



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**ANSIEDAD EN OBESOS
EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN 2017**

**PRESENTADA POR
RAQUEL PALOMINO SUAREZ**

**ASESOR
FRANCISCO GABRIEL NIEZEN MATOS**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**LIMA – PERÚ
2017**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

La autora permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**ANSIEDAD EN OBESOS
EN EL HOSPITAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN 2017**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

**PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN PSIQUIATRÍA**

**PRESENTADO POR
RAQUEL PALOMINO SUAREZ**

**ASESOR
DR. FRANCISCO GABRIEL NIEZEN MATOS**

LIMA, PERÚ

2017

ÍNDICE

Páginas

Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la situación problemática	3
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos	5
1.3.1 Objetivo general	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4 Justificación	5
1.4.1. Importancia	5
1.4.2. Viabilidad	6
1.5 Limitaciones	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases teóricas	11
2.3 Definición de términos básicos	18
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	20
3.1 Formulación de la hipótesis	20
3.2 Variables y su operacionalización	20
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	21
4.1 Diseño metodológico	21
4.2 Diseño muestral	21
4.3 Procedimientos de recolección de datos	21
4.4 Procesamiento y análisis de datos	21
4.5 Aspectos éticos	23
CRONOGRAMA	23
FUENTES DE INFORMACIÓN	24
ANEXOS	29
1. Matriz de consistencia	30
2. Instrumentos de recolección de datos	32
3. Consentimiento informado	34

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la situación problemática

Es frecuente en la sociedad peruana observar a personas con obesidad, acaso es que el medio en que nos movemos aceptamos de manera “normal” o desapercibido esta epidemia global, que es causante de múltiples comorbilidades, entre ellas el englobe del síndrome metabólico y lo que representan las enfermedades crónicas conocidas como la diabetes e hipertensión, asociada también a problemas sociales, económicos, familiares, psicológicos como la depresión y ansiedad, siendo muy bien conocido las frases populares “el gordito feliz”, “el comer por ansiedad” o sobrenombres “cariñosos” como “el gordo”, “chachito”, “porki”, etc; que pueden causar en gran medida molestia o sufrimiento.

Se sabe que la ansiedad es un estado de ánimo relacionado a la normalidad en circunstancias de peligro o adversidad, ésta forma parte de la lucha de supervivencia en la evolución, aunque en algunas situaciones puede ser adecuada o adaptativa, en otras puede lograr ser desproporcionada al estrés que lo provocó, manteniéndose aún después del peligro y convirtiéndose en un trastorno mental por la mala adaptación. La ansiedad se caracteriza por el concepto de síntomas nucleares de miedo y preocupación excesivos¹, y otros síntomas como fatiga, alteraciones en la concentración, alteraciones del sueño, alteraciones en el apetito, irritabilidad, tensión muscular, fatiga, compulsiones, evitación fóbica, ataques de pánico e incremento de la activación o excitación, causando múltiples dificultades en la vida diaria de la persona afectada, siendo su diagnóstico netamente clínico.

Según la OMS en su nota descriptiva del 2016, la obesidad se define como una acumulación anormal o excesiva de grasa que puede ser perjudicial para la salud, y que es medible mediante el índice de masa corporal (IMC) igual o superior a 30, el IMC indica la relación simple entre el peso de una persona en kilos por el cuadrado de su talla en metros (kg/m^2). La obesidad es una

enfermedad crónica, poligenético, altamente prevalente en la población adulta, y multicausal, llegando a ser un problema de salud pública nacional, el Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI reveló que el 17,8% de la población de 15 y más años de edad según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2015 presenta obesidad, a nivel mundial la OMS en general a estimado que en el 2014 alrededor del 13% de la población adulta mundial (un 11% de los hombres y un 15% de las mujeres) eran obesos, y que la causa fundamental es un desequilibrio energético entre calorías consumidas y gastadas, como un aumento en la ingesta de alimentos de alto contenido calórico que son ricos en grasa o un descenso en la actividad física debido a la naturaleza cada vez más sedentaria de muchas formas de trabajo, los nuevos modos de transporte y la creciente urbanización.

La ansiedad como la obesidad son enfermedades frecuentes, muchas veces no diagnosticadas, existe mucha información sobre cada una ellas y sus tratamientos, sin embargo, no se ha puesto énfasis en la repercusión del trastorno mental y su relación con el grado de obesidad que tendría lugar en la falta de adherencia del tratamiento, problemas socioeducativos, laborales, familiares logrando a veces la discapacidad de la persona afectada, envolviéndose en un problema no sólo personal sino social, cayendo en un círculo vicioso arduo para trabajar. El Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren es un hospital de referencia, la cual cuenta con una gran demanda diaria de pacientes con obesidad, no encontrándose un estudio semejante de este nosocomio, por lo que sería trascendental ver la realidad social a groso modo de la Provincia del Callao.

1.2 Formulación del problema

¿Qué nivel de ansiedad presentan los adultos obesos que se presentan en el Consultorio Externo de Medicina Interna del Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2017?

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo general

Conocer el nivel de ansiedad de los adultos obesos que se presentan en el Consultorio Externo de Medicina Interna del Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2017.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Determinar la correlación entre el grado de ansiedad y el grado de obesidad en pacientes adultos que se presentan en el Consultorio Externo de Medicina Interna del Hospital Alberto Sabogal Sologuren de julio a diciembre del 2017.
2. Establecer el grado de ansiedad según el género en pacientes adultos con obesidad que se presentan en el Consultorio Externo de Medicina Interna del Hospital Alberto Sabogal Sologuren de julio a diciembre del 2017.
3. Identificar la edad media de pacientes adultos con obesidad que se presentan en el Consultorio Externo de Medicina Interna del Hospital Alberto Sabogal Sologuren de julio a diciembre del 2017 que presentan trastorno de ansiedad.
4. Precisar el estado civil de pacientes adultos con obesidad que se presentan en el Consultorio Externo de Medicina Interna del Hospital Alberto Sabogal Sologuren de julio a diciembre del 2017 que tienen trastorno de ansiedad.

1.4 Justificación del estudio

1.4.1. Importancia del estudio

Existe la necesidad de realizar el presente estudio ya que la obesidad es un problema de salud pública que se ha incrementado en los últimos años y que ha repercutido en múltiples afecciones médicas y calidad de vida es por eso que este estudio permitirá identificar la relación de severidad de la ansiedad en los pacientes adultos con obesidad, para realizar medidas preventivas, tratamiento específico o apoyo de salud mental que permitirá disminuir la

morbimortalidad en pacientes del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren.

1.4.2 Viabilidad del estudio

Debido a que será un estudio prospectivo permitirá recabar datos a corto plazo, pues este procedimiento se realizará circunscrito en el ámbito geográfico del Hospital Alberto Sabogal Sologuren, lugar en el cual hay presencia constante de médicos residentes y predisposición a la investigación por parte del personal asistencial, además por la disposición de tiempo y de recursos financieros suficientes (costo de traslado, costo de tipeado, tabulación) por parte del investigador.

1.5 Limitación del estudio

Esta investigación será realizada en pacientes adultos con diversos grados de obesidad, tratados en Hospital Alberto Sabogal Sologuren de Julio a Diciembre 2017, la mayor limitación podría darse en la adquisición de la talla y el peso de los pacientes ya que será tomada por el personal técnico de enfermería de turno, asimismo podría darse la limitación en la asequibilidad de los pacientes en cuanto el tiempo para desarrollar la escala de ansiedad. En cuanto a la edad de los pacientes, como se trata de adultos, osea mayores de 18 años, no habrá problemas de consentimiento informado a tutores. Éstas limitaciones serían un reto no complicado, ya que se dará información adecuada y consistente para que los pacientes sean voluntarios confortados para las evaluaciones, y de esta manera establecer si hay relación adicional de área afectiva asociada a la obesidad que no está siendo tratada.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

En 2015, la autora Sandra Muñoz et al, desarrolló una investigación de tipo descriptivo correlacional y diseño transversal, que incluyó como población de estudio a 89 adolescentes de 11 a 15 años de la ciudad de México. La investigación determinó que el IMC se relacionaba de forma positiva a la suma total del estrés cotidiano y a la ansiedad, entonces a mayor IMC, mayor estrés como ansiedad, teniendo significancia estadística.²

En 2014, Pompa Guajardo et al, desarrolló una tesis, de tipo correlacional descriptivo y diseño transversal, la muestra constaba de 601 estudiantes jóvenes de educación secundaria entre 11 y 16 años, siendo el 29.6% obesos (178 participantes). Esta investigación determinó que los jóvenes con sobrepeso y obesidad son 1.6 veces más susceptibles a tener problemas de ansiedad que las personas jóvenes no obesas en este estudio.³

En 2011, el autor González Ramírez et al, desarrolló una investigación de tipo cuasi experimental, participaron 35 niños obesos y 33 niños en el grupo de comparación. La investigación determinó un programa multidisciplinario de seis meses, en la disminución del IMC y la ansiedad en niños, cual concluyó que luego de implementar la participación de los padres a un grupo de niños, disminuyó la ansiedad y el IMC de manera significativa.⁴

En 2009, el autor Torres Mendoza et al, desarrolló una investigación de diseño transversal, que incluyó una población de 329 participantes adultos mexicanos, evaluando la asociación entre el IMC y ansiedad, se encontraron 131 obesos, concluyendo que los obesos presentaron mayor nivel de ansiedad moderada, teniendo por lo tanto una relación curvilínea.⁵

En 2010, Calderón C. et al, desarrollaron un estudio descriptivo, diseño transversal que incluyó 281 jóvenes entre 11 y 17 años. La investigación determinó si la ansiedad como la depresión estaban implicadas en jóvenes con obesidad, el trabajo concluyó en que los que presentaban obesidad mórbida presentaban más

ansiedad que depresión, y que hay un riesgo incrementado de perpetuar la obesidad por la insatisfacción corporal aunado con la ansiedad.⁶

En 2016, Nigatu et al, desarrollaron un estudio de cohortes multidisciplinario prospectivo, de 7 años, que incluyó 89 332 personas adultas, siendo 15.7 obesos, y el 36.1 presenta obesidad abdominal, la investigación determinó si los efectos combinados de la obesidad, la obesidad abdominal, la ansiedad y la depresión afectan la calidad de vida en salud, este trabajo concluyó afirmando que la obesidad y los trastornos del ánimo actúan sinérgicamente en la calidad de vida social y psicológica.⁷

En 2013, el autor Lin et al, presentó una investigación descriptiva, que incluyó como población a 841 pacientes de China. La investigación determinó los trastornos psiquiátricos de pacientes que buscan tratamiento para la obesidad, de esta manera el trabajo concluyó que el 42% presenta un trastorno psiquiátrico, entre ellos cerca del 20% se trata de los trastornos de ansiedad.⁸

En 2013, Brumpton et al, estudiaron la asociación de síntomas de ansiedad y depresión con el cambio de peso y la incidencia de la obesidad, la investigación fue un estudio cohorte prospectivo de 11 años, participaron 25 180 personas adultas. La investigación concluyó que se observó mayor aumento de cambio de peso en los participantes con ansiedad tanto en hombres como en mujeres, la depresión tuvo una débil influencia en el aumento de peso.⁹

En 2013, Ejike et al, desarrolló una investigación prospectiva, que incluyó 1584 participantes nigerianos – África, en donde se estudió la relación de la ansiedad con la obesidad, en esta investigación no se encontró una relación significativa entre la ansiedad y el IMC, o el grado de adiposidad, explica la posibilidad que la baja prevalencia de obesidad y ansiedad en la población estudiada pueda explicar la falta de asociación.¹⁰

En 2015, Chaudhari et al, presentan un estudio que determinó los problemas de salud mental en adultos con obesidad, el estudio fue descriptivo prospectivo que incluyó 60 participantes adultos, 30 eran obesos y 30 no obesos, concluyó que el 100% de los obesos presentan ansiedad leve, mientras los no obesos, era variable. La limitación que tuvo fue la muestra de pequeña dimensión.¹¹

En 2013, el autor Guedes et al, desarrolló un estudio descriptivo prospectivo, que incluyó 50 participantes adultos entre 18 y 50 años con sobrepeso y obesidad. La investigación determinó si había relación en la composición corporal y síntomas de depresión o ansiedad en individuos obesos con síndrome metabólico, concluyendo que en estos participantes con aumento de grasa corporal podría estar relacionada con comorbilidad psiquiátrica, sobre todo con la ansiedad en paciente con síndrome metabólico.¹²

En 2009, Gadalla et al, desarrolló una investigación tipo descriptivo, diseño transversal, que incluyó como población 329 participantes adultos, de los cuales 131 eran obesos, a predominio del sexo femenino. La investigación determinó la asociación entre la obesidad y la ansiedad, concluyendo que los obesos presentaban ansiedad a predominio de nivel moderado de manera significativa, comparado con los que presentaban sobrepeso que no fue significativo.¹³

En 2010, Garipey et al, desarrolló una investigación descriptiva, que incluyó la búsqueda de estudios epidemiológicos relacionados al vínculo de la ansiedad con la obesidad, encontrando un total de 16 estudios. La investigación concluyó que hay una relación positiva significativa moderada entre la obesidad y la ansiedad.¹⁴

En 2015, el autor Degirmenci et al, desarrolló una investigación de tipo prospectivo, que incluyó como población a 95 adultos, siendo 52 participantes IMC mayor a 30. La investigación determinó la relación entre los niveles de depresión y ansiedad, calidad de vida y autoestima en la obesidad, concluyendo que los niveles de ansiedad y depresión son altas, y tienen efectos negativos sobre la calidad de vida, la actitud de alimentación y la autoestima.¹⁵

En 2012, Folope et al, realizaron una investigación prospectiva, que incluyó como población a 130 participantes adultos obesos, en la cual determinaron si la calidad de vida se ve afectada en la obesidad, concluyendo que la ansiedad y la depresión alteran las funciones globales de la calidad de vida, encontrándose un 73% de ansiedad y 50% de depresión en este grupo de estudio, además a mayor IMC se encontró mayor angustia psicológica.¹⁶

En 2008, el autor Scott et al, desarrolló un estudio en la cual utilizaron encuestas transversales, incluyendo como población a 62 277 personas adultas de 13

países. La investigación determinó si había una asociación entre la obesidad y los trastornos mentales, el trabajo concluyó que se observaron asociaciones significativas entre la obesidad y la depresión, sin embargo, se mostró mayor con la ansiedad, sobre todo en los que presentaban obesidad severa, el estudio estuvo limitado por el auto informe del IMC.¹⁷

En 2014, Jagielski et al, desarrolló una investigación de tipo descriptivo prospectivo, que incluyó como población a 263 pacientes con obesidad mórbida, IMC mayor a 40. La investigación determinó si había asociación entre la adiposidad, el bienestar mental y calidad de vida en pacientes obesos mórbidos, cual concluyó que hay una alta prevalencia de síntomas de ansiedad mayor a 70% y depresión 66%, como menor calidad de vida, por la disminución de movilidad y actividades de la vida diaria en este grupo de pacientes.¹⁸

En 2016, Quintero et al, presentó un trabajo descriptivo, prospectivo, que incluyó como población 180 paciente con un IMC mayor a 30. La investigación determinó la psicopatología en pacientes con obesidad, concluyendo que el 33.3% de la muestra comenzó a tener obesidad desde la infancia, el 22.8% a partir de la adolescencia y el 43.9% restante ya en la edad adulta, además que el 80.9% presenta depresión, y el 56.39 % rasgos de ansiedad un 48.26% trastorno de ansiedad, teniendo significancia estadística.¹⁹

En 2013, el autor Portillo et al, desarrollaron un estudio transversal de diseño cuasiexperimental, que incluyó como población 125 niños en estados de desnutrición, obesidad y normopeso, siendo 40 obesos, concluyeron que tanto en los pacientes obesos como desnutridos se encontraron mayores problemas psicopatológicos, entre ellos la afectividad como depresión y ansiedad, sin embargo, más frecuente significativamente fue la ansiedad y podría estar relacionado bidireccionalmente.²⁰

En 2016, Esquivias et al, en un estudio descriptivo, donde consultaron las bases de datos EBSCO Research Database y PubMed y seleccionaron los artículos publicados de 2011 a la fecha para determinar la salud mental en el pacientes con obesidad en protocolo para cirugía bariátrica, el trabajo concluyó que el 35% de paciente obesos presentan ansiedad, y se conoce que hay coexistencia con la

depresión, luego de la intervención de la cirugía bariátrica en estos pacientes obesos se demostró que los trastornos del ánimo; ansiedad o depresión influyeron negativamente en el éxito del tratamiento.²¹

2.2 Bases teóricas

Obesidad

La obesidad es una de las enfermedades metabólicas de las más frecuentes en nuestro medio, es causa evolutiva de diferentes comorbilidades como la hipercolesterolemia, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, apnea del sueño, cáncer, trastornos psiquiátricos o psicológicos, trastornos respiratorios, artritis, estasis venosas en miembros inferiores y otros; por lo que su consideración a través de los años ha variado, por ejemplo en el siglo XIX formaba parte de las enfermedades que sólo causaba a la élite social, ya que ésta podía consumir alimentos en exceso, posteriormente, ya en el siglo XX gana su lugar en el ámbito sanitario por sus asociaciones patológicas como el hígado graso, la gota, cáncer, etc., además se comienza a valorar los trastornos mentales asociados a la persona obesa, como la bulimia, depresión, ansiedad y otros.²²

En comunidades del occidente la obesidad es considerada también un problema moral, ya que existe un estigma social en la cual se juzga a estas personas la posibilidad que tienen en sus manos de bajar de peso, osea el problema y la solución y no lo hacen porque son perezosas, además de ser vistos como débiles por ser carentes de fuerza de voluntad y autocontrol, todo esto acarrea que las personas obesas puedan sufrir, ya que no cumplen con los estándares de una sociedad que los critica, causando en ellos preocupación, miedo y ansiedad por no lograr metas personales y sociales.²⁹

Por toda esta situación, se inicia la búsqueda de tratamientos contra la obesidad; entre fármacos y procedimientos para incrementar el metabolismo, aumentar la saciedad y disminuir el apetito. Se consiguen algunos resultados con las hormonas tiroideas y las anfetaminas, sin embargo los efectos secundarios como la adicción, aumento de la frecuencia cardiaca u otros, no lo hacen promisorio, por

lo que aparecen dietas mágicas, que prometen adelgazamiento rápido con poco esfuerzo. A finales del siglo XX sólo nos quedan pocos fármacos para disminuir la ansiedad por la comida, además de la fibra. Jeffrey Friedman, médico norteamericano en el año 1996 describe al gen de la hormona leptina, encargado de la regulación del apetito, por ese tiempo las investigaciones reconocen neurotransmisores, péptidos y hormonas involucradas, y al adipocito como la auténtica glándula endocrina capaz de segregar más de treinta productos relacionados en la fisiopatología de la obesidad. Desde entonces se realizan investigaciones para ver aspectos genéticos, como las mutaciones, además de los hechos fisiopatológicos propios de la obesidad.²³ Interesa también conocer la composición corporal de los pacientes obesos para determinar las pautas de nutrición, actividad física y fármacos que sean necesarios en cada paciente. La obesidad es uno de las patologías más difíciles de tratar por los diferentes ámbitos que involucra aparte de la fisiopatología, en Perú las creencias y cultura alimentaria está en creer que comer es salud, es celebrar, es querer, más aún si es en exceso. Como se verá más adelante durante los últimos años se han propuesto diferentes productos para adelgazar, es una tarea difícil que pocos lo lograrán, ya que no sólo es medicación, sino además es, dieta, ejercicio físico, modificación de conducta, cambios en estilo de vida diaria, pasos que no pueden obviarse.²²

Definición y clasificación de la obesidad

Para unificar los criterios de obesidad se necesita una definición y cuantificación de la misma, se había observado epidemiológicamente que para clasificar a la obesidad tendría que partir de su comprensión, cuando hay un aumento anormal, distribución y acúmulo de grasa corporal se hablaría de obesidad, las poblaciones son genéticamente diferentes, por lo tanto de acuerdo a las razas se tendría que comparar el riesgo de ser obeso, la identificación de comorbilidades, el tratamiento y seguimiento, por lo que se llegó a un consenso según el IMC (Índice de Masa Corporal) y la circunferencial abdominal.

El IMC es un índice de peso en kilogramos sobre altura en metros cuadrados, de muy fácil cálculo, se correlaciona fuertemente con el grado de adiposidad total. La

Organización Mundial de la Salud clasifica a la obesidad en tres grados: Obesidad Grado I de 30 a 34.9 Kg/m², Obesidad Grado II de 35 a 39.9 Kg/m², Obesidad Grado III ≥ 40 Kg/m².²³

Cuando hablamos de obesidad el punto de corte más aceptado es IMC mayor igual a 30, sin embargo existen otros puntos de corte como la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición Americana (NHANES), que recomiendan un corte de 27.8 en varones y 27.3 en mujeres, con percentil 85. Cuando extrapolamos este percentil a otras poblaciones como África, no satisface las características de un obeso, o en el caso si la población norteamericana aumentara de peso, no se podría extrapolar a otras poblaciones. Otra medida como la medir el pliegue cutáneo no se ha extendido en uso, por lo que no se podría comparar con otras poblaciones.

La adiposidad abdominal se correlaciona fuertemente a las alteraciones cardiometabólicas, por lo que epidemiológicamente medir exactamente la grasa abdominal resultaba difícil, fue entonces que se creó la técnica de medición índice cintura cadera de punto de corte para hallar el acúmulo adiposo abdominal siendo mayor a 1 en hombres y mayor a 0,85 para mujeres, posteriormente se evidenció que medir el abdomen desde punto medio entre la cresta iliaca y el borde inferior de la última costilla mostraba fuertemente una correlación con la adiposidad abdominal, además que era una técnica más sencilla adaptable a cualquier población, siendo mayor a 95 en hombres y mayor a 82 en mujeres cuando hay riesgo cardiometabólico, pero si este riesgo fuera superior, sería un perímetro abdominal mayor a 102 en hombres y mayor a 88 en mujeres, estas medidas fueron usadas en estudios de Holanda, se tendrían que evaluar en otras poblaciones.²²

Epidemiología

La obesidad viene a ser una pandemia, de la cual nos familiarizamos, este mal es visible por donde caminemos, más no le prestamos la debida atención.²⁴

En la nota descriptiva 311 del 2016 de la OMS aseveró que entre 1980 y 2014 a nivel mundial a obesidad se había más que duplicado.

En el Perú, el INEI informó en el 2015 en una población de 34 583 personas mayores de 15 años, encontró que el 17.8% eran obesos, predominando el sexo

femenino, áreas urbanas y sobresalen en obesidad los departamentos de Tacna con 30,4%, Ica y Tumbes con 26,2%, Moquegua con 25,7% y el Callao con 25,4%.²⁵

Etiopatogenia y fisiopatología

La obesidad es la disregulación del balance energético entre el aporte de energía y el gasto, en éste se sabe que participan el sistema nervioso, digestivo y el adipocito.²²

La modulación de diferentes genes, asociado a la interacción de los factores ambientales, son las evidencias más fuertes a la actualidad que sugieren que la obesidad es una enfermedad poligénica, con más de sesenta regiones cromosómicas susceptibles; monogénica, todas relacionadas con el eje leptina melanocortina y puramente ambiental, asociado al sedentarismo y la ingesta inadecuada de alimentos, siendo ésta última la más conocida en el medio. Habrá mayor riesgo de obesidad si se ingiere alimentos altamente energéticos, como la comida rápida o alimentos envasados, bebidas gasificadas y zumos azucarados, si no realiza actividad física, si come grandes raciones, o si tiene un patrón alternado entre sobreingesta y restricción de alimentos, también se incluye la ingesta de alcohol.²²

La hormona leptina compuesto por sus 167 aminoácidos y los genes que regulan su producción desde el adipocito, ejecuta un efecto controlador de la homeostasis energética, modulando la ingesta, induciendo un efecto anorexigénico desde las neuronas del núcleo infundibular del hipotálamo, favoreciendo así la lipólisis del tejido adiposo, causando la disminución de estimuladores del apetito como el neuropéptido Y y la proteína r-agouti. También modula al sistema parasimpático, mediante una adecuada secreción de insulina y vaciamiento gástrico; al sistema simpático mediante la liberación de tirotrópina y la estimulación de los receptores NA. La serotonina nivel del hipotálamo está involucrada en la regulación de la ingesta, sobretodo de la grasas.

Los péptidos gastrointestinales como el GIP, CCK, PLG, la bombesina, enterostatina igualmente están implicados en la modulación de la ingesta, otros sistemas implicados son el endocrino, y neurovegetativo.²⁶

Hay múltiples enfermedades asociadas a la obesidad, como la DM2, HTA, Sd. Metabólico, ICC, Cardiopatía coronaria, ateriopatía periférica, apnea o hipopnea, hígado graso, hernia hiatal, ERGE, disfunción eréctil, PCOS, cáncer, etc; su efecto masa causa efectos mecánicos en articulaciones y otros órganos, el adipocito y sus consecuencias metabólicas incluyen la activación de citocinas inflamatorias, por lo que la obesidad es considerada una inflamación crónica leve, asociado además a conductas y respuestas psicológicas no saludables por ser considerada en nuestra sociedad mayormente una imagen poco atractiva. ²⁶

Tratamiento

El más recomendado en línea general son las terapias conductuales, dieta y ejercicios, una dieta con una baja ingesta de carbohidratos y grasas, actividad física de 60 minutos para bajar de peso y de 30 minutos para controlar el riesgo cardiometabólico. Hay intervenciones mediante fármacos aprobados por la FDA como los agentes adrenérgicos, serotoninérgicos, duales e inhibidores de lipasa, que generalmente ayudan al cambio mediante la regulación del apetito a nivel central. El tratamiento de cirugía bariátrica sobretodo está dado para pacientes con obesidad grave y que no hayan tenido resultado con los tratamientos antes explicados, requiere vigilancia médica de por vida por los efectos secundarios, uso de complementos de dieta, ausencia de trastorno psiquiátrico grave, no consumo de drogas y ausencia de trastornos endocrinos que causen obesidad. ²⁷

Ansiedad

La frecuencia de los trastornos de ansiedad es alta, uno de cada diez pacientes lo presenta, sin embargo, el diagnóstico puede estar solapado en una enfermedad orgánica o psiquiátrica, es por eso importante indagar, las quejas somáticas son las más frecuentes, las psicológicas sólo brotan cuando se pregunta, la ansiedad patológica provoca temor, sufrimientos hasta discapacidad, los pacientes están con miedo de hablarlo ya que muchos los consideran producto de la debilidad de carácter; todo médico puede diagnosticarlo, sólo se necesita una buena relación médico paciente, escuchar con atención, preguntar con celeridad e iniciar medidas higiénicas psicosociales, auto-educativas y farmacológicas si amerita, ya que la

ansiedad podría influir negativamente en el resultado del tratamiento de otra patología, es necesario familiarizarse con las patologías más frecuentes de salud mental, para la atención integral que se busca en cada paciente. ²⁸

Definición

La ansiedad es un mecanismo evolucionado de supervivencia “lucha-huída”, es una emoción normal en circunstancias amenazadoras, o incluso adaptativo, sin embargo cuando los síntomas nucleares de la ansiedad que son el miedo y la preocupación son excesivos, persistentes, desadaptativos que causan disfuncionalidad, o consecuencias indeseables como rechazo social o enfermedades, hablaremos de un trastorno de ansiedad. ³⁰

Si vemos la historia de la ansiedad, viene del latín anxietas, de ansiedad con una posición más crónica y larvada en la persona; y de la raíz indi europea angh de angustia, del verbo ango, con una posición más aguda y somática, que significa angosto, estrecho, constricción.

Las respuestas fisiológicas de la ansiedad activa diferentes mecanismos biológicos del SNC, cardiovascular, neuroendocrino, gastrointestinal e inmunológico, a nivel de la psiquis, el miedo va a estar relacionado con la inquietud, nerviosismo, incertidumbre, sensación de aprensión, van a presentarse en el paciente diferentes cuadros de ansiedad, puede ser agudo, paroxístico como el pánico, crónico como un rasgo de la personalidad, transitorio como un trastorno adaptativo. En el 2009 Kristensen et al. encontraron 110 síntomas corporales y 77 síntomas cognitivo-emocionales de la ansiedad, es lo que la hace tan exquisita a la hora de diagnosticarla, y a la vez también de asociarla a otras enfermedades no necesariamente de la psiqui. ³¹

Clasificación y Diagnóstico

Mediante la OMS se clasificó las enfermedades mentales para la estandarización del diagnóstico, clasificación y estadísticas psiquiátricas, actualmente en el CIE-10 la ansiedad se encuentra en el F40 y F41, dentro de los Trastornos neuróticos, secundarios a trastornos estresantes y Somatomorfos.

Dentro del F40 están los Trastornos de ansiedad fóbica (Agorafobia con y sin pánico), fobias sociales, fobias aisladas, y otras sin especificación.

Dentro del F41 están otros trastornos de ansiedad como el pánico, ansiedad generalizada, el trastorno mixto ansioso depresivo, otros trastornos mixtos de ansiedad y sin especificación.

Epidemiología

En el 2012 la OMS publicó que el 25% de las personas padecen de uno o más trastornos de la salud mental a lo largo de la vida, siendo la ansiedad la segunda más frecuente con 3,4% luego de la depresión con 5%, sin embargo el presupuesto destinado a salud mental es inferior al 2%.

En Perú, en el 2012 el INSM-HDHN publicó que más de 600 000 adultos de Lima han presentado algún problema de ansiedad, siendo los trastornos más frecuentes de atención: fobia social, TAG, TEPT, pánico, y agorafobia.

Etiología y Patogenia

Hay diferentes factores involucrados en la etiopatogenia de la ansiedad, en los biológicos está la vulnerabilidad genética, hay datos contundentes en los familiares de primer grado para la fobia social, TOC, y pánico; en la neuroquímica participan la hiperactivación NA, alteración de la regulación de la serotonina y la disminución del GABA. El eje hipotálamo hipofisario suprarrenal parece estar hiperactivado en el TAG, perpetuando la ansiedad. Asimismo, se han asociado ciertas regiones cerebrales con la ansiedad y circuitos que los regulan en la amígdala, locus ceruleus, hipocampo, corteza orbitofrontal, sustancia gris periacueductal y núcleo parabraquial.³³⁻³⁴

En los factores psicosociales se desprende diferentes teorías cognitivo conductuales (pensamientos distorsionados negativos que sobrevaloras algún estímulo amenazante o infravalora algún potencial personal), del aprendizaje (el estrés y la frustración experimentada condiciona otros estímulos, así como los acontecimientos traumáticos, causantes, agravante o causales que predispone en la edad adulta un trastorno de ansiedad) y psicoanalíticos (como la ansiedad por represión o desplazamiento).³³

Tratamiento

Existen múltiples tratamientos para el trastorno de ansiedad, depende del paciente, el tipo de trastorno y su grado de discapacidad. El tratamiento puede ir

desde psicoterapia, asociado con técnicas de relajación y respiración, terapia cognitivo conductual que es la técnica más aprobada en la actualidad. El tratamiento psicológico enfoca las pautas adecuadas para llevar a cabo el control de las situaciones estresantes que causan ansiedad, además del control de los pensamientos automáticos negativos que impiden llevar a cabo el desarrollo del paciente. Luego están el apoyo psiquiátrico con el tratamiento psicofarmacológico, que podría asociarse al psicoterapéutico, si el cuadro es de mayor incapacidad para sólo ser tratado con terapia, para eso es importante llevar un registro de las situaciones y pensamientos nocivos que no apoyan a la mejoría del cuadro ansioso.³⁵

2.3 Definición de términos básicos

- **OMS:** Organización Mundial de la Salud.
- **IMC:** Índice de masa corporal.
- **ENDES:** Encuesta Demográfica y de Salud Familiar.
- **INEI:** Instituto Nacional de Estadística e Informática.
- **Psicopatología:** Es una disciplina que estudia las enfermedades o trastornos mentales, su naturaleza y causa.
- **Cirugía bariátrica:** El término cirugía bariátrica deriva de la raíz griega baros, que significa relativo al peso. Define al conjunto de intervenciones quirúrgicas diseñadas para producir pérdidas importantes de peso.
- **PCOS:** Síndrome de Ovarios Poliquísticos.
- **Gastroplastía:** Es una operación gástrica restrictiva.
- **Agorafobia:** temores a lugares abiertos, sino también otros relacionados con ellos, como temores a las multitudes y a la dificultad para poder escapar inmediatamente a un lugar seguro
- **Fobia:** Ansiedad bien definida a una situación, lugar, objeto, que no son en sí mismos generalmente peligrosos.
- **OPS:** Organización Panamericana de la Salud.
- **GABA:** Ácido Gamma Amino Butírico. Neurotransmisor inhibitorio del sistema nervioso central.
- **NA:** Noradrenalina

- **ACTH:** Hormona adrenocorticotropa, corticotropina o corticotrofina.
- **Trastorno Somatomorfo:** Soma; cuerpo. Morfo, que expresa la idea de forma. Constituye un grupo de enfermedades psiquiátricas que están caracterizadas porque el paciente presenta síntomas corporales que sugieren un trastorno físico. Sin embargo, no existe ninguna causa orgánica demostrable o mecanismo fisiopatológico conocido que los explique completamente.
- **TAG:** Trastorno de Ansiedad Generalizada, es una ansiedad persistente, que no se limita a alguna circunstancia, es crónicamente nervioso, preocupado y con diversos presentimientos, con constantes quejas corporales entre ellos mareos, sudoración, temblor de manos, taquicardia, vértigo, etc.
- **TEPT:** Trastorno de Estrés Postrauma, Surge como una respuesta tardía a un estrés sumamente catastrófico o amenazante, tiene cierta predisposición, abarca recuerdos persistentes, reviviscencias, evitación real de algún cuadro parecido al trauma, hiperactividad vegetativa, de curso fluctuante.
- **TOC:** Trastorno Obsesivo Compulsivo, presencia de pensamientos obsesivos, irracional, excesivo que causan malestar, que llevan a cabo actos compulsivos que interfieren con la funcionalidad.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

No aplica.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo por su naturaleza	Indicador	Escala de medición	Categorías	Valores de las categorías	Medio de verificación
Obesidad	IMC mayor a ≥ 30.0 kg/m ²	Cualitativo	Peso sobre talla al cuadrado	Ordinal	Obesidad I Obesidad II Obesidad III	Obesidad grado I: 30.0-34.9 kg/m ² Obesidad grado II: 35.0-39.9 kg/m ² Obesidad grado III: ≥ 40.0 kg/m ²	Tarjeta de Talla y Peso
Ansiedad	Estado anímico de nerviosismo o inquietud.	Cualitativo	Escala de Hamilton para la Ansiedad	Ordinal	Ansiedad leve Ansiedad moderada Ansiedad severa	<17 = Leve ansiedad 18-24 = Moderada ansiedad 25-30 = severa ansiedad	Tarjeta marcada por el entrevistado
Género	Sexo fenotípico	Cualitativo	Femenino Masculino	Nominal	Femenino Masculino	Femenino Masculino	Tarjeta marcada por el entrevistado
Edad media de adulto	Promedio del conjunto de edades de los adultos con derecho civil entrevistados	Cuantitativo	Edad	Intervalo	Adulto	Mayor igual de 18 años y menor de 60 años.	Tarjeta marcada por el entrevistado y consentimiento informado.
Estado Civil	Condición de la persona según registro civil.	Cualitativo	Casado Soltero Viudo Divorciado	Nominal	Casado Soltero Viudo Divorciado	Casado Soltero Viudo Divorciado	Tarjeta marcada por el entrevistado

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

- Según el enfoque: Cuantitativo.
- Según la intervención del investigador: Observacional
- Según el alcance: Descriptivo
- Según la planificación: Prospectivo.

4.2 Diseño muestral

Población universo:

- Todo paciente adulto con obesidad.

Población de estudio

- Estará compuesta por todos los pacientes adultos con obesidad que serán atendidos por Consultorio Externo de Medicina Interna en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren del Callao durante los meses julio a diciembre 2017

Tamaño de la población de estudio

- Pacientes adulto obesos captado en consultorio externo de Medicina Interna en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren del Callao durante los meses julio a diciembre 2017, que abarcan un total aproximado 20 personas adultas con obesidad.

Muestreo

- Se seleccionará a todo paciente adulto que presenten un IMC mayor a 30 que serán captados en consultorio externo de Medicina Interna en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren del Callao durante los meses julio a diciembre 2017.

Criterios de selección

La población del estudio, cumplen los siguientes criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de Inclusión:

- Paciente con obesidad mayor de 18 años y menores de 60 años que serán atendidos por Consultorio Externo de Medicina General en el Hospital Alberto

Sabogal Sologuren del Callao durante los meses julio a diciembre 2017.

Criterios de Exclusión:

- Paciente con obesidad mayor de 18 años y menores de 60 años que presentan tratamiento psiquiátrico, menores de edad o aquel que no tenga la capacidad cognitiva y voluntaria de responder al cuestionario.

Para el caso del estudio el tamaño de la muestra serán aquellos que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.

4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Instrumento

Para el presente estudio se diseñó una tarjeta de recolección de datos estructurada de acuerdo a las variables necesarias de interés para el estudio (ANEXO 2). Asimismo, se encuentra la Escala de Hamilton para la Ansiedad para identificar el nivel de ansiedad de los participantes al estudio. (ANEXO 2)

4.4 Procesamiento y análisis de la información

Se realizará estadística descriptiva, según naturaleza de las variables definidas, se representarán en intensidad, frecuencia y promedio. Se construirán tablas simples y de doble entrada, circulares y de barras para graficar los resultados. Se realizará una ficha de recolección de datos y la Escala de Hamilton para Ansiedad validada Internacionalmente y en Perú, considerando que la interpretación es de la siguiente manera:

Cada ítem se califica según la gravedad (0 = no presente, 1 = leve, 2 = moderada, 3 = grave y 4 = severa) para un rango total de puntuación de 0-56, donde:

<17 = leve ansiedad

18-24 = Ansiedad Moderada

25-30 = ansiedad severa

4.5 Aspectos éticos

De acuerdo a los normal de ética de la investigación todas identidades de los sujetos en investigación serán resguardadas en el anonimato, asimismo, ya que se trata de un trabajo prospectivo se realizará consentimiento informado por escrito a cada uno de los participantes. (ANEXO 1).

CRONOGRAMA

MES 2017 SEMANA	JUN				JUL				AGOST				SET				OCT				NOV				DIC			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
ACTIVIDAD MENSUAL																												
Diseño del proyecto de investigación	X	X																										
Revisión bibliográfica			X	X																								
Recolección de información					X	X	X	X	X	X	X	X																
Registro de información en ficha									X	X	X	X	X	X	X	X	X	X										
Procesamiento y análisis de los datos																		X		X		X		X				
Elaboración del informe final																											X	X
Presentación de Trabajo de Investigación																												X

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Stephen M. Stahl. *Stahl's Essential Psychopharmacology*. Vol 1. Fourth Edition. New York: Cambridge University Press; 2013.
2. Muñoz, Sandra; Vega Valero, Cynthia Zaira; Berra, Enrique; Nava Quiroz, Carlos y Gómez, Gisel. Asociación entre estrés, afrontamiento, emociones e IMC en adolescentes. *RIPE*. 2015; Vol. 17 (1): 11-29. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/270934181/Revista-Intercontinental-de-Psicologia-y-Educacion-vol-17-num-1>
3. Pompa Guajardo, Edith y Meza Peña, Cecilia. Ansiedad manifiesta en jóvenes adolescentes con sobrepeso y obesidad. Tesis Psicológica. 2014; Vol.9 (2):150-172. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1390/139039784011.pdf>
4. González Ramírez, Mónica Teresa y Pompa Guajardo, Edith G. Disminución de la ansiedad y el índice de masa corporal en niños con sobrepeso y obesidad, después de un tratamiento multidisciplinario. *Ansiedad y Estrés*, 2011; Vol. 17 (2-3), 211-219.
5. Torres Mendoza, Blanca Miriam; Valdivia Hernández, Norberto; Flores Villavicencio, María Elena y Vázquez Valls, Eduardo. Asociación entre ansiedad y obesidad. *Ansiedad y Estrés*. 2009; Vol. 15 (1), 39-47
6. Calderón C, Fons M, Varea V. Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutrición hospitalaria*.2010; 25(4), 641-647.
7. Nigatu, Y. T., Reijneveld, S. A., Jonge, P. d., Rossum, E. v., & Bültmann, U. The combined effects of obesity, abdominal obesity and major Depression/Anxiety on health-related quality of life: The LifeLines cohort study. *PLoS One*. 2016; 11(2) Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0148871>
8. Lin, H., Huang, C., Tai, C., Lin, H., Kao, Y., Tsai, C., Yen, Y. Psychiatric disorders of patients seeking obesity treatment. *BMC Psychiatry*.2013; 13, 1. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-244X-13-1>

9. Brumpton B., Langhammer A., Romundstad P., Chen Y., Mai X. The associations of anxiety and depression symptoms with weight change and incident obesity: The HUNT study. *International Journal of Obesity*. 2013; 37(9), 1268-74. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/ijo.2012.204>
10. Ejike, C. Association between anxiety and obesity: A study of a young-adult nigerian population. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*. 2013; 4, 13-18. Disponible en: dx.doi.org/10.4103/0976-3147.116429
11. Chaudhari, V., Rejani, T. G. (2015). Mental health issues among adults with obesity. *Indian Journal of Health and Wellbeing*. 2015; 6(7), 684-687. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1718295992?accountid=14747>
12. Guedes E. P., Madeira E., Mafort T. T., Madeira M., Moreira R. O., Mendonça L., Farias M. L. F. Body composition and depressive/anxiety symptoms in overweight and obese individuals with metabolic syndrome. *Diabetology & Metabolic Syndrome*. 2013. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/1758-5996-5-82>
13. Gadalla, T. M., P. Association of obesity with mood and anxiety disorders in the adult general population. *Chronic Diseases in Canada*. 2009; 30(1), 28-35. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1115556008?accountid=14747>
14. Garipey G., Nitka D., Schmitz, N. The association between obesity and anxiety disorders in the population: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*. 2010; 34(3), 407-19. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/ijo.2009.252>
15. Degirmenci T., Kalkan-Oguzhanoglu N., Sözeri-Varma G., Özdel O., Fenkçi S. Psychological symptoms in obesity and related factors. *Noro-Psikiyatri Arsivi*. 2015; 52(1), 42-46. Disponible en: <https://search.proquest.com/docview/1684400357?accountid=14747>

16. Folope V., Chapelle C., Grigioni S., Coëffier M., Déchelotte, P. Impact of eating disorders and psychological distress on the quality of life of obese people. 2012; 28(7), e7-e13. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nut.2011.12.005>
17. Scott K. M., Bruffaerts R., Simon G. E., Alonso J., Angermeyer M., De Girolamo G., Von Korff M. Obesity and mental disorders in the general population: Results from the world mental health surveys. *International Journal of Obesity*. 2008; 32(1), 192-200. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.ijo.0803701>
18. Jagielski A. C., Brown A., Hosseini-Araghi M., Thomas G. N., Taheri, S. The association between adiposity, mental well-being, and quality of life in extreme obesity. *PLoS One*. 2014; 9(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0092859>
19. Quintero Javier, Félix Alcántara Miriam P., Banzo-Arguis Cristina, Martínez de Velasco Soriano Raquel, Barbudo Eduardo, Silveria Belen et al. Psicopatología en el paciente con obesidad. *Salud Ment [revista en la Internet]*. 2016 Jun [citado 2017 Abr 09]; 39(3): 123-130. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000300123&lng=es.
20. Portillo-Reyes, Verónica, Pérez-García, Miguel, Loya-Méndez, Yolanda, Hidalgo Ruzzante, Natalia, & Puente, Antonio. (2016). Perfiles psicopatológicos de obesos y desnutridos medidos con el CBCL/6-18. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 2016; 48(2), 108-116. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342016000200004&lng=en&tlng=es.
21. Esquivias-Zavala Héctor, Reséndiz-Barragán Aída Monserrat, García Fernando, Elías-López Daniel. La salud mental en el paciente con obesidad en protocolo para cirugía bariátrica. *Salud Ment [revista en la Internet]*. 2016 Jun [citado 2017 Abr 12]; 39(3): 165-173. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000300165&lng=es.

22. Clotilde Vázquez, Ana Isabel de Cos, Coral Calvo, Consuelo L. Nomdedeu. *Obesidad. Manual teórico-práctico*. España: Ediciones Díaz de Santos; 2011.
23. World Health Organization. *Obesity: preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation*. Switzerland: WHO; 2000.
24. Revilla T., et al. *Un gordo problema: sobrepeso y obesidad en el Perú*. Vol. 1. Primera edición. Ministerio de Salud: Lima-Perú; 2012.
25. Sánchez et al. *Perú: Enfermedades No Transmisibles y Transmisibles*, 2015. Vol. 1. Primera edición. Instituto Nacional de Estadística e Informática: Perú; 2016.
26. Emilio González Jiménez. *Obesidad: Análisis etiopatogénico y fisiopatológico*. *Endocrinol Nutr.* 2013; 60(1):17-24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.endonu.2012.03.006>
27. David G. Gardner, Dolores Shoback. *Greenspan Endocrinología básica y clínica*. Novena Edición. México: McGraw-Hill/Interamericana Editores; 2012.
28. Américo Reyes-Ticas. *Trastornos de ansiedad. Guía práctica para diagnóstico y tratamiento*. Honduras: editorial Unah, 2006.
29. Brites RL; Iusto BJ; Pinho SA. *Ansiedad y depresión en personas con obesidad de Paraguay*. *Salud & Sociedad*. 2015, vol. 6, 1.
30. Yagüe, L., Sánchez-Rodríguez, A. I., Mañas, I., Gómez-Becerra, I., & Franco, C. *Reducción de los síntomas de ansiedad y sensibilidad a la ansiedad mediante la aplicación de un programa de meditación mindfulness*. *Psychology, Society & Education*. 2016, 8.
31. Sarudiansky, Mercedes. *Ansiedad, angustia y neurosis. Antecedentes conceptuales e históricos*. *Psicología Iberoamericana*. 2013; vol. 21(2), 19-28. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133930525003>
32. Caballero et al. *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid; Editorial Médica Panamericana; 2004.
33. Orozco, W.N. *Trastornos de ansiedad: revisión dirigida para atención primaria*. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*. 2012(604): 497-507.

34. Sadock Benjamin J., Sadock Virginia A. Kaplan & Sadock. Sinopsis de Psiquiatría Clínica. Décima edición. España: Lippincott Williams & Wilkins; 2008.
35. Heinze, G., Camacho, P. Guía clínica para el manejo de la ansiedad. México: Instituto Nacional de Psiquiatría. 2010. 43.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Título de la investigación	Pregunta de investigación	Objetivos de la investigación	Hipótesis	Tipo, Diseño y Estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumentos de la recolección
Ansiedad en obesos en el Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2017	¿Qué nivel de ansiedad presentan los adultos obesos que se presentan en el Consultorio Externo de Medicina Interna del Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2017?	<p>Objetivo general</p> <p>Conocer el nivel de ansiedad de los adultos obesos que se presentan en el Consultorio Externo de Medicina Interna del Hospital Alberto Sabogal Sologuren 2017.</p>	No aplica	<p>-Según el enfoque: Cuantitativo.</p> <p>-Según la intervención del investigador: Observación al alcance: Descriptivo</p> <p>-Según la planificación: Prospectivo.</p>	<p>Población de estudio</p> <p>-Estará compuesta por todos los pacientes adultos con obesidad que serán atendidos por Consultorio Externo de Medicina Interna en el Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren del Callao durante los meses julio a diciembre 2017</p>	Ficha de recolección de datos y la Escala de Hamilton para Ansiedad
		<p>Objetivos específicos</p> <p>-Determinar la correlación entre el grado de ansiedad y el grado de obesidad en pacientes adultos que se presentan en el Consultorio Externo de Medicina Interna del Hospital Alberto Sabogal Sologuren de</p>			<p>Procesamiento de datos</p> <p>-Se realizará estadística descriptiva, según naturaleza de las variables definidas, se representarán en intensidad, frecuencia y promedio. Se construirán tablas simples y de doble entrada, circulares y de barras para graficar los resultados. Se realizará una ficha de recolección de</p>	

		<p>julio a diciembre del 2017.</p> <p>-Establecer el grado de ansiedad según el género en pacientes adultos con obesidad que se presentan en el Consultorio Externo de Medicina Interna del Hospital Alberto Sabogal Sologuren de julio a diciembre del 2017.</p> <p>-Identificar la edad media de pacientes adultos con obesidad que se presentan en el Consultorio Externo de Medicina Interna del Hospital Alberto Sabogal Sologuren de julio a diciembre del 2017 que presentan trastorno de ansiedad.</p> <p>-Precisar el estado civil de pacientes</p>			<p>datos y la Escala de Hamilton para Ansiedad validada Internacionalmente y en Perú, considerando que la interpretación es de la siguiente manera:</p> <p>Cada ítem se califica según la gravedad (0 = no presente, 1 = leve, 2 = moderada, 3 = grave y 4 = severa) para un rango total de puntuación de 0-56, donde:</p> <p><17 = leve ansiedad</p> <p>18-24 = Ansiedad Moderada</p> <p>25-30 = ansiedad severa</p>	
--	--	--	--	--	--	--

		adultos con obesidad que se presentan en el Consultorio Externo de Medicina Interna del Hospital Alberto Sabogal Sologuren de julio a diciembre del 2017 que tienen trastorno de ansiedad.				
--	--	---	--	--	--	--

2. Instrumentos de recolección de datos

TARJETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

NOMBRE (INICIALES).....FECHA:

1. EDAD:
2. PESO:
3. TALLA:
4. GÉNERO:
 - a. FEMENINO
 - b. MASCULINO
5. ESTADO CIVIL:
 - a. CASADO
 - b. SOLTERO
 - c. VIUDO
 - d. DIVORCIADO

ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD

N: NINGUNO
L: LEVE
M: MODERADO
G: GRAVE
S: SEVERO

ITEMS Y GRAVEDAD:	N	L	M	G	S
1. <i>Humor ansioso</i> (inquietud, espera de lo peor, aprensión [anticipación temerosa], irritabilidad)	0	1	2	3	4
2. <i>Tensión</i> (sensación de tensión, fatigabilidad, imposibilidad de relajarse, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse en un lugar)	0	1	2	3	4
3. <i>Miedos</i> (a la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales grandes, a las multitudes, etc.)	0	1	2	3	4
4. <i>Insomnio</i> (dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no satisfactorio con cansancio al despertar, malos sueños, pesadillas, terrores nocturnos)	0	1	2	3	4
5. <i>Funciones intelectuales</i> (dificultad de concentración, mala memoria)	0	1	2	3	4
6. <i>Humor deprimido</i> (falta de interés, no disfruta con sus pasatiempos, depresión, despertar precoz, variaciones del humor a lo largo del día)	0	1	2	3	4
7. <i>Síntomas somáticos generales (musculares)</i> (dolores y molestias musculares, rigidez muscular, sacudidas clónicas, rechinar de dientes, voz poco firme o insegura)	0	1	2	3	4
8. <i>Síntomas somáticos generales (sensoriales)</i> (zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo)	0	1	2	3	4
9. <i>Síntomas cardiovasculares</i> (taquicardia, palpitaciones, dolores en el pecho, latidos vasculares, extrasístoles)	0	1	2	3	4
10. <i>Síntomas respiratorios</i> (peso en el pecho o sensación de opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, falta de aire)	0	1	2	3	4
11. <i>Síntomas gastrointestinales</i> (dificultad para tragar, meteorismo, dispepsia, dolor antes o después de comer, sensación de ardor, distensión abdominal, pirosis, náuseas, vómitos, sensación de estómago vacío, cólicos abdominales, borborismos, diarrea, estreñimiento)	0	1	2	3	4
12. <i>Síntomas genitourinarios</i> (amenorrea, metrorragia, micciones frecuentes, urgencia de la micción, desarrollo de frigidez, eyaculación precoz, impotencia)	0	1	2	3	4
13. <i>Síntomas del sistema nervioso autónomo</i> (sequedad de boca, enrojecimiento, palidez, sudoración excesiva, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección)	0	1	2	3	4
14. <i>Comportamiento durante la entrevista</i> – General: el sujeto se muestra tenso, incómodo, agitación nerviosa de las manos, se frota los dedos, aprieta los puños, inestabilidad, postura cambiante, temblor de manos, ceño fruncido, facies tensa, aumento del tono muscular, respiración jadeante, palidez facial – Fisiológico: traga saliva, eructa, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria superior a 20 resp./min, reflejos tendinosos vivos, temblor, dilatación pupilar, exoftalmía, mioclonías palpebrales	0	1	2	3	4

INTERPRETACIÓN DE LA ESCALA DE HAMILTON PARA LA ANSIEDAD:

Cada ítem se califica según la gravedad (0 = no presente, 1 = leve, 2 = moderada, 3 = grave y 4 = severa) para un rango total de puntuación de 0-56, donde:

<17 = leve ansiedad

18-24 = Ansiedad Moderada

25-30 = ansiedad severa

3. Consentimiento informado

HOSPITAL NACIONAL ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN

Yo,..... con DNI....., declaro haber comprendido el objetivo de la investigación(Ansiedad en obesos) y sus riesgos. Asimismo, el médico....., con CMP.....me ha explicado lo suficiente con respecto al estudio, he podido hacer preguntas respecto al estudio, comprendo que mi participación es voluntaria y tengo el derecho de la reserva de mis datos, por lo que presto libremente mi conformidad para participar en este estudio.