de ansiedad, como ataques de pánico, insomnio, sobresaltos e hiperactividad autónoma.
- **Eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal (HHS):** la liberación y el aumento de la síntesis del cortisol se producen por muchas formas en las que se presenta el estrés. El aumento excesivo y sostenido de cortisol conlleva a múltiples consecuencias adversas, como enfermedades cardiovasculares, articulares, generalmente estos pacientes van a presentar resistencia a la insulina, dislipidemia.
- **Hormona liberadora de la corticotropina:** la hormona liberadora de la corticotropina es un importante mediador que surge ante la respuesta de un estrés, inhibiendo diversas funciones como la ingesta de alimentos, la actividad sexual y los síntomas endocrinos del crecimiento y la reproducción.
- **Serotonina:** existen varios tipos de estrés agudo aumentan el recambio de la serotonina en la corteza prefrontal, el núcleo, la amígdala y el hipotálamo lateral.
- **GABA:** es específico porque va a actuar en el tratamiento de la ansiedad siendo los que potencian la actividad del GABA es el receptor gabaérgico de tipo A.
- **Neuropéptido Y:** el neuropéptido tiene efectos contrarreguladores sobre los sistemas de CRH y locus cerúleo noradrenalina son importantes para expresión de la ansiedad, el miedo y la depresión.
- **Galanina:** participa en diversas funciones fisiológicas y conductuales, incluyendo aprendizaje y memoria, control del dolor, ingesta de alimentos, control neuroendocrino, regulación cardiovascular y en la ansiedad.⁽⁴³⁾

d. Cuadro clínico

Se caracteriza por tener una duración más de un mes con un estado de ánimo persistente, siendo la combinación de síntomas ansiosos y depresivos, con la condición que ninguno se le diagnostico un diagnóstico definitivo de ansiedad y depresión.

Los síntomas que va a presentar el paciente y que interfieren en su vida cotidiana es la dificultad para concentrarse, suelen tener problemas para conciliar el sueño, para realizar sus actividades diarias se sienten cansados, agotados con falta de energía, son pacientes que se preocupan por todo, tiene un estado emocional muy lábil, fácilmente al llanto, presentan una autoestima baja muchas veces con sentimientos de desaliento que interfieren en el ámbito laboral, en su vida social que puede estar afectando. ⁽⁴⁴⁾

e. Diagnóstico

Según los criterios diagnósticos según el DSM -V, para que pueda ser diagnosticada con un trastorno mixto ansioso depresivo, se deben cumplir con los síntomas como encontrarse irritable, molesto la mayor parte del día, preocupación constante e intensa aún sin tener motivos reales para estar preocupado, dificultad para concentrarse en cualquier tipo de actividad y para aprender alguna habilidad nueva, tener problemas de sueño, experimentar cansancio y fatiga, tener pensamientos obsesivos negativos casi todo el día, encontrarse sumamente sensible y con ganas de llorar, sentimientos de baja autoestima, y preocupación excesiva por lo que va a ocurrir en el futuro y sentir la necesidad de protegerse. Estos síntomas se tienen que presentar al menos un mes seguido de un estado de ánimo depresivo y provocan en la persona que los padecen de un elevado grado de insatisfacción e infelicidad en una o más áreas de su vida.⁽⁴³⁾

f. Tratamiento

Se emplea los tratamientos psicológicos específicos como la terapias cognitivo conductuales y valorar los tratamientos farmacológicos previos. Si no se consigue

la remisión se debe tratar con los psicofármacos. El tratamiento farmacológico consiste en ansiolíticos, depresivos. Los medicamentos indicados son las triazolobenzodiazepinas como el alprazolam y los que actúan sobre los receptores serotoninérgico 5-HT como la buspirona. El antidepresivo eficaz para el tratamiento de la depresión, así como para el trastorno de ansiedad generalizada y aprobada por la FDA es la venlafaxina.⁽⁴³⁾

2.3 MARCO CONCEPTUAL

- El índice de masa corporal: Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es el indicador que se usa para el peso y la talla, donde se va a identificar en los pacientes con obesidad y sobrepeso. Su fórmula que se utiliza es kg/m^2 , siendo para la población útil para el índice de masa corporal mayor o igual que 25.⁽¹⁹⁾

Valores del índice de masa corporal (IMC)	
<= 18.5	Peso insuficiente
18.5 – 24.9	Normo peso
25 – 29.9	Sobrepeso
30 – 34.9	Obesidad tipo I
35 – 39.9	Obesidad tipo II
40 – 49.9	Obesidad tipo III
>= 50	Obesidad tipo IV

- **Instrumento de tamizaje para trastorno mixto ansioso depresivo:**
Se utiliza el cuestionario de Auto – report o Self Reporting Questionnaire (SRQ) que consiste en identificar los síntomas que presenta el paciente actuales o durante los últimos 30 días, y mediante el personal de salud es aplicada, siendo el SRQ-18 un cuestionario que reside de múltiples instrumentos que son muy fáciles de aplicarse y consta de 28 preguntas que son dicotómicas (“sí” o “no”).⁽⁴⁵⁾ (Ver Anexo N° 02)

- **Trastorno mixto ansioso depresivo:** Se manifiesta en pacientes con ansiedad y síntomas depresivos que no cumplen con los criterios diagnósticos de trastorno de ansiedad o trastorno de depresión.

Se presentan en pacientes con síntomas depresivos dos terceras partes de ellos resultan con síntomas de ansiedad y finalmente una tercera parte presenta trastorno de pánico.

Se caracterizan por síntomas de hiperactividad del sistema nervioso autónomo, como los síntomas digestivos, son las principales causas que se presentan en niveles de atención de salud especialmente primaria.

Estos criterios diagnósticos tienen que presentar síntomas de ansiedad, depresión y síntomas vegetativos como las palpitaciones, sequedad de boca, temblor.

El diagnóstico diferencial se realizará con otros trastornos de ansiedad, depresión, trastornos de la personalidad y los signos prodrómicos de la esquizofrenia pueden considerarse como un cuadro mixto de ansiedad y depresión en el inicio eventual de los síntomas psicóticos.

La anamnesis, la exploración del estado mental, el conocimiento práctico de los criterios específicos pueden ayudar a diferenciar entre estos trastornos y durante la evolución de la enfermedad, los síntomas de ansiedad o depresión pueden predominar de forma alternativa.⁽⁴³⁾

2.4 HIPÓTESIS

2.4.1 HIPÓTESIS GENERAL

Hipótesis nula

- No existe asociación entre trastorno mixto ansioso depresivo y la obesidad en pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, período 2015-2019

Hipótesis Alterna

- Existe asociación entre trastorno mixto ansioso depresivo y la obesidad en pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chíncha, período 2015 - 2019

2.4.2 HIPÓTESIS ESPECÍFICA

- Los tipos de la obesidad están asociados al trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chíncha, periodo 2015-2019
- El trastorno mixto ansioso depresivo es frecuente en los pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chíncha, período 2015-2019.

2.5 VARIABLES

Variable independiente

- Tipos de Obesidad

Variable dependiente

- Trastorno Mixto ansioso depresivo

Variables intervinientes

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Ocupación
- Grado de instrucción
- Procedencia

2.6 DEFINICIÓN DE CONCEPTO OPERACIONALES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala	Fuente
Variable dependiente Trastorno mixto ansioso depresivo	Ansiedad y preocupación excesiva sobre actividades	Variable cualitativa medida en escala nominal dicotómica	Si No	Nominal	Ficha de recolección de datos
Variable Independiente Tipos de obesidad	Índice de masa corporal resultado kg/m ²	Variable cuantitativa	Bajo peso Normal Sobrepeso Obesidad -Grado I -Grado II -Grado III -Grado IV	Ordinal	
Variables intervinientes Edad	Es el tiempo que vive el sujeto	Variable numérica medida en escala de razón	Razón	
Sexo	Género que pertenece	Variable cualitativa medida en escala nominal dicotómica	Masculino Femenino	Nominal	

Estado civil	Es la unión de personas con fines de vida común	Variable cualitativa medida en escala nominal politómica	Casada Soltera Conviviente Divorciada Viudo	Nominal
Ocupación	trabajo que una persona realiza	Variable cualitativa medida en escala nominal politómica	Ama de casa empleado Estudiante Otro- independiente	Nominal
Grado instrucción	Estudios realizados	Variable cualitativa medida en escala politómica	Sin instrucción Primaria Secundaria Técnica Superior	Ordinal
Procedencia	Lugar donde habita	Variable cualitativa medida en dicotómica	Urbano Rural	Nominal

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

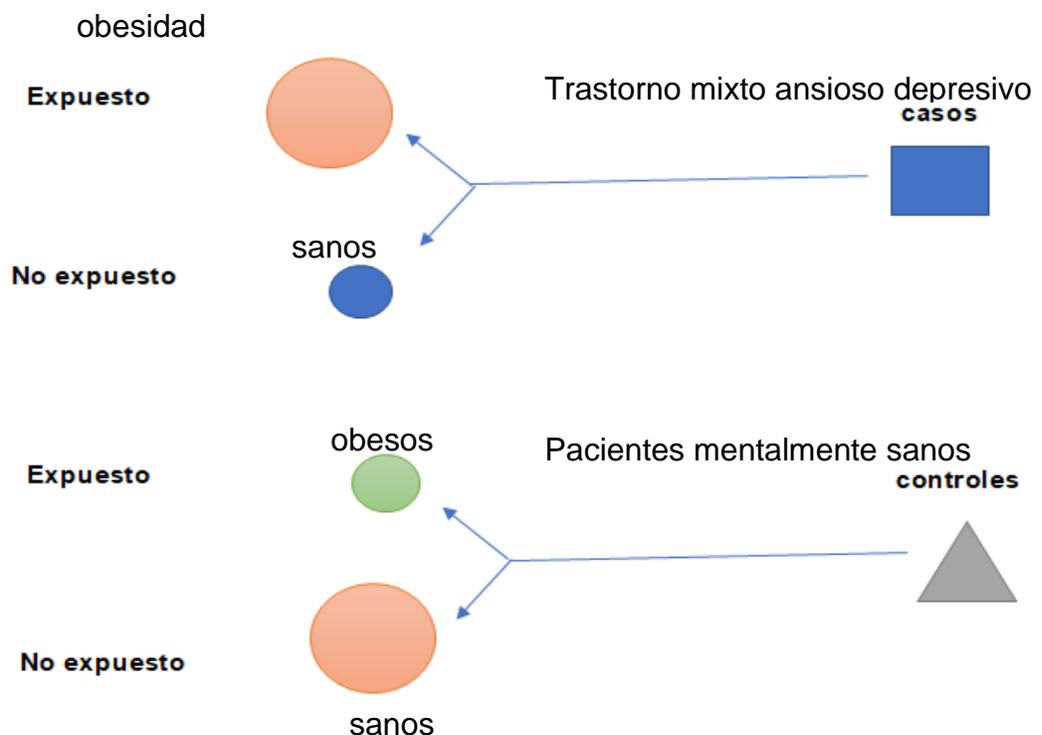
3.1 DISEÑO METODOLÓGICO

3.1.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Es un estudio analítico, observacional y retrospectivo según Hernández Sampieri ⁽²²⁾ porque indica la comparación de grupos respecto a la exposición previa de los factores para determinar la etiología de la enfermedad en estudio, explora la correlación que existe entre las variables vinculadas y utiliza el registro de los datos que ocurrieron en el pasado.

Diseño de investigación

Casos y controles, es un estudio que tiene como finalidad revelar una asociación entre exposición y un resultado, pero no explica causalidad, se pueden originar hallazgos importantes en un período respectivamente corto y es útil para obtener datos de seguimiento que son difíciles de conseguir debido a la naturaleza de la población que será estudiada. ⁽⁴⁶⁾⁽⁴⁷⁾



3.1.2 NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Este trabajo es de nivel correlacional, para Hernández Sampieri ⁽²²⁾, este tipo de estudio tiene como objetivo determinar la relación o el grado de asociación que pueda existir entre dos variables o más en una muestra o en un contexto específico, siendo su utilidad determinar el comportamiento de las variables vinculadas y predecir el valor aproximado con mayor o menor exactitud que se obtendrá en una variable.

3.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

El estudio se realizó en el Hospital San José de Chincha, ubicado en la Provincia de Chincha de la Región de Ica a 188 Km al Sur de Lima y al Norte de Ica, con una población aproximada de 226 113 habitantes.

La población estuvo integrada por los pacientes adultos que se atendieron en el servicio de psiquiatría del Hospital San José de Chincha, se registraron 232 historias clínicas durante el periodo del 4 de agosto del 2015 hasta el 31 de diciembre del 2019.

Se efectuó la fórmula para calcular el tamaño de la muestra de casos y controles en el programa estadístico de Epidat 3.1, siendo un total de 232 de sujetos, considerándose la frecuencia de 50 % de controles y un 3.37 de OR previsto, dato tomado del antecedente del trabajo de García Marielena ⁽³¹⁾.

[1] Tamaños de muestra y potencia para estudios de casos y controles independientes

Proporción de casos expuestos: 77.117%
Proporción de controles expuestos: 50.000%
OR esperado: 3.370
Controles por caso: 1
Nivel de confianza: 95.0%

Potencia (%)	Ji-cuadrado	Tamaño de muestra	
		Casos	Controles
80.0	Sin corrección	49	49

El tamaño muestral hallado con el programa Epidat es de 49 casos de pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo y 49 controles que estará constituido por pacientes sin patología psiquiátrica.

Considerándose la relación de casos control 1:1

El método de selección se realizó por muestreo aleatorio simple.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

CRITERIOS	CASOS	CONTROLES
INCLUSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes adultos con trastorno mixto ansioso depresivo entre las edades de 18 a 59 años atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, periodo 2015-2019 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes adultos sin patología psiquiátrica atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, periodo 2015-2019
EXCLUSIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes cuya historia clínica no cumpla con los datos pertinentes para el estudio - Otra patología psiquiátrica asociada - Pacientes con patologías endocrinológicas por ejemplo Síndrome de Cushing, hipotiroidismo, hipertiroidismo 	<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes cuya historia clínica no cumpla con los datos pertinentes para el estudio. - Otra patología psiquiátrica - Pacientes con patologías endocrinológicas por ejemplo Síndrome de Cushing, hipotiroidismo, hipertiroidismo

3.3 TÉCNICA Y INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica empleada para esta investigación fue la recopilación de datos de las historias clínicas, siendo este un formato donde nos basamos en las características sociodemográficas, el peso y talla de los pacientes, las cuales fueron llenadas conforme a los datos obtenidos de las historias clínicas, proporcionadas por el departamento de archivos de Historias Clínicas del Hospital San José de Chincha.

3.4 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Se ejecutó el proceso de recolección del estudio, presentando el proyecto de investigación y se solicitó la autorización correspondiente a los directivos del hospital San José de Chincha.

Se examinó las historias clínicas de los pacientes adultos que se atendieron en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, período 2015 – 2019.

En las fichas de recolección de datos que se ha generado se registró la información que se adquirió de las historias clínicas (Ver anexo N°1) con estos resultados se generó una base de datos que será analizada.

Estos datos obtenidos se organizaron en tablas de frecuencia y gráficos. Asimismo, se realizó la interpretación de los datos revisados.

3.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

El análisis y el proceso de los datos estadísticos que se adquirió se analizó en el programa STATA versión 16, donde se reportó el análisis de distribución de frecuencia, y además un estudio bi variado a través de la prueba de chi-cuadrado con la que se evaluó la asociación entre dos variables.

Toda la información que datos que se ha recolectado están consignados en hojas de recolección de datos mediante el programa STATA versión 16.

El análisis estadístico consiste en usar pruebas Chi cuadrado (X^2) o prueba exacta de Fisher según corresponda, así mismo se hallará el OR y su intervalo de confianza al 95%

para hallar la relación entre presencia del trastorno mixto ansioso depresivo y la obesidad y además de la asociación de las variables intervinientes.

3.6 ASPECTOS ÉTICO

Según la declaración de HELSINKI DE LA AMM,⁽⁴⁸⁾ antes de empezar el estudio fue aprobado por el comité de ética de investigación, generando nuevos conocimientos, comprendiendo los riesgos, razones de las patologías que se pueden intervenir de forma preventiva, diagnósticas y terapéuticas. De acuerdo a la declaración HELSINKI DE LA ANN toda investigación médica debe ser de forma cuidadosa, es confidencial su información personal del individuo que participe en el estudio, comparando los peligros y beneficios de la patología que se está investigando, garantizando el respeto, protegiendo la salud y los derechos individuales.

Los datos que se recolecto pertenecen a una base de datos ya establecidas por lo tanto se es imposible obtener un consentimiento informado de cada paciente; sin embargo, se encriptó los datos obtenidos de dicha base a fin de que no se puede identificar a los pacientes. Así mismo el protocolo fue evaluado por el comité de ética previamente a la ejecución del estudio, además que se logró obtener el permiso del hospital San José de Chincha para obtener la información requerida de las historias clínicas.

CAPÍTULO IV: ANALISIS DE RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

TABLA N° 1

Asociación de la obesidad con el trastorno mixto ansioso depresivo en adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, periodo 2015-2019

Obesidad	Trastorno mixto ansioso depresivo		TOTAL	OR (IC95%)	valor p
	SI	NO			
SI	24 (48.98%)	14 (28.57%)	38 (100%)		
NO	25 (51.02%)	35 (71.43%)	60 (100%)	4,05 (1,54 –10,64)	p<0.001
TOTAL	49	49	98		

Fuente: Historia clínica del hospital San José de Chincha

En la tabla N° 1, se visualiza que, de los 98 pacientes, se registró el 48.98% de los pacientes que presentaban trastornos mixto ansioso depresivo sufrían obesidad, a diferencia del 51.02% que son diagnosticados de trastorno mixto ansioso depresivo, pero no eran obesos, el 28.57% no tienen la enfermedad, pero si presentaban obesidad y el 71.43% son adultos con normopeso, sobrepeso y que no presentan el trastorno ansioso depresivo.

En el análisis se observa una asociación entre la obesidad y el trastorno mixto ansioso depresivo con un OR 4,05, IC95% (1,54-10,64), este resultado si es estadísticamente significativo siendo el valor p < a 0.001.

TABLA N° 2

Las características sociodemográficas de los pacientes adultos con trastornos mixto ansioso depresivo atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chíncha, periodo 2015-2019

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS	TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO					OR	IC 95%	VALOR p
	CASOS		CONTROLES		TOTAL			
	N°	%	N°	%				
Edad* (mediana, rango intercuartílico)	42 (34-52)		43 (30-53)		42.5 (31-52)	1	0.96-1.03	0.86
Sexo**								
Femenino	32	65.31%	35	71.43%	67	Referencia		
Masculino	17	34.69%	14	28.57%	31	1.33	0.57 - 3.12	0.52
Ocupación**								
Ama de casa o desempleado	29	59.18%	35	71.43%	64	Referencia		
Empleado o estudiante	20	40.82%	14	28.57%	34	1.72	0.74 – 4.00	0.21
Estado civil**								
Sin pareja	16	32.65%	13	26.53%	29	Referencia		
Con pareja	33	67.35%	36	73.47%	69	0.74	0.31 - 1.78	0.51
Grado de instrucción**								
Analfabeto o primaria	9	18.37%	6	12.24%	15	Referencia		
Secundaria	25	51.02%	31	63.27%	56	0.54	0.17 - 1.71	0.29
Superior	15	30.61%	12	24.49%	27	0.83	0.23 – 3.00	0.78
Residencia***								
Rural	3	6.12%	1	2.04%	4	Referencia		
Urbano	46	93.88%	48	97.96%	94	0.32	0.03 - 3.18	0.33
IMC* (mediana, rango intercuartílico)	29.94 (21.65 - 32)		24.8 (23.73 -30.46)		28.29	1.13	1.03 - 1.24	0.006

Fuente: Historia clínica del hospital San José de Chíncha

Leyenda

* Se halló el valor de p con la suma de rango de wilcoxon

** Se halló el valor de p con la prueba de chi2

*** Se halló el valor de p con la prueba exacta de Fisher

INTERPRETACIÓN

En la tabla N° 2, se visualiza que en los pacientes con trastornos mixto ansioso depresivo, la edad mediana fue de 42.5 años en ambos sexos,

Con respecto a los casos el sexo que predominó fue participantes femeninos de 65.31% al igual que en los controles el sexo femenino fue más predominante con 71.43%.

El sexo masculino tiene 33% mayor probabilidad de sufrir trastorno mixto ansioso depresivo con respecto al sexo femenino, este resultado no es estadísticamente significativo

Según la variable ocupación se registró en los controles 59.18% de pacientes de los cuales eran desempleado o ama de casa, siendo los casos 71.43% los que presenta el trastorno ansioso depresivo sin encontrarse asociación entre ambas variables.

El ser empleado o estudiante tiene 72% mayor probabilidad de sufrir trastorno mixto ansioso depresivo con respecto al estar desempleado o ama de casa, este resultado no es estadísticamente significativo.

Por otro lado, para el estado civil 70.41% de los pacientes que presentaban pareja siendo los casos 67.35% de los pacientes lo que presentaba trastorno mixto ansioso depresivo, valor que se contrasta con los controles con 73.47% de los pacientes que no presentaba dicho trastorno.

El tener pareja tiene 26% mayor probabilidad de sufrir trastorno mixto ansioso depresivo con respecto al no tener pareja, este resultado no es estadísticamente significativo.

Con respecto a la variable de grado de instrucción se encontró que en los casos 51.02% de los pacientes presentaban secundaria completa, 30.61% con estudios superior y 18.37% con analfabetismo o primaria completa, siendo en los controles 63.27% de los pacientes con secundaria completa que no presentaron trastornos mixto ansioso depresivo, este valor mayor a los encontrados en el grupo de grado superior o analfabetismo.

Los estudios secundarios tienen 46% mayor probabilidad de sufrir trastorno mixto ansioso depresivo con respecto a los analfabetos, este resultado no es estadísticamente significativo, a diferencia de los estudios superior que tiene 17% mayor probabilidad de

sufrir trastorno mixto ansioso depresivo con respecto a los analfabetos, este resultado no es estadísticamente significativo.

Con la variable de residencia se encontró 97.96% de los controles pertenecían a la zona urbana, similar a los casos con 93.88% de los pacientes que presentaban el trastorno. En la residencia, el vivir en zona urbana tiene 68% mayor probabilidad de sufrir trastorno mixto ansioso depresivo con respecto a los que viven en zonas rurales, este resultado no es estadísticamente significativo.

Finalmente, para el índice de masa corporal se encontró una mediana de 24.8 del total de los controles, con un 29.24 para aquellos que presentaban trastorno mixto ansioso depresivo. Por cada aumento de índice de masa corporal tiene 13% mayor probabilidad de sufrir trastorno mixto ansioso depresivo, este resultado si es estadísticamente significativo.

No existe evidencia científica significativa para decir que tanto la edad como el sexo, la ocupación, el estado civil, el grado de instrucción y la residencia estén asociados a los trastornos mixto ansioso depresivo en los pacientes que se atendieron en el hospital San José de Chincha. (p-valor >0.05)

TABLA N° 3

La frecuencia y tipos de obesidad en pacientes adultos con trastornos mixto ansioso depresivo atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, periodo 2015-2019

Tipos de obesidad	Adultos		valor p
	Con trastorno mixto ansioso depresivo	Sin trastorno mixto ansioso depresivo	
Normopeso	11 (22.45%)	26 (53.06%)	0.001
Sobrepeso	14 (28.57%)	9 (18.37%)	
Obesidad I	17 (34.69%)	13 (26,53)	
Obesidad II	7 (14.29%)	0 (0.00%)	
Obesidad III	0 (0.00%)	1(2.04%)	

Fuente: Historia clínica del hospital San José de Chincha

INTERPRETACIÓN

En la tabla N°3, se visualiza que, de los 98 pacientes, en los controles se registró 53.06% pacientes con peso adecuado, 18.37% con sobrepeso, y 28.57% con estado de obesidad; de estos valores en los casos se evidenció 22.45% pacientes con peso adecuado, 28.57% pacientes con sobrepeso, 48.98% con estado de obesidad presentaban el trastorno mixto ansioso depresivo. De la población con obesidad, 34.69% de los pacientes con obesidad tipo I presentaban dicho trastorno siendo esto es más prevalente que la obesidad tipo II con 14.29% y tipo III.

GRÁFICO 1: La frecuencia y tipos de obesidad en pacientes adultos con trastornos mixto ansioso depresivo atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, periodo 2015-2019

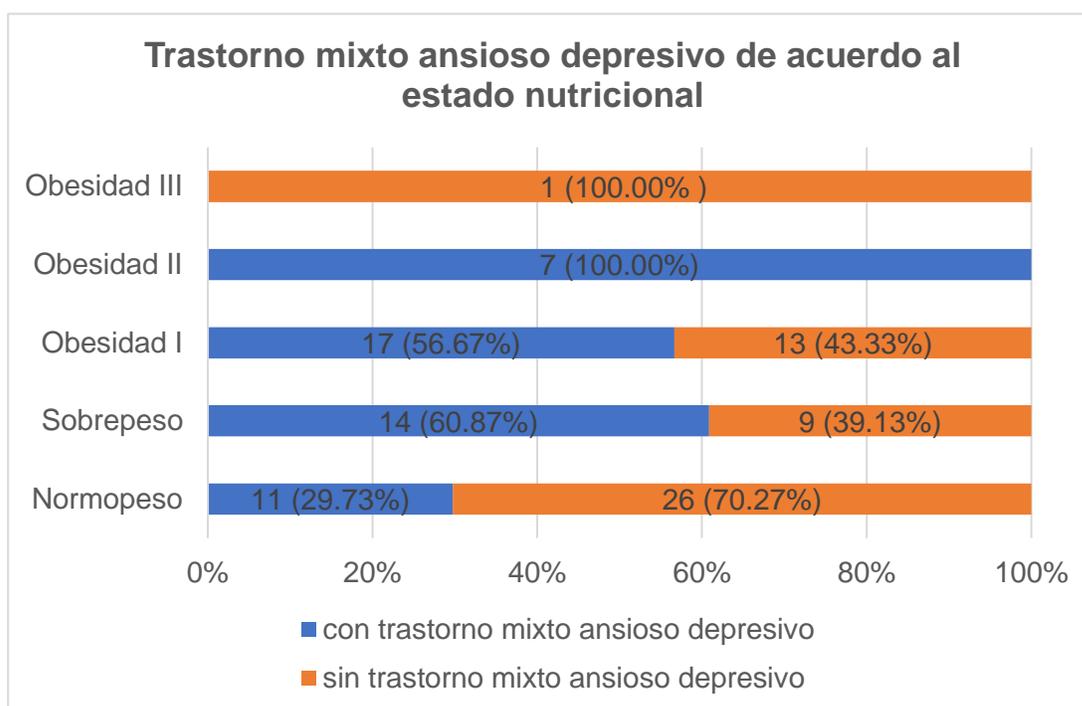


TABLA N° 4

La prevalencia del trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, periodo 2015-2019

Año	Total, de pacientes adultos con trastorno mixto ansioso depresivo atendidos en el servicio de psiquiatría	Total, de adultos atendidos en el servicio psiquiatría	Prevalencia
2015	17	388	4.38%
2016	35	479	7.31%
2017	80	554	14.44%
2018	73	633	11.53%
2019	27	720	3.75%
Total	232	2774	8.36%

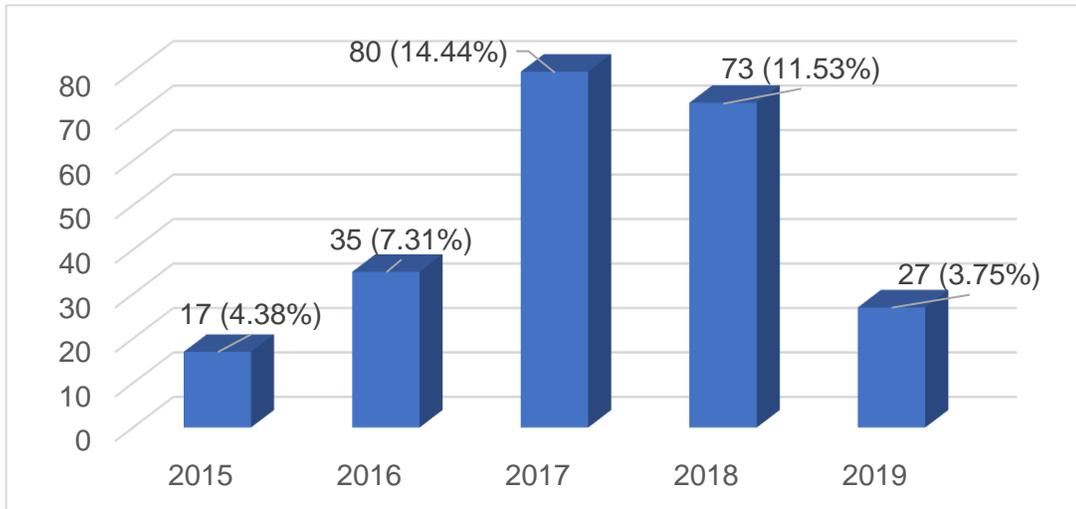
Fuente: Historia clínica del hospital San José

INTERPRETACIÓN

La prevalencia del trastorno mixto ansioso depresivo en el 2015 fue de 17 (4.38%), 35 (7.31%) en el 2016, 80 (14.44%) en el 2017 evidenciándose un pico máximo con respecto a los 5 años de estudio, los valores de prevalencia en el 2018 que fue 73 (11,53%) y en el 2019 de 27 (3.75%).

La prevalencia total fue de 232 (8.36%) en pacientes adultos con trastornos mixto ansioso depresivo atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, durante el periodo del 2015 – 2019.

GRÁFICO 2: La prevalencia del trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, periodo 2015-2019



4.2 DISCUSIÓN

El presente estudio describe la asociación entre los trastornos mixto ansioso depresivo y la obesidad en pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, periodo 2015 – 2019 a continuación se discutirá los principales resultados.

En la tabla N° 01, se ha demostrado que existe una asociación significativa con un odds ratio (OR) de 4.05%, con un intervalo de confianza (IC) de 95%: 1,54 – 10,64 entre el trastorno mixto ansioso depresivo y la obesidad en pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, que coincide con los trabajos realizados por Serrano B.⁽²⁹⁾ en donde se demostró que el trastorno ansioso es un factor de riesgo de obesidad en pacientes adultos con OR 6.09, IC 95% (2.91 – 12.73), al igual que en el estudio de García M.⁽³¹⁾ que manifiesta que la ansiedad es un factor de riesgo asociado a la obesidad, con un OR de 3.37, IC 95 (1.46-5.22) a su vez el estudio de Pereira K.⁽³⁵⁾ se suma a los estudios mencionados en donde se encontró la asociación entre la ansiedad y estado nutricional; por otro lado en el estudio de Salazar D.⁽³⁴⁾ se

demostró una asociación entre los trastornos mentales y alteraciones en el estado nutricional, producto de una ingesta excesiva y además por la poca actividad física de los participantes de dicho estudio, similar en el estudio de Godoy⁽⁴⁹⁾ donde si existe asociación entre obesidad y problemas psicopatológicos como depresión y ansiedad. En el estudio de Tapia⁽⁵⁰⁾, el 73.85% de los pacientes se evidenció la presencia de síntomas de ansiedad ($p < 0.05$), refiriendo que la presencia de un trastorno de ansiedad se asocia significativamente a la condición de sobrepeso u obesidad; demostrando que se debe evaluar el peso corporal, los factores de riesgo, y el estado psicológico del paciente.

En la tabla N°02, en las características sociodemográficas no se evidenció asociación significativa en los pacientes adultos con trastornos mixto ansioso depresivo, pero se encontró en los resultados, que la edad promedio de los participantes fue de 42.5 años, siendo el 71.42% de sexo femenino, 77.35% de pacientes que viven con la pareja. Con respecto al grado de instrucción el 52.02% participantes presentó secundaria completa, finalmente con la variable residencia se encontró que el 93.88% de los pacientes que tienen trastorno mixto ansioso depresivo vive en zonas urbanas. Estos resultados tienen similitudes con los estudios realizados por Serrano⁽²⁹⁾, donde muestra que el grupo etario que predomina es de 46 a 60 años de pacientes obesos con trastornos de ansiedad generalmente se presenta en estos grupos de edad económicamente activa donde los pacientes tienen una mayor responsabilidad de convertirse en jefe de familia, se diferencia de otros trabajos porque el sexo que predomina en su estudio es el masculino con 51.61% de pacientes obesos que presentan trastorno de ansiedad y esto es probablemente es porque los hombres presentan mayor responsabilidad económicas del hogar, similar al estudio de Pereira R.⁽³⁵⁾ donde el 66% de los pacientes es de sexo masculino, esta investigación se diferenció del estudio realizado por Alcántara⁽³⁰⁾, puesto que el sexo que predomina es el femenino con 71.4%, en comparación con el sexo masculino, la frecuencia de obesidad de las mujeres es del 37.5%, la tasa de sobrepeso es del 36.4% , la de los hombres es de 25.1%. Esto se refleja en la fuerza de la asociación entre el sexo masculino y sobrepeso con un odds ratio (OR) 1.73, con un intervalo de confianza (IC: 1.09 – 2.73). En el estudio de García M.⁽³¹⁾ se muestra que la edad promedio de los pacientes obesos es de 38.1 con un valor ($p > 0.05$) y el sexo que predomina es el femenino con 52% con un valor de ($p > 0.05$), considerándose que estas

variables no son estadísticamente significativas. Por otro lado, en el estudio realizado por Matías R.⁽⁵¹⁾ según sus resultados el sexo femenino con 39.9% se presenta con más frecuencia de ansiedad, cuyas causas probables fueron que las mujeres tenían mayor tiempo en el hogar y malos hábitos de alimentación; en relación a la ocupación el 43.47% presentaron más ansiedad aquellos trabajadores dependientes ($p < 0.01$), y su edad promedio fue de los pacientes con ansiedad es de 60 años, similar en los resultados del estudio de Parodi⁽³³⁾, donde se muestra 88.4% que el sexo femenino sigue siendo predominante entre las edades de 40 años.

En la tabla N° 03, se observó que el 48.98% de los pacientes con trastornos mixto ansioso depresivo eran obesos, de los cuales el 34.69% representaba a la obesidad tipo I, estos resultados coinciden con los estudios de Alcántara S.⁽³⁰⁾ donde se evidenció que un 24% presentó obesidad siendo 21.5% del total de la muestra como obesidad tipo I y 8.7% clasificado como obesidad tipo II, similar a los estudios de Reyes⁽²⁷⁾ donde se mostró que la población que predominaban eran los pacientes con obesidad grado II 38.8%. en el estudio de García M.⁽³¹⁾ se evidenció que el promedio de índice de masa corporal es de 29.2 kg/m² en pacientes con trastornos de ansiedad, siendo su valor $p < 0.05$. En el estudio de Salazar⁽³⁵⁾ el 27.4% diagnosticados con ansiedad eran obesos y en el estudio de Parodi⁽³³⁾ se muestra que el 14.5% representa a la obesidad grado I, 33.3% obesidad grado II, 43% obesidad grado III y el 76.3% de los participantes presentaban un índice de masa corporal (IMC) mayor a 35 kg/m², estos valores se contrastan en el estudio de Godoy⁽⁴⁹⁾ donde se evidencia que el índice de masa corporal (IMC) es de 30,0 – 44,9 kg/m² con un promedio de 34,7 kg/m²; en el estudio de Serrano B.⁽²⁹⁾ en su resultados se evidencia que el grupo control, si bien se trata de pacientes no obesos, el 69.44% de las personas que aún presentan sobrepeso está relacionado a un posible trastorno de ansiedad siendo el sexo masculino candidato a la obesidad por lo cual se debe realizar una intervención oportuna, para prevenir que estos pacientes lleguen a la obesidad, similar en el estudio de Tapia⁽⁵⁰⁾ el 38.46% presentó sobrepeso con un índice de masa corporal (IMC) promedio de 27.92 kg/m², y la obesidad tiene un promedio de índice de masa corporal (IMC) de 35.28 kg/m²; por lo cual implica que su tratamiento debe ser abordado de forma multidisciplinaria investigando cualquier otra enfermedad asociada.

En la tabla N° 04, la prevalencia del trastorno mixto ansioso depresivo en el 2015 fue de 17 (4.38%), 35 (7.31%) en el 2016, 80 (14.44%) en el 2017 evidenciándose un pico máximo con respecto a los 5 años de estudio, los valores de prevalencia en el 2018 que fue de 73 (11.53%) y en el 2019 de 27 (3.75%). siendo la prevalencia total de los pacientes con trastornos mixto ansioso depresivo fue de 8.36%. Prevalencias algo mayores fueron reportadas por otros estudios, como el de Parodi⁽³³⁾ que reportó una prevalencia de 18.8% de trastorno de ansiedad y el 31.8% de los pacientes con riesgo a padecerlo, siendo el sexo femenino 19.6% con mayor prevalencia de ansiedad y en el estudio de Fernandes⁽⁵²⁾ la prevalencia de trastornos mixto ansioso depresivo fue de 31.2%. En el estudio de García M.⁽³¹⁾ la frecuencia de trastorno de ansiedad en el grupo de pacientes obesos fue de 26%. En los resultados del metaanálisis de Amiri S.⁽²⁾, se mostró que la frecuencia de ansiedad en la obesidad presentaba un odds ratio (OR) de 1.30 con un intervalo de confianza (IC) del 95% de 1,20 - 1,41 y en el sobrepeso el odds ratio es de 1.10 con un intervalo de confianza de 1.00 – 1.21, se evidenció alta frecuencia de ansiedad en obesidad y sobrepeso. En el estudio de Sauñe⁽⁹⁾, el 58% presentan ansiedad, siendo el 56% de sexo femenino presentándose con mayor frecuencia, el 45% son empleados. Estos datos están dentro de las tasas encontradas en la Región de las Américas⁽⁵³⁾ donde la prevalencia de los trastornos de ansiedad varía entre 9.3% y 16.1%, e incluso en los estudios realizados a nivel mundial sobre la prevalencia de los trastornos de ansiedad encontraron tasas bastante más bajas entre 3.6% similar al estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud⁽¹⁵⁾ donde se evidenció que el 7.7% de la población femenina sufre de trastornos de ansiedad y a nivel mundial ⁽¹⁵⁾ en el 2015 su prevalencia de ansiedad fue aproximadamente de 3% siendo el sexo femenino más frecuente con una prevalencia de 4.6%. Estas cifras reflejan que los trastornos mentales son las problemáticas que se presentan con mayor frecuencia y su manejo no oportuno sigue siendo uno de los problemas que afecta a nuestro País, obteniendo como resultado graves consecuencias afectando la salud física y la salud mental que se repercute a la sociedad en su totalidad.⁽⁵⁴⁾

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- En esta investigación se estableció que la obesidad, si es un factor asociado al trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes adultos atendidos en servicio de psiquiatría del hospital San José de Chíncha, periodo 2015-2019.
- Se determinó que las características sociodemográficas, no existe diferencia significativa al trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chíncha, periodo 2015-2019.
- Se determinó que el tipo de obesidad que se presentó con mayor frecuencia es la obesidad tipo I con 34.69% en pacientes adultos con trastornos mixto ansioso depresivo atendido en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chíncha, periodo 2015 – 2019.
- La prevalencia general del trastorno mixto ansioso depresivo fue 8.36% en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chíncha, periodo 2015 - 2019; siendo en el 2015 de 17 (4.38%), en el 2016 de 35 (7.31%), en el 2017 de 80 (14.44%); evidenciándose un pico máximo con respecto a los 5 años de estudio, los valores de prevalencia en el 2018 fueron de 73 (11.53%) y 27 (3.75%) en el 2019. Esta tendencia del aumento de la prevalencia de los trastornos mixto ansioso depresivo, describen posibles causas como alta demanda de pacientes producto de las campañas de sensibilización donde la población se ha concientizado sobre la importancia de la salud mental, a la propaganda del Hospital San José de Chíncha en las emisoras de radios distritales y provinciales sobre las ofertas en los servicios de salud mental, la intervención oportuna de los profesionales de la salud mental en la detección precoz de los problemas de salud mental evidenciándose en los años siguientes una disminución en la prevalencia y la creación del centro comunitario de salud mental “Nuevo Horizonte” en el 2018, en la Provincia de Chíncha, Distrito de Sunampe, brindando atención de calidad en salud mental detección precoz de los de los problemas de salud mental.

5.2 RECOMENDACIONES

En el Hospital San José de Chíncha a los pacientes con sobrepeso y obesidad se realice una valoración integral para la detección precoz de síntomas ansioso depresivo, realizando talleres de consejería nutricional y programas que promueven e incentiven la actividad física.

Realizar programa de seguimiento para pacientes con trastorno mixto ansioso depresivo del servicio de psiquiatría del hospital San José de Chíncha, actualmente dentro del contexto del COVID-19, con el propósito de contribuir a mejorar la salud mental, garantizando a la población acceso a tratamiento, rehabilitación de la salud mental oportuna y de calidad. En las acciones consiste en sesiones educativas virtuales clasificando de acuerdo a las zonas donde se presentan mayor los casos, realizando el seguimiento de los pacientes por videollamadas según disponibilidad, o por vía telefónica excluyendo a esos pacientes que no tienen la disponibilidad para realizar posibles visitas domiciliarias garantizando el acceso y el tratamiento apropiado a todos los pacientes.

Complementar el presente estudio con posteriores investigaciones, con poblaciones y muestras más representativas para demostrar la relación que existe entre los trastornos ansioso depresivo y la obesidad. Así mismo, que esta información sea el principio de posteriores estrategias preventivas.

BILIOGRAFÍA

1. Malo Serrano M, Castillo M. N, Pajita D. D. La obesidad en el mundo [Internet]. Vol. 78, Anales de la Facultad de Medicina. 2017 [citado 10 de noviembre de 2020]. p. 67. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1025-55832017000200011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Amiri S, Behnezhad S. Obesity and anxiety symptoms: a systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. 33, Neuropsychiatrie. 2019 [citado 15 de agosto de 2020]. p. 72-89. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40211-019-0302-9>
3. Rajan TM, Menon V. Psychiatric disorders and obesity: A review of association studies [Internet]. Vol. 63, Journal of Postgraduate Medicine. Medknow Publications; 2017 [citado 14 de julio de 2020]. p. 182-90. Disponible en: <https://www.jpgmonline.com/article.asp?issn=0022-3859;year=2017;volume=63;issue=3;spage=182;epage=190;aulast=Rajan;type=0>
4. María Elizabeth Tejero. Genética de la obesidad [Internet]. Vol. 65, Boletín médico del Hospital Infantil de México. México; 2008 [citado 10 de octubre de 2020]. p. 441-50. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462008000600005
5. Antonio AL. El sobrepeso y la obesidad como un problema de salud [Internet]. Vol. 23, Revista Médica Clínica Las Condes. Elsevier BV; 2012 [citado 18 de octubre de 2020]. p. 145-53. Disponible en: <https://www.yumpu.com/es/document/read/48360266/el-sobrepeso-y-la-obesidad-como-un-problema-de-salud>

6. Ana Julia García Milian; Eduardo David Creus García. La obesidad como factor de riesgo, sus determinantes y tratamiento [Internet]. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2016 [citado 1 de diciembre de 2020]. p. vol.32 no.3. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300011
7. Fernando CN, José GF. Etiopatogenia de la obesidad [Internet]. Vol. 23, Revista Médica Clínica Las Condes. Elsevier BV; 2012 [citado 1 de diciembre de 2020]. p. 129-35. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-etiotopogenia-obesidad-S0716864012702894>
8. Jaremka LM, Pacanowski CR. Social anxiety symptoms moderate the link between obesity and metabolic function [Internet]. Vol. 110, Psychoneuroendocrinology. Elsevier; 2019 [citado 2 de octubre de 2020]. p. 104425. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2019.104425>
9. Sauñe-Oscoco Wilson, Martínez Paucar Félix, Oscoco-Torres Olinda R-C. Nivel de ansiedad y proceso de afrontamiento en adultos mayores atendidos en un centro de salud Ica Perú 2017. [Internet]. Revista médica panacea. 2019 [citado 2 de diciembre de 2020]. p. 21-5. Disponible en: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/panacea/article/view/11/11>
10. Tacuri MJN. Trastorno mixto ansioso depresivo en los pacientes de los centros de atención privada del cantón Loja [Internet]. 2019 [citado 17 de agosto de 2020]. p. 1-123. Disponible en: [https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/22069/1/trastorno mixto ansioso depresivo.pdf](https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/22069/1/trastorno%20mixto%20ansioso%20depresivo.pdf)
11. Villanueva Bejarano A, Pantani Romero F, Lozano A, Ticse Aguirre R. Frecuencia de depresión y ansiedad no diagnosticadas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la consulta externa de un hospital general de Lima , Perú . [Internet]. Vol. 82, Rev. Neuropsiquiatría. 2019 [citado 12 de agosto de 2020]. p. 166-74. Disponible en:

<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/3569/3954>

12. E. Rubén Pego Pérez M del C del R-N; IF. Prevalencia de sintomatología de ansiedad y depresión en estudiantado universitario del Grado en Enfermería en la Comunidad Autónoma de Galicia [Internet]. Vol. 12, Scielo. 2018 [citado 2 de diciembre de 2020]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2018000200005
13. Ministerio de Salud del Perú. Lineamiento de Política Sectorial en Salud Mental [Internet]. 2018 [citado 10 de octubre de 2020]. p. 28. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
14. Noguchi IN de SMHDH. Procedimientos Sistematizados de Diagnóstico e intervención breve en Salud Mental [Internet]. Instituto Nacional de Salud Mental. 2017 [citado 10 de junio de 2020]. p. 1-66. Disponible en: http://www.insm.gob.pe/transparencia/archivos/datgen/dirfun/2017/RD_092-2017_DG.pdf
15. Organización Panamericana de la Salud. Depresión y otros trastornos mentales comunes: Estimaciones sanitarias mundiales [Internet]. 2017 [citado 13 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>
16. Organización Mundial de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018 [Internet]. Oficina Regional para las Américas. 2018 [citado 14 de octubre de 2020]. p. 1-50. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_spa.pdf?sequence=9&isAllowed=y
17. Organización Panamericana de la salud. Mortalidad por Enfermedades no transmisibles y prevalencia de sus factores de riesgo en la Región de las Américas [Internet]. Organización Panamericana de la salud, Washington, D.C. 2019 [citado 6 de octubre de 2020]. p. 7. Disponible en:

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51752>

18. Malo Serrano M, Castillo M. N, Pajita D. D. Obesity in the world [Internet]. Vol. 78, Scielo. 2017 [citado 12 de agosto de 2020]. p. 67. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200011
19. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. 1 de abril de 2020. 2020 [citado 10 de julio de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
20. Alvarez Dongo, Doris; Sanchez Abanto, Jose; Gomez Guizado, Guillermo y Tarqui Mamani C. Sobrepeso y obesidad: prevalencia y determinantes sociales del exceso de peso en la población peruana (2009-2010) [Internet]. Vol. 29, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Instituto Nacional de Salud; 2009 [citado 2 de diciembre de 2020]. p. 303-13. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342012000300003&script=sci_abstract
21. Diaz CIEADTC. Cuidado de la salud mental en los pacientes con sobrepeso y obesidad [Internet]. Vol. 9, Síndrome Cardiometabólico y enfermedades crónicas degenerativas. 2019 [citado 14 de agosto de 2020]. p. 41-4. Disponible en: <https://search.proquest.com/openview/36ebd290887977e6764bdc32a3c8a1eb/1?pq-origsite=gscholar&cbl=1216404>
22. Sampieri RH. Metodología de la investigación [Internet]. Vol. sexta edic. 2014 [citado 14 de agosto de 2020]. p. 1-634. Disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
23. Forns M, Varea V, Calderón Garrido C. Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad [Internet]. Vol. 25, Nutr Hosp. 2010 [citado 28 de noviembre de 2020]. p. 641-7. Disponible en:

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000400017

24. Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe [Internet]. 2009 [citado 29 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/740/9789275316320.pdf?sequence>
25. Organización Mundial de la Salud. Obesidad y sobrepeso [Internet]. 2020 [citado 29 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
26. López OIF. Manual para diagnóstico y tratamiento de trastornos ansiosos [Internet]. 2012 [citado 30 de noviembre de 2020]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2012000500019
27. Reyes Brites L, Betancour Lustó J, Samaniego Pinho A. Ansiedad y depresión en personas con obesidad de Paraguay. [Internet]. Vol. 6, Salud & Sociedad. 2015 [citado 6 de julio de 2020]. p. 38-48. Disponible en: <https://revistas.ucn.cl/index.php/saludysociedad/article/view/922/739>
28. Polanco Arv. Niveles de estrés, depresión y ansiedad en relación al estado nutricional a gran altura en estudiantes universitarios del primer nivel de la Facultad de Medicina de la Una – Puno 2016 [Internet]. 2018 [citado 16 de noviembre de 2020]. Disponible en: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/7653/Vargas_Polanco_Aldo_Renán.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. Serrano García BR. Trastorno de ansiedad generalizada como factor de riesgo para obesidad en pacientes adultos del centro de atención primaria II Otuzco-Essalud 2014 [Internet]. 2015 [citado 19 de julio de 2020]. p. 1-44. Disponible en: http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/2665/TESIS_MAESTRIA_BLANCA_ROSA_SERRANO_GARCÍA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

30. Alcántara Ramos S. Factores relacionados al sobrepeso y obesidad en pacientes atendidos en la Unidad de Medicina Complementaria del Hospital II Vitarte. [Internet]. Vol. 2, Revista Peruana de Medicina Integrativa. 2017 [citado 20 de julio de 2020]. p. 5. Disponible en: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876657/factores-relacionados-al-sobrepeso-y-obesidad-en-pacientes-aten_UUikLF1.pdf
31. García W. Trastorno de ansiedad generalizada como factor asociado a obesidad en pacientes adultos del Hospital Belén de Trujillo [Internet]. 2015 [citado 7 de octubre de 2020]. p. 1-46. Disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/2711/1/RE_MED.HUMA_WINNI FER.GARCIA_TRASTORNO.DE.ANSIEDAD_DATOS.PDF
32. Rosana M. Relacion De Obesidad, Sedentarismo Y Ansiedad Con Los Estilos De Vida Del Centro De Atencion De Medicina Complementaria Del Hospital Victor Lazarte Echegaray - Trujillo Del Año 2017 [Internet]. 2017 [citado 16 de agosto de 2020]. p. 1-69. Disponible en: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2240/SEG.ESPEC._ROSSANNA BARBARITA MUJICA SEVILLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y
33. Parodi CA. Ansiedad, depresión y trastorno de la imagen corporal en pacientes que consultan en la unidad de obesidad del hospital de clínicas [Internet]. Vol. 13, Mem. Inst. Invest. Cienc. Salud. 2015 [citado 6 de octubre de 2020]. p. 64-74. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/iics/v13n3/v13n3a32.pdf>
34. Alejandro D, Blandón S, León TC, Tejada-tayabas LM, Gabriela A, Lucio P. Ansiedad, Depresión Y Actividad Física Asociados a Sobrepeso, Obesidad en Estudiantes De Dos Universidades Mexicanas [Internet]. Vol. 21, Revista Hacia la Promoción de la Salud. 2016 [citado 26 de julio de 2020]. p. 99-113. Disponible en: <https://revistasojs.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/3878/3588>
35. Pereira Rodríguez JE, Velásquez Badillo X, Peñaranda DG, Pereira Rodríguez R,

- Quintero Gómez JC. Depression and anxiety and their relationship with the anthropometric profile of patients in Cardiac Rehabilitation Phases I and II [Internet]. Vol. 11. 2019 [citado 17 de julio de 2020]. p. 287-95. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2078-71702019000400287&lng=pt&nrm=iso&tlng=es
36. Jolanta Weaver PFC. Guía Práctica de la Medicina de la Obesidad [Internet]. 2019.^a ed. 2019. Elsevier Health Sciences; 2019 [citado 15 de julio de 2020]. p. 1-360. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=FnWCDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=obesidad+2019&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjTxaWHiMvqAhVKLLkGHYRHA54Q6AEwBXoECAMQAg#v=onepage&q=obesidad 2019&f=false>
37. Gonzáles MJLVLAS. Actualización en obesidad [Internet]. Acta méd. costarric. 2010 [citado 19 de julio de 2020]. p. 7-14. Disponible en: http://www.agamfec.com/wp/wp-content/uploads/2014/08/vol17_n2_Para_saber_de_01.pdf
38. González Jiménez E. Obesidad: Análisis etiopatogénico y fisiopatológico [Internet]. Vol. 60, Endocrinología y Nutrición. Elsevier; 2013 [citado 16 de julio de 2020]. p. 17-24. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-endocrinologia-nutricion-12-articulo-obesidad-analisis-etiotogogenico-fisiopatologico-S1575092212001283>
39. Dennis L. Kasper, Stephen L. Hauser J. LJ. Valoración y tratamiento de la obesidad - Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e [Internet]. 2016. [citado 16 de julio de 2020]. p. 2392-8. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?bookid=1717§ionid=114939315>
40. Poveda Manuel GGD. Principios de la Obesidad Mórbida [Internet]. 2017. 2017 [citado 16 de julio de 2020]. p. 42. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=jZUnDwAAQBAJ&pg=PA28&dq=obesidad>

+comorbilidades&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwi-truvuNLqAhWVJrkGHSaPCskQ6AEwBXoECAYQAg#v=onepage&q=obesidad comorbilidades&f=false

41. Cabrerizo L. Complicaciones asociadas a la obesidad [Internet]. Vol. 14, Rev. Esp. Nutr. Comunitaria. 2008 [citado 2 de agosto de 2020]. p. 156-62. Disponible en: <https://www.fesnad.org/resources/files/Publicaciones/RevNutCom/4.pdf>
42. Tamés MJ. Obesidad: Caracterización clínica y comorbilidades asociadas . Efectividad de una intervención grupal vs individual [Internet]. 2014 [citado 17 de agosto de 2020]. p. 1-253. Disponible en: [https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/22495/Tesis Marbella Piñera Tames.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/22495/Tesis%20Marbella%20Piñera%20Tames.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
43. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Pedro Ruiz VAS. Manual de Psiquiatría Clínica [Internet]. 2018 [citado 16 de julio de 2020]. p. 1-1000. Disponible en: <https://books.google.com.pe/books?id=WsTMAQAACAAJ&dq=psiquiatria+sadock&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjQ7rv15tLqAhXDOOn0KHVXXDsQQ6AEwAnoECAYQA>
g
44. Castro FGEVMGRJV. Guía de Buena Práctica Clínica en Depresión y Ansiedad [Internet]. 2010 [citado 20 de julio de 2020]. p. 1-124. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/guia_depresion.pdf
45. Romero Montes AD, Sánchez Chávez FN, Lozano Vargas A, Ruíz Grosso P, Vega Dienstmaier J. Estructura de la sintomatología psiquiátrica según el SRQ-18 en pacientes ambulatorios con trastornos mentales evaluados en un hospital general de Lima. [Internet]. Vol. 79, Revista de Neuro-Psiquiatria. 2016 [citado 2 de julio de 2020]. p. 142. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n3/a03v79n3.pdf>
46. Busti AJ. Estudio de casos y controles: Descripción general de la bioestadística [Internet]. 2015 [citado 28 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.ebmconsult.com/articles/case-control-study-biostatistics>

47. Estudios de casos y controles: Investigación a la inversa [Internet]. 2019 [citado 28 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://basicmedicalkey.com/case-control-studies-research-in-reverse/>
48. Mundial AM. Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. 2015 [citado 28 de noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
49. Godoy Leal FA. Sintomatología de depresión, ansiedad y baja autoestima en mujeres obesas con trastorno del comedor compulsivo [Internet]. Vol. 41, Revista Chilena de Nutrición. Sociedad Chilena de Nutrición Bromatología y Toxicología; 2014 [citado 10 de mayo de 2021]. p. 260-3. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0717-75182014000300005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
50. Tapia S. A. Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad [Internet]. Vol. 33, Revista Chilena de Nutrición. Sociedad Chilena de Nutrición, Bromatología y Toxicología; 2006 [citado 6 de mayo de 2021]. p. 352-7. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
51. Johan Rosas Matías, Alexander Villanueva Bejarano, Francesco Pantani Romero ALV. Frecuencia de depresión y ansiedad no diagnosticadas en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que acuden a la consulta externa de un hospital general de Lima, Perú. [Internet]. Rev Neuropsiquiatr. 2019 [citado 2 de diciembre de 2020]. p. 166-74. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v82n3/a02v82n3.pdf>
52. Fernandes MA, Ribeiro HKP, Santos JDM, Monteiro CF de S, Costa RDS, Soares RFS. Prevalence of anxiety disorders as a cause of workers' absence [Internet]. Vol. 71, Revista brasileira de enfermagem. NLM (Medline); 2018 [citado 13 de abril

de 2021]. p. 2213-20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0953>

53. Organización Mundial de la Salud. La salud mental en la Región de las Américas [Internet]. 2016 [citado 13 de abril de 2021]. Disponible en: https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=la-salud-mental-en-la-region-de-las-americas&lang=es
54. Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental [Internet]. [citado 10 de mayo de 2021]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health

ANEXOS



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

ANEXO N° 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

**TÍTULO: TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO COMO FACTOR ASOCIADO
A LA OBESIDAD EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE
PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA, PERIODO 2015-2019**

Autor: Chumbiauca Peña Vivian Carolina

DATOS GENERALES:

Ficha de recolección de datos N°

Edad:	<ul style="list-style-type: none">• ()
Peso:	<ul style="list-style-type: none">• ()
Talla:	<ul style="list-style-type: none">• ()
Trastorno Mixto ansioso Depresivo (F412)	<ul style="list-style-type: none">• () Si• () No
Sexo:	<ul style="list-style-type: none">• () M• () F
Estado Civil	<ul style="list-style-type: none">• () Casada• () Soltera• () Conviviente• () Divorciado• () Viudo
Ocupación:	<ul style="list-style-type: none">• () Ama de casa• () Empleado• () Estudiante• () Obrero• () Otro : independiente

Grado de Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Sin instrucción • <input type="checkbox"/> Primaria • <input type="checkbox"/> Secundaria • <input type="checkbox"/> Técnico • <input type="checkbox"/> Superior
Lugar de residencia:	<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Urbano • <input type="checkbox"/> Rural
IMC	<ul style="list-style-type: none"> • <input type="checkbox"/> Bajo peso ≤ 18.5 • <input type="checkbox"/> Normal 18.5 – 24.9 • <input type="checkbox"/> Sobrepeso 25 – 29,9 • <input type="checkbox"/> Grado I 30 – 34.9 • <input type="checkbox"/> Grado II 35 – 39.9 • <input type="checkbox"/> Grado III 40 – 49.9 • <input type="checkbox"/> Grado IV ≥ 50

ANEXO N° 2: CUESTIONARIO SRQ18



CUESTIONARIO DE SÍNTOMAS S.R.Q - 18

El presente cuestionario contiene una serie de preguntas respecto a ciertos síntomas o molestias que puede tener o haber sufrido en los últimos 30 días.

NOMBRES Y APELLIDOS: _____
 EDAD: _____ F.N: _____ D.N.I. N°: _____ H.C. N°: _____
 DIRECCION: _____ FECHA DE ATENCION: ____/____/____

D/A	1	¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?	SI	NO
	2	¿Tiene mal apetito?	SI	NO
	3	¿Duerme mal?	SI	NO
	4	¿Se asusta con facilidad?	SI	NO
	5	¿Sufre temblor en las manos?	SI	NO
	6	¿Se siente nervioso o tenso?	SI	NO
	7	¿Sufre de mala digestión?	SI	NO
	8	¿Es incapaz de pensar con claridad?	SI	NO
	9	¿Se siente triste?	SI	NO
	10	¿Llora Ud. Con mucha frecuencia?	SI	NO
	11	¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?	SI	NO
	12	¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	SI	NO
	13	¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado?	SI	NO
	14	¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?	SI	NO
	15	¿Ha perdido interés en las cosas?	SI	NO
	16	¿Se siente aburrido?	SI	NO
	17	¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?	SI	NO
	18	¿Se siente cansado todo el tiempo?	SI	NO
PUNTAJE: Si la suma de respuesta positiva es nueve (09) o más, se considera un CASO >>>				
PS	19	¿Siente Ud. Que alguien ha tratado de herirlo de alguna forma?	SI	NO
	20	¿Es Ud. Una persona mucho más importante de lo que piensan los demás?	SI	NO
	21	¿Ha notado interferencias o algo raro en sus pensamientos?	SI	NO
	22	¿Oye voces sin saber de dónde vienen, o que otras personas no pueden oír?	SI	NO
PUNTAJE: Basta una (01) respuesta positiva para que se considere un CASO >>>				
EP	23	¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?	SI	NO
PUNTAJE: La respuesta positiva indica que se trata de un CASO >>>				
OH	24	¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos a su médico o su sacerdote que Ud. Estaba bebiendo demasiado?	SI	NO
	25	¿Alguna vez ha querido dejar de beber pero no ha podido?	SI	NO
	26	¿Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo en el estudio a causa de la bebida como beber en el trabajo o lugar de estudio o faltar a ellos?	SI	NO
	27	¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?	SI	NO
	28	¿Le ha parecido alguna vez que ha bebido demasiado?	SI	NO
PUNTAJE: Basta una (01) respuesta positiva para que se considere un CASO >>>				

Contenido de la Guía de Práctica Clínica en Depresión / RM Nº58-2006/MINSA y GPC de Psicosis / RM Nº 750-2008/MINSA

Diagnóstico (hacer un Check de ser positivo):

Episodio depresivo no especificado (F329)

Problemas relacionados con el uso de alcohol (Z722)

Esquizofrenia no especificada (F209)

Firma / Sello del Profesional

ANEXO N° 3: FORMATO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

ALUMNA: Chumbiauca Peña Vivian Carolina

ASESOR: Dr. Gómez Gonzales Walter

LOCAL: Chincha

TEMA: Trastorno mixto ansioso depresivo asociado a la obesidad en pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, periodo 2015-2019

VARIABLE INDEPENDIENTE			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Trastorno mixto ansioso depresivo	0 = no 1 = si	Cualitativo Nominal	Historia clínica

VARIABLE DEPENDIENTE			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Obesidad	0= normopeso 1= sobrepeso 2= obesidad tipo I 3= obesidad tipo II 4= obesidad tipo III	Cualitativo, Ordinal	Historia clínica

VARIABLES INTERVINIENTES			
INDICADORES	ITEMS	NIVEL DE MEDICIÓN	INSTRUMENTO
Edad	Edad en años	Cuantitativa de razón	Historia clínica
Sexo	0= femenino 1= masculino	Cualitativa, Nominal	Historia clínica
Estado civil	0= sin pareja 1= con pareja	Cualitativa, Nominal	Historia clínica
Ocupación	0= ama de casa o desempleo 1= empleado o estudiante	Cualitativa, Nominal	Historia clínica
Grado de instrucción	0= analfabeto o primaria 2= secundaria 3= superior	Cualitativa Ordinal	Historia clínica
Procedencia	0= rural 1= urbano	Cualitativa, Nominal	Historia clínica

ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

ALUMNA: Chumbiauca Peña Vivian Carolina

ASESOR: Dr. Gómez Gonzales Walter

LOCAL: Chincha

TEMA: Trastorno mixto ansioso depresivo factor asociado a la obesidad en pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, periodo 2015-2019

PROBLEMAS	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES
<p>General</p> <p>PF: ¿Existe asociación entre trastorno mixto ansioso depresivo y la obesidad en pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha durante el periodo 2015-2019?</p> <p>Específicos:</p>	<p>General</p> <p>OG: Determinar la asociación de la obesidad al trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría San José de Chincha, periodo 2015-2019</p> <p>Específicos:</p>	<p>General:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hipótesis nula: No existe asociación entre trastorno mixto ansioso depresivo y la obesidad adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José 	<p>Variable dependiente:</p> <p>Trastorno mixto ansioso depresivo</p> <p>Variable independiente:</p> <p>Tipos de Obesidad</p> <p>Indicadores:</p> <p>bajo peso normal Grado I Grado II</p>

<p>PE 1: ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes adultos con trastorno mixto ansioso depresivo atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, periodo 2015-2019?</p> <p>PE 2: ¿Cuál es la frecuencia, tipos de la obesidad en pacientes adultos con trastorno mixto ansioso depresivo atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, periodo 2015-2019?</p> <p>PE 3: ¿Cuál es la prevalencia del trastorno mixto ansioso depresivo en</p>	<p>OE 1: Conocer las características sociodemográficas de los pacientes adultos con trastorno mixto ansioso depresivo atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, periodo 2015-2019</p> <p>OE 2: Establecer la frecuencia, tipos de la obesidad en pacientes adultos con trastornos mixto ansioso depresivo atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, periodo 2015-2019</p> <p>OE 3: Determinar la prevalencia del trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría</p>	<p>de Chincha, período 2015-2019</p> <p>- Hipótesis alterna: Existe asociación entre trastorno mixto ansioso depresivo y la obesidad en pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha, período 2015-2019</p> <p>Específicas:</p> <p>HE 1: Los tipos y las características de la obesidad están asociados al trastorno mixto ansioso depresivo en pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del</p>	<p>Grado III Grado IV</p> <p>Variables intervinientes:</p> <p>Edad Sexo Estado civil Ocupación Grado de instrucción Procedencia</p>
---	--	--	--

<p>pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chíncha, periodo 2015-2019?</p>	<p>del hospital San José de Chíncha, periodo 2015-2019</p>	<p>hospital San José de Chíncha</p> <p>HE 2: El trastorno mixto ansioso depresivo es frecuente en los pacientes adultos atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chíncha, periodo 2015-2019</p>	
---	--	--	--

Diseño metodológico	Población y muestra	Técnicas e Instrumentos
<p>Nivel: El presente estudio es de nivel correlacional</p> <p>Tipo de Investigación: El presente estudio es de tipo observacional, analítico y retrospectivo</p>	<p>Población: La población será todos los pacientes adultos con diagnóstico de trastorno mixto ansioso depresivo que se atendieron en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chíncha durante el periodo 2015-2019 siendo un total de N= 232</p>	<p>Técnica: Análisis documental de la historia clínica</p> <p>Instrumento: Hoja de recolección de datos</p>

	<p>Muestra:</p> <p>Se realizo la fórmula de tamaño de muestra para casos y controles con el programa epidat 3.1 siendo N:98 del total de la muestra que son 49 casos y 49 controles.</p> <p>CASOS:</p> <p>Criterios de inclusión</p> <p>-Pacientes adultos con trastornos mixto ansioso depresivo entre las edades de 18 y 59 años, atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha</p> <p>Criterios de exclusión</p> <p>-Pacientes cuya historia clínica no cumpla con los datos pertinentes para el estudio.</p> <p>-Otra patología psiquiátrica asociada</p> <p>-Pacientes con patologías como hipotiroidismo, Síndrome Cushing</p> <p>CONTROLES</p> <p>Criterios de inclusión</p>	
--	--	--

	<p>-Pacientes adultos sin patología psiquiátrica atendidos en el servicio de psiquiatría del hospital San José de Chincha periodo 2015-2019</p> <p>Criterios de exclusión</p> <p>-Pacientes cuya historia no cumpla con los datos pertinentes para el estudio</p> <p>-Otra patología psiquiátrica</p> <p>-Pacientes con patologías endocrinológicas, por ejemplo: síndrome de Cushing, hipotiroidismo, hipertiroidismo</p>	
--	---	--

ANEXO N° 5: APROBACIÓN DE CÓMITE DE ÉTICA



UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN

"Año de la Universalización de la Salud"

CONSTANCIA N° 200-2020- CIEI-UPSJB

El Presidente del Comité de Ética Institucional en Investigación de la Universidad Privada San Juan Bautista SAC, deja constancia que el Proyecto de Investigación: "**TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO ASOCIADO A LA OBESIDAD EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA, PERIODO 2015-2019**" presentado por la investigadora **CHUMBIAUCA PEÑA, VIVIAN CAROLINA**, ha sido revisado en la Sesión del Comité mencionado, con código de Registro **N°200-2020-CIEI-UPSJB**.

El Comité Institucional de Ética en Investigación, considera **APROBADO** el presente proyecto de investigación debido a que cumple los lineamientos y estándares académicos, científicos y éticos de la UPSJB.

La investigadora se compromete a respetar las normas y principios de acuerdo al Código de Ética del Vicerrectorado de Investigación.

Se expide la presente Constancia, a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente.

Lima, 14 de diciembre de 2020.




Mg. Juan Antonio Flores Tumba
Presidente del Comité Institucional
de Ética en Investigación

ANEXO N° 6: CONSTANCIA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA



Año del Bicentenario Del Perú: 200 años de Independencia



CONSTANCIA

EL DIRECTOR EJECUTIVO DE LA UNIDAD EJECUTORA 401 – HOSPITAL
“SAN JOSE” DE CHINCHA

HACE CONSTAR:

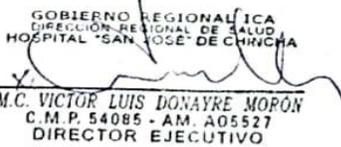
Que, la Srta. VIVIAN CAROLINA CHUMBIAUCA PEÑA, con DNI N° 70472390, alumna de la Universidad privada “San Juan Bautista”, de la Escuela profesional de Medicina Humana XIV ciclo ha realizado su trabajo de investigación en el Hospital San José de Chincha, denominado “Trastorno Mixto Ansioso Depresivo Asociado a La Obesidad En Pacientes Adultos Atendidos En el Servicio De Psiquiatría Del Hospital San José De Chincha Periodo 2015-2019” la misma que fue aplicada en nuestra Institución Hospitalaria demostrando responsabilidad y eficiencia en su trabajo de investigación como acredita la jefatura de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente, no teniendo valor legal en acciones contra el estado.

Chincha Alta, 21 de enero del 2021.

Atentamente.

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL “SAN JOSÉ” DE CHINCHA


M.C. VICTOR LUIS DONAYRE MORÓN
C.M.P. 54085 - AM. A05527
DIRECTOR EJECUTIVO



VDM/DE-HSICH
HC/SUADI

DIRECCION REGIONAL DE SALUD ICA
Dirección Ejecutiva
GOBIERNO REGIONAL DE ICA
Av. Abelardo Alva Maurtua N° 800
Ica - Chincha

ANEXO N° 7: VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS

VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

I.- DATOS GENERALES

1. Apellidos y Nombres del Experto: SALAZAR EGUSQUIZA RAFAEL ARTURO
2. Cargo e Institución donde labora: MEDICO ASISTENTE - MEDICINA ESPECIALIDADES
HOSPITAL SAN JOSE DE CHINCHA
3. Tipo de Experto: ESPECIALISTA
4. Nombre del Instrumento: TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO ASOCIADO A LA OBESIDAD EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA, PERIODO 2015-2019
5. Autor del Instrumento: Vivian Carolina Chumbiauca Peña

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21-40%	Bueno 41- 60%	Muy Bueno 61-80%	Excele nte 81- 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					✓
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					✓
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances de la teoría sobre conocimientos, prácticas y actitudes adecuadas sobre la obesidad y trastorno mixto ansioso depresivo					✓
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems					✓
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					✓
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación de los factores asociados a la obesidad					✓
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos					✓
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					✓
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítico, observacional, retrospectivo y transversal					✓

III.- Opinión de aplicabilidad: **ES APLICABLE**

IV.- Promedio de valoración: **100%**

Lugar y fecha: **Chincha Alta, 13 de Mayo del 2021**

GOBIERNO REGIONAL ICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
Hospital San José de Chincha
RAFAEL ARTURO SALAZAR EGUSQUIZA
MEDICO - PSIQUIATRA
C.M.P 28605 R.N.E. 29438

Firma del experto

DNI 08124193

**VALIDEZ DE INSTRUMENTO – CONSULTA DE EXPERTOS
INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO**

I.- DATOS GENERALES

1. **Apellidos y Nombres del Experto:** AQUINO DOLORIER SARA GISELA
2. **Cargo e Institución donde labora:** DOCENTE UPSJB
3. **Tipo de Experto:** ESTADÍSTICA
4. **Nombre del Instrumento:** TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO ASOCIADO A LA OBESIDAD EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA, PERIODO 2015-2019
5. **Autor del Instrumento:** VIVIAN CAROLINA CHUMBIAUCA PEÑA

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21-40%	Bueno 41- 60%	Muy Bueno 61-80%	Excelente 81- 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90%
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90%
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances de la teoría sobre conocimientos, prácticas y actitudes adecuadas sobre la obesidad y trastorno mixto ansioso depresivo					90%
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems					90%
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					90%
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación de los factores asociados a la obesidad					90%
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos					90%
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90%
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítico, observacional, retrospectivo y transversal					90%

III.- Opinión de aplicabilidad: **ES APLICABLE**

IV.- Promedio de valoración: **90%**

DIRIS - LIMA SUR
CMI - "MANUEL BARRETO"
Sara Aquino Dolorier
Mg. Sara Aquino Dolorier
RESPONSABLE DE ESTADÍSTICA ADMISION

Firma del experto
DNI 07498001

INFORME DE OPINIÓN DE EXPERTO

I.- DATOS GENERALES

1. Apellidos y Nombres del Experto: Gomez Gonzales Walter Edgar
2. Cargo e Institución donde labora: Universidad Privada San Juan Bautista
3. Tipo de Experto: METODÓLOGO
4. Nombre del Instrumento: TRASTORNO MIXTO ANSIOSO DEPRESIVO ASOCIADO A LA OBESIDAD EN PACIENTES ADULTOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DEL HOSPITAL SAN JOSÉ DE CHINCHA, PERIODO 2015-2019
5. Autor del Instrumento: Vivian Carolina Chumbiauca Peña

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN

INDICADORES	CRITERIOS	Deficiente 00 – 20%	Regular 21-40%	Bueno 41- 60%	Muy Bueno 61-80%	Excele nte 81- 100%
CLARIDAD	Esta formulado con un lenguaje claro.					90
OBJETIVIDAD	No presenta sesgo ni induce respuestas					90
ACTUALIDAD	Está de acuerdo con los avances de la teoría sobre conocimientos, prácticas y actitudes adecuadas sobre la obesidad y trastorno mixto ansioso depresivo					90
ORGANIZACIÓN	Existe una organización lógica y coherente de los ítems					90
SUFICIENCIA	Comprende aspectos en calidad y cantidad.					85
INTENCIONALIDAD	Adecuado para establecer relación de los factores asociados a la obesidad					90
CONSISTENCIA	Basados en aspectos teóricos y científicos					90
COHERENCIA	Entre los índices e indicadores.					90
METODOLOGÍA	La estrategia responde al propósito de la investigación analítico, observacional, retrospectivo y transversal					90

III.- Opinión de aplicabilidad: **APLICABLE**

IV.- Promedio de valoración: **90%**

Lugar y fecha: 21 de mayo 2021




Dr. Walter Gómez Gonzales
 INVESTIGADOR PRINCIPAL
 CONCYTEC - MINSA - ESSALUD
 PROFESOR POSTGRADO

Firma del experto
DNI: 19836297