



UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO DE PUNO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE NUTRICIÓN HUMANA



**RELACIÓN DE LOS NIVELES DE ESTRÉS, ANSIEDAD Y
DEPRESIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL PERSONAL
EN EL CENTRO DE SALUD ACORA – PUNO, 2019**

TESIS

PRESENTADA POR:

Bach. WALDIR JULINHO CANAZA YANCACHAJLLA

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADO EN NUTRICIÓN HUMANA**

PUNO – PERÚ

2021



DEDICATORIA

A Dios, quien ha estado conmigo a cada paso que doy, cuidándome y dándome fortaleza para continuar, mil gracias por haberme dado esta oportunidad por regalarme la vida y permitirme culminar satisfactoriamente este trabajo de investigación y darme la fortaleza para cumplir con mis metas trazadas.

A mí querida madre, Yola Yancachajlla Bautista y mí a familia por su apoyo incondicional y todos los años de entrega, dedicación en mi formación personal y profesional.

A mis amigos por brindarme su amistad, que durante la vida estudiantil fueron fuente de fortaleza y desarrollo de momentos únicos, de gran apoyo y optimismo para la superación y logro de la culminación de la vida universitaria.

Waldir Julinho Canaza Yancachajlla



AGRADECIMIENTOS

A mi alma mater Universidad Nacional del Altiplano de Puno, por la formación profesional recibida, a mis maestros por su entrega a la docencia, e inspiración para con nuestra profesión.

Agradezco también a mi asesor M. Sc Arturo Zaira Churata, por brindarme la oportunidad de recurrir a su capacidad y conocimiento para aplicarlo en el desarrollo de esta tesis.

A mis jurados de tesis; Mg. Rodolfo Adrian Nuñez Postigo, por el tiempo, dedicación, y orientación. A M.Sc. Jose Luis Carcausto Carpio y M.Sc. María Isabel Parrillo Onque por todo el apoyo percibido, expertas observaciones y orientaciones.

Mi sincero agradecimiento a todas las personas que contribuyeron, aportaron y fueron partícipes del presente trabajo de investigación.

Al Centro de Salud Acora por haberme dejado realizar mis prácticas preprofesionales.

Waldir Julinho Canaza Yancachajlla



ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
ÍNDICE GENERAL	
ÍNDICE DE FIGURAS	
ÍNDICE DE TABLAS	
ÍNDICE DE CUADROS	
ÍNDICE DE ACRÓNIMOS	
RESUMEN	10
ABSTRACT.....	11

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	14
1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA.....	21
1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA.....	21
1.5. OBJETIVOS	23
1.6. HIPÓTESIS.....	24

CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ESTRÉS	25
2.1.1. TIPOS DE ESTRÉS	25
2.1.2. FISIOPATOLOGÍA DEL ESTRÉS	26
2.1.3. FISIOLOGÍA DEL ESTRÉS.....	28
2.1.4. NIVEL DE ESTRÉS	30
2.2. ANSIEDAD	33
2.2.1. CLASIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD.....	34
2.2.2. NIVELES DE ANSIEDAD	36
2.3. DEPRESIÓN.....	37
2.3.1. FISIOPATOLOGÍA	38
2.3.2. CLASIFICACIÓN DE DEPRESIÓN	40
2.3.3. NIVELES DE DEPRESIÓN	42



2.4.	ESTADO NUTRICIONAL	45
2.4.1.	INDICADORES DEL ESTADO DE NUTRICIÓN	45
2.4.2.	ESCALA DASS 21	48
2.5.	MARCO CONCEPTUAL	49
CAPÍTULO III		
MATERIALES Y MÉTODOS		
3.1.	TIPO DE ESTUDIO	51
3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	51
3.3.	CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	52
3.4.	PERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	53
3.5.	MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS	54
3.6.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	58
3.7.	PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS	58
3.8.	DESCRIPCIÓN DEL PROCESAMIENTO DE DATOS	58
CAPÍTULO IV		
RESULTADOS Y DISCUSIÓN		
4.1.	NIVEL DE ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DEL PERSONAL EN EL CENTRO DE SALUD ACORA	61
4.2.	ESTADO NUTRICIONAL CON EL INDICADOR ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL PERSONAL EN EL CENTRO DE SALUD ACORA.	66
4.3.	COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS	68
V.	CONCLUSIONES.....	75
VI.	RECOMENDACIONES	76
VII.	REFERENCIAS.....	77
ANEXOS.....		85

ÁREA: Nutrición Pública

LÍNEA: Promoción de la salud de las personas

FECHA DE SUSTENTACIÓN: 18 de Marzo 2020



ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 : Mecanismo del estrés.....	28
---	-----------



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: Nivel de estres del personal en el Centro de Salud Acora, Puno – 2019.	61
TABLA 2: Nivel de ansiedad del personal en el Centro de Salud Acora, Puno – 2019.	62
TABLA 3: Nivel de depresión del personal en el Centro de Salud Acora, Puno – 2019.	64
TABLA 4: Estado nutricional según índice de masa corporal del personal en el Centro de Salud Acora, Puno – 2019.	66
TABLA 5: Estado nutricional y nivel de estres del personal en el Centro de Salud Acora, Puno – 2019.	68
TABLA 6: Estado nutricional y nivel de ansiedad del personal en el Centro de Salud Acora, Puno – 2019.	70
TABLA 7: Estado nutricional y nivel de depresión del personal en el Centro de Salud Acora, Puno – 2019.	72



ÍNDICE DE CUADROS

CUADRO 1: Clasificación de la valoración nutricional según índice de masa corporal del (imc).....	47
--	----



ÍNDICE DE ACRÓNIMOS

OMS: Organización Mundial de la Salud

ONU: Organización de las Naciones Unidas

FAO: (Food And Agriculture Organization) Organización de las Naciones Unidas
para la Agricultura y la Alimentación

IMC: Índice de Masa Corporal

PAB: Perímetro Abdominal

INS: Instituto Nacional de Salud

NTS/NT: Norma Técnica de Salud

CENAN: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición

OPS: Organización Panamericana de la Salud



RESUMEN

El presente trabajo de investigación “Relación de los niveles de estrés, ansiedad y depresión con el estado nutricional del personal en el Centro de Salud Acora – Puno, 2019.” Tuvo como objetivo, determinar la relación entre los niveles de estrés, ansiedad y depresión con el estado nutricional del personal en el Centro de Salud Acora del distrito de Acora, provincia de Puno, 2019. Metodología: tipo de estudio fue descriptivo, analítico y de corte transversal. La población de estudio fue de 100 trabajadores en el centro de salud y la muestra fue de 79 trabajadores obtenida por muestreo aleatorio simple. El estado nutricional se determinó mediante el indicador índice de masa corporal (IMC), el método que se utilizó fue la encuesta para el estrés, ansiedad y depresión. En el tratamiento de datos, se utilizó la Chi cuadrada de Pearson para comprobar la hipótesis de estudio, haciendo uso del programa SPSS versión 23. Resultados: del total del personal encuetado se muestra el nivel de estrés el 38,0% tiene un nivel de estrés moderado, el 25,3% un nivel normal, el 20,3% un nivel leve, el 15,2% un nivel severo. El nivel de ansiedad se observa, el 26,6% tiene un nivel de ansiedad leve, el 24,1% un nivel normal, con un porcentaje igual de 24,1% un nivel severo, el 19,0% tiene un nivel moderado. El nivel de depresión se observa, el 41,8% tiene un nivel de depresión normal, el 27,8% un nivel moderado, el 26,6% un nivel leve, el 2,5% un nivel severo. Por otro lado el estado nutricional según el indicador IMC se encontró que el 48,1% tiene sobrepeso, el 35,4% tiene un IMC normal y el 16,5% tiene Obesidad de grado I. Entre las variables los niveles estrés, depresión, ansiedad y el estado nutricional no se encontró relación significativa según el análisis estadístico.

Palabras Clave: Estado nutricional, estrés, ansiedad, depresión.



ABSTRACT

The present research work "Relationship of stress, anxiety and depression levels with the nutritional status of the personnel in the Acora Health Center - Puno, 2019." It had as objective, to determine the relationship between the levels of stress, anxiety and depression with the nutritional status of the staff at the Acora Health Center in the district of Acora, province of Puno, 2019. Methodology: the type of study was descriptive, analytical and cross-sectional. The study population was 100 workers in the health center and the sample was 79 workers obtained by simple random sampling. Nutritional status was determined using the body mass index (BMI) indicator, and the method used was the survey for stress, anxiety and depression. In data processing, Pearson's Chi-square was used to test the study hypothesis, using the SPSS program version 23. Results: of the total personnel surveyed, the level of stress showed that 38.0% had a moderate level of stress, 25.3% a normal level, 20.3% a mild level, 15.2% a severe level. The level of anxiety is observed, 26.6% have a mild level of anxiety, and 24.1% a normal level, with an equal percentage of 24.1% a severe level, 19.0% have a moderate level. The level of depression is observed, 41.8% have a normal level of depression, 27.8% a moderate level, 26.6% a mild level, 2.5% a severe level. On the other hand, the nutritional status according to the BMI indicator showed that 48.1% were overweight, 35.4% had a normal BMI and 16.5% had grade I obesity. No significant relationship was found between the variables stress, depression, anxiety and nutritional status according to the statistical analysis.

Key Words: Nutritional state, stress, anxiety, depression.



CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, se reconoce que el estrés es uno de los principales problemas para la salud, por las dimensiones que ha adquirido es tratada como un problema de salud pública, estudios de la OMS han asegurado que el estrés es la epidemia del mundo actual. Pues este viene afectando cada vez más a personas de diferentes edades que se encuentran en diversos contextos presionados por múltiples eventos. El estrés es descrito como cierta tendencia a reaccionar a los acontecimientos estresantes con síntomas tales como tensión, irritabilidad y activación persistente, con un bajo umbral para ser perturbado o frustrado.

Por otro lado la ansiedad y la depresión son enfermedades frecuentes, según la OMS afecta a unas 350 millones de personas en el mundo. Es considerada como un problema de salud serio especialmente cuando es de larga duración y de intensidad moderada a grave, causando problemas en el entorno familiar, laboral y social. La ansiedad es descrita en torno a los síntomas físicos de excitación, ataques de pánico, tensión muscular y miedo (temblor o desmayo), destacando los vínculos entre un estado prolongado de ansiedad y una respuesta aguda de miedo. Mientras que la depresión como un trastorno compuesto por síntomas típicamente asociados con estado de ánimo disfórico (como la tristeza, desesperanza, autodepreciación e inutilidad). Descriptivamente, este síndrome es caracterizado principalmente por una pérdida de la autoestima y el incentivo, asociada a una baja probabilidad de lograr las metas vitales significativas para la persona.(1,2)

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Por lo que el estado nutricional refleja el grado de satisfacción de las necesidades fisiológicas nutricionales de un sujeto. Cuando las personas consumen los



nutrientes necesarios para su edad, talla y actividad física que realizan, tendrán una salud óptima, mientras que cuando se ingiere insuficiente o excesiva cantidad de nutrientes esta se compromete.

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estrés, la ansiedad y depresión se han convertido en uno de los síndromes más frecuentes en el mundo laboral. Amenaza la salud de uno de cada cinco trabajadores en el mundo. En casi todas las profesiones, la prevalencia es alta y el número de casos continúa aumentando. Las enfermedades mentales se suman a los problemas laborales anteriores: falta de seguridad, ambientes tóxicos, etc. (3)

Hoy en día el estrés, la ansiedad, depresión en los profesionales de la salud no recibe la suficiente atención en el ámbito de la investigación. Dentro del campo ocupacional del profesional de salud existen factores estresantes, factores depresivos tales como la salud física y mental, situaciones familiares, económicas, laborales, alteraciones en la rutina, entre otros; a los que a todo profesional afecta su desempeño laboral y dentro de esta se agrega el cansancio, agotamiento, alta tensión laboral.(3)

La última encuesta del Instituto Integración, realizada a 2,200 personas en departamentos del Perú, arroja que el 58% de los peruanos sufre de estrés. Esto quiere decir que seis de cada diez peruanos se sienten estresados en su vida cotidiana. El estudio señala que las mujeres reportan mayores niveles de estrés (63%) que los hombres (52%). En la actualidad el estrés es un fenómeno muy frecuente en el mundo laboral por que la carga laboral, los problemas familiares, la incapacidad de delegar funciones y la falta de trabajo en equipo generan que los empleados sufran estrés. En el país, el 70% de estos asalariados de empresas privadas y estatales padecen la enfermedad, pero pocas firmas adoptan una solución al respecto.(4)



La depresión se convertirá en la segunda causa principal de discapacidad a nivel mundial; de manera específica, en países desarrollados, ocupará el tercer lugar y, en países en vías de desarrollo como el Perú, dicha enfermedad ocupará el primer lugar. Según el último estudio epidemiológico de salud mental en Lima metropolitana y el Callao realizado el por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, el desorden mental más frecuente es el episodio depresivo (17,2%). A pesar que la mayor parte de pacientes con depresión son atendidos en atención primaria, sólo un 50-70%. (5,6)

Según el Informe técnico de la Dirección Ejecutiva de Vigilancia Alimentaria y Nutricional – DEVAN, del estado nutricional en el Perú por etapas de vida, tuvo como resultado. El estado nutricional de los adultos, mostró predominio del sobrepeso 46.1%, obesidad I 18.6%, obesidad II 4.2%, y obesidad III 1%. Se observó que el sobrepeso fue mayor en los varones 48.8%, que en las mujeres 43.8%, pero la obesidad fue mayor en mujeres que en varones.(7)

1.2. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

A NIVEL INTERNACIONAL

PEREIRA RODRIGUES, ET AL, “Depresión y ansiedad y su relación con el perfil antropométrico de los pacientes en rehabilitación cardíaca fases I y II”, Objetivo: Determinar los niveles de depresión y ansiedad, y su relación con el sobrepeso y la obesidad, en pacientes que asisten a rehabilitación cardíaca fases I y II. Método: Se hizo la selección de 50 participantes de rehabilitación cardíaca (25 de fase I y 25 en fase II). Se utilizó la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para la detección de trastornos de ansiedad y depresión. Como también, la media, desviación estándar y el coeficiente de correlación de Pearson con un grado significativo de $p < 0,05$. Resultados:



Los 50 participantes (66% hombres) tenían una edad promedio de $63,86 \pm 10,99$, con diagnósticos se encontró una depresión de 36% y ansiedad de 30%. Conclusiones: Existe una alta prevalencia de depresión y ansiedad en los programas de rehabilitación cardíaca, su frecuencia es mayor en la fase I en comparación con la II. Además, se encontró que existe una correlación moderada leve entre la ansiedad y el normopeso y la obesidad, al igual que entre la depresión frente.(8)

DOSIL M. Et Al, “Psychological Symptoms in Health Professionals in Spain After the First Wave of the COVID-19 Pandemic” El objetivo del presente estudio era evaluar los niveles de estrés, ansiedad, depresión, estrés postraumático y fatiga compasiva en los profesionales sanitarios. La muestra estaba formada por 973 profesionales sanitarios: 16,5% hombres, 82,9% mujeres y una persona no binaria. Los datos se recogieron mediante un cuestionario online enviado a los participantes por correo electrónico. Se utilizó el DASS-21 para medir la ansiedad, el estrés y la depresión, el PCL-C para medir el estrés postraumático y el ProQOL -vIV para medir la fatiga por compasión. Además, se evaluaron otras variables descriptivas que podrían estar relacionadas con estos niveles de sintomatología psicológica. Los resultados revelan que tras la sobrecarga de trabajo experimentada durante la pandemia de COVID- 19, los trabajadores sanitarios manifiestan síntomas psicológicos, estrés postraumático y fatiga por compasión. Por lo tanto, se recomienda proporcionar a estos profesionales ayuda psicológica para reducir el impacto emocional de la COVID-19 y, en consecuencia, mejorar su salud mental.(9)

BOLÍVAR MONTENEGRO, Fernando; BOLAÑOS SEBASTIÁN, Gabriel; YUMISEVA, Marín “Aplicación de la escala dass-21 para valorar depresión, ansiedad y estrés en los profesionales de salud del hospital de especialidades Eugenio espejo en los meses de julio-agosto del 2016 Objetivo: Identificar si existe Depresión, Ansiedad y



Estrés en los profesionales de salud del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo mediante el empleo de la escala DASS-21 en los meses de julio-agosto 2016. Métodos: Se estudiaron 93 médicos y 88 enfermeras de Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito. Resultados: El sexo masculino se presentó en un 40.33%, mientras que el femenino fue del 59.67%, La prevalencias encontradas con la escala DASS-21 fueron en depresión del 55.2%, ansiedad un 36.46% y un 9.94% para estrés en los profesionales de salud del HEEE. El sexo femenino fue el que mayor prevalencia reportó. Conclusiones: De los tres trastornos psicopatológicos estudiados el que se presentó en mayor porcentaje fue depresión, seguido de ansiedad y por último el estrés. Se observó mayor depresión en profesionales de medicina que de xiii enfermería. El grado de depresión que más profesionales presentó fue el moderado, seguido por los grados leve, severo y extremo en ambas profesiones. Además se conoció mayor prevalencia de trastornos psicopatológicos en el sexo femenino.(2)

ANTÚNEZ, Zayra; VINET V. “Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS – 21): validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios chilenos”; Debido a la alta tasa de trastornos ansiosos, depresivos y estrés en universitarios, el objetivo de este trabajo fue determinar las características psicométricas de las Escalas Abreviadas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21) en universitarios chilenos, lo cual contempló la validación del mismo. La muestra estuvo constituida por 484 estudiantes de la Universidad Austral de Chile, seleccionados mediante un muestreo probabilístico por conglomerados, utilizando un diseño correlacional transversal. La validez de constructo se verificó mediante análisis factorial exploratorio, el que arrojó una estructura de tres factores, explicando el 49,99 % de la varianza total. La validez concurrente y divergente fue verificada con el BAI, BDI – II y SCL – 90 – R. Mediante Alpha de Cronbach se constató la adecuada confiabilidad y consistencia interna del DASS – 21.(1)



A NIVEL NACIONAL

ALBINACORTA RIVERA, Kelly Liseth, “Nivel de estrés laboral del personal de enfermería de centro quirúrgico del hospital José Agurto Tello Chosica, 2017”; El objetivo fue determinar el nivel de estrés laboral en el personal de enfermería de Centro Quirúrgico del Hospital José Agurto Tello – Chosica 2017. Material y Método. El estudio es de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte trasversal. La población estuvo conformada por 30. Resultados. Del 100% (30), 60% (18) tienen medio, 33% (10) bajo y 7% (2) alto. En agotamiento emocional, 37% (11) tienen medio, 57% (17) bajo y 6% (02) alto. En la despersonalización 40% (12) tiene medio, 57% (17) bajo y 3% (01) alto, en realización personal 47% (14) es medio, 16% (05) alto y 37% (11) bajo. Conclusiones el mayor porcentaje del personal de enfermería es medio, seguido de un porcentaje significativo bajo y un mínimo porcentaje alto, en la dimensión agotamiento emocional en su mayoría es bajo porque no se sienten frustrados en su trabajo, no se cansan al trabajar en contacto directo con la gente, en la dimensión despersonalización es de medio a bajo ya que sienten que realmente les importa lo que les ocurra a sus pacientes y no los tratan como si fueran objetos impersonales, en la dimensión realización personal es de medio a alto ya que en su trabajo los problemas emocionales son tratados adecuadamente, sienten que influyen positivamente con su trabajo en la vida de las persona.(10)

ZAPATA SUSANIVAR, Talía Minerva, “Depresión y ansiedad en estudiantes de una academia preuniversitaria de lima – 2014”; objetivo: determinar los síntomas de depresión y síntomas ansiosos en estudiantes de una academia preuniversitaria de lima. 2014. materiales y métodos: este trabajo según el problema y los objetivos planteados, es de nivel cuantitativo, método descriptivo de corte trasversal. Se utilizó una encuesta



sociodemográfica y las escalas de zung de depresión y ansiedad la cual se aplicó a 149 estudiantes preuniversitarios del turno mañana. Resultados: se encontró que el 77.2%(115) no presenta síntomas ansiosos y el 22,8%(34) tiene ansiedad leve-moderada. El 68,5%(102) no tienen síntomas depresivos y 30,9%(46) con depresión leve. Los estudiantes de la edad de 17 a 18 años con 14,8%(22) y el sexo masculino con 17,4%(26) presenta ansiedad leve-moderada. De igual forma la edad de 17 a 18 años con 18.1%(27) y el sexo masculino con 16.8%(25) presente depresión leve. Conclusiones: los estudiantes de la academia aduni presentan ansiedad moderada en el 22.8%. Los estudiantes de la academia aduni presenta depresión leve en un 30.9%. (11)

MAMANI PALACO, Carmen Gabriela, “Creencias nucleares en trastornos alimenticios y síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes preuniversitarias” este estudio exploró la correlación entre las creencias nucleares de los trastornos alimenticios, y la sintomatología de ansiedad y depresión. La muestra del estudio incluyó a 517 alumnas, entre 15 y 22 años. Los resultados indican una alta correlación significativa entre 4 creencias nucleares de los trastornos alimenticios y los síntomas ansiosos. También indica una alta correlación positiva significativa entre 4 creencias nucleares de trastornos alimentarios, y una correlación negativa significativa alta entre 1 creencia nuclear de trastornos alimentarios y los síntomas depresivos. Estos resultados indican que las creencias nucleares de los trastornos alimentarios están asociadas a los síntomas de ansiedad y depresión.(12)

A NIVEL LOCAL

MAMANI HUANCA Diana Carolina, “Depresión, ansiedad y estado nutricional del adulto mayor albergado en centros de atención residencial de la provincia de puno y chucuito, agosto – octubre del 2016”; el objetivo, determinar la influencia de la depresión,



ansiedad y el Estado Nutricional del Adulto Mayor Albergado en los Centros de Atenciones Residenciales de la Provincia de Puno y Chucuito. La población y muestra estuvo constituido por 27 adultos mayores. Se obtuvo como resultado en el CARPAM (Centro de atención residencial para el adulto mayor) SAN SALVADOR y VIRGEN DEL ROSARIO en un nivel de depresión severa con mayor porcentaje y depresión moderada en menor porcentaje. El Nivel de Ansiedad fue en mayor porcentaje con ansiedad severa, y un menor porcentaje con ansiedad moderada. El estado nutricional, el mayor porcentaje presenta malnutrición, y un mínimo porcentaje con estado nutricional normal. Al comprobar estadísticamente la hipótesis, Según la regresión lineal simple utilizado para determinar la influencia, se muestra que la variable depresión y ansiedad influye en el estado nutricional del adulto mayor, por lo tanto se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula; esto demuestra que al estar el adulto mayor deprimido y ansioso esta se ve reflejado es su estado nutricional.(13)

ALVARO MORALES Ruth Mery, “El estrés y la relación con el desempeño laboral del personal administrativo de la red de salud melgar Ayaviri- 2017”; como objetivo: Determinar la relación que existe entre el estrés con el desempeño laboral que presenta el personal administrativo. La población total fue 58 trabajadores de distintas áreas. El procesamiento estadístico utilizado es el SPSS. Se obtuvo como resultado la relación entre las variables estrés y desempeño laboral ya que están asociadas en forma negativa, es decir algunas veces en un 47 % los superiores no piden la participación de los trabajadores generando reacciones de estrés en el puesto de trabajo porque las actividades no son bien planificadas, sin embargo las reacciones físicas en un 60 % se manifiestan como rascarse , problemas de indigestión , también afirman que las reacciones psicológicas en un 55 % se manifiestan en la incapacidad de relajarse y estar tranquilo, los trabajadores presentan raras veces reacciones compórtales.(4)



CONDORI CCAMA Maryela Rossi, “Depresión, estrés y estado nutricional en personas privadas de su libertad del establecimiento penitenciario Yanamayo Puno - 2019”, objetivo determinar la influencia de los niveles de depresión, estrés con el estado nutricional de personas privadas de su libertad del establecimiento penitenciario Yanamayo; la metodología: este estudio es de tipo descriptivo y analítico correlacional, y se utilizó una muestra no probabilística de 232 internos. Resultados: Más del 28.9% presentan depresión severa y 0.9% presentan depresión ausente. El 50% tiene estrés moderado y el 4.7% no presentan estrés. Según índice de Masa Corporal, el 56.2% presenta sobrepeso y obesidad y el 0.4% delgadez. Al analizar el PAB, el 57.3% presenta un nivel bajo y 24.1% un nivel alto en los internos del establecimiento penitenciario Yanamayo - Puno. Existe influencia del nivel de estrés y depresión sobre el perímetro abdominal ya que la Sig. < a 0,05 y no hay influencia de sobre el índice de Masa Corporal siendo la Sig. > a 0.05 con un nivel de confianza al 95 %.(14)

RAMOS QUISPE Judith Rosario, “Estrés académico en relación al estado nutricional de los estudiantes de la Escuela Profesional de Nutrición Humana UNA-PUNO 2019” objetivo; determinar el estrés académico en relación al estado nutricional de los estudiantes de Nutrición. Metodología: el tipo de estudio fue descriptivo, analítico y de corte transversal. La población de estudio fue de 454 estudiantes de 18 a 25 años de edad, de ambos sexos y la muestra fue de 60 estudiantes. Entre los resultados el estrés académico según categorización es alto y se presenta conforme a; reacciones fisiológicas (48%), situaciones estresantes (46.7%) y reacciones psicológicas (45%); el estrés académico medio afecta en las reacciones comportamentales (53.3%) y situaciones estresantes (45%). El estado nutricional según el indicador IMC se encontró que el 60% presentan sobrepeso, el 36.7% normal y el 3.3% obesidad I; con el indicador PAB se encontró que el 48.3% presentan riesgo alto, el 33.3% riesgo bajo y el 18.4% riesgo muy



alto. No fue significativa la relación entre las categorías de estrés académico e IMC para situaciones estresantes ($p=0.995$), reacciones fisiológicas ($p=0.840$), reacciones psicológicas ($p=0.664$) y reacciones comportamentales ($p=0.805$).⁽¹⁵⁾

1.3. FORMULACION DEL PROBLEMA

INTERROGANTE GENERAL

¿Cuál es la relación de los niveles de estrés, ansiedad y depresión con el estado nutricional del personal en el Centro de Salud Acora, del distrito de Acora, provincia de Puno, 2019?

INTERROGANTES ESPECÍFICAS

1. ¿Cuál es el nivel de estrés del personal en el Centro de Salud Acora del distrito de Acora, provincia de Puno, 2019?
2. ¿Cuál es el nivel de ansiedad del personal en el Centro de Salud Acora del distrito de Acora, provincia de Puno, 2019?
3. ¿Cuál es el nivel de depresión del personal en el Centro de Salud Acora del distrito de Acora, provincia de Puno, 2019?
4. ¿Cuál es el estado nutricional del personal en el Centro de Salud Acora del distrito de Acora, provincia de Puno, 2019?
5. ¿Cuál es la relación del estrés, ansiedad y depresión en el estado nutricional del personal en el centro de salud del distrito de Acora, provincia de Puno, 2019?

1.4. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

El presente trabajo de investigación tiene como propósito determinar la relación con los niveles de estrés, ansiedad y depresión sobre el estado nutricional del personal en el Centro de Salud Acora. Es muy frecuente estar sometido a cualquier tipo de agresión,



emocional, física, social, laboral, familiar, económica o de otro tipo, que exija una respuesta del individuo esto es conocido como Estrés, ansiedad y depresión.

La última encuesta del Instituto Integración, realizada a 2,200 personas en departamentos del Perú, arroja que el 58% de los peruanos sufre de estrés. Esto quiere decir que seis de cada diez peruanos se sienten estresados en su vida cotidiana. El estudio señala que las mujeres reportan mayores niveles de estrés (63%) que los hombres (52%).

El Estrés se presenta en el ambiente laboral en forma crónica y sostenida, los sujetos pueden desarrollar alteraciones en la conducta, la personalidad y los ideales del personal de salud pueden ser afectados, deteriorando la calidad de la atención profesional. (3)

La Depresión constituye un problema social de primer orden: en la actualidad es la quinta causa de discapacidad en todo el mundo, afecta a más de 300 millones de personas en el mundo y es la principal causa mundial de discapacidad. En casos de mayor severidad puede llevar al suicidio. En el Perú, según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES), entre los años 2014 y 2015, la prevalencia estimada de depresión fue de 14%.(16)

Así mismo, se ha estimado que aproximadamente el 10% de la población mundial padece de algún trastorno de ansiedad, de los cuales solo el 27,6% recibieron tratamiento. En el Perú, este trastorno psiquiátrico tiene una prevalencia actual de 1,9%, sin embargo, no es diagnosticado oportunamente y el tratamiento generalmente está postergado.(16)

Las consecuencias del estrés, la ansiedad y depresión en los profesionales de salud son especialmente graves y visibles por la constante exposición pública de su trabajo y el factor añadido de su vocación de servicio. La relación profesional con el paciente no es



fácil y requiere una serie de herramientas, de competencias, habilidades y actitudes por parte del personal de salud.(3)

Dentro de las razones por las que se tuvo en cuenta, que nuestra población esté constituida por profesionales de la salud; fue debido a que hay pocas investigaciones relacionadas al estado nutricional con el estrés, ansiedad y depresión en el personal de salud. Por ello conocer estos resultados sería de gran interés público para nuestras autoridades del gobierno local, nacional y público en general. El presente trabajo de investigación es de relevancia porque nos permitirá conocer los resultados y mediante ello proponer estrategias que puedan fomentar estilos de vida saludables en el personal de salud.

1.5. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Determinar la relación entre los niveles de estrés, ansiedad y depresión con el estado nutricional del personal en el Centro de Salud Acora del distrito de Acora, provincia de Puno, 2019.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Determinar el nivel de estrés del personal en el centro de salud Acora del distrito de Acora, provincia de Puno, 2019.
2. Determinar el nivel de ansiedad del personal en el centro de salud Acora del distrito de Acora, provincia de Puno, 2019.
3. Determinar el nivel de depresión del personal en el centro de salud Acora del distrito de Acora, provincia de Puno, 2019.
4. Evaluar el estado nutricional del personal en el centro de salud Acora – Puno, 2019 del distrito de Acora, provincia de Puno, 2019.



1.6. HIPÓTESIS

Ho: No existe Relación entre los niveles de estrés, ansiedad y depresión con el estado nutricional del personal en el Centro de Salud Acora del distrito de Acora, provincia de Puno, 2019.

Ha: Si existe Relación entre los niveles de estrés, ansiedad y depresión con el estado nutricional del personal en el Centro de Salud Acora del distrito de Acora, provincia de Puno, 2019.



CAPÍTULO II

REVISIÓN DE LITERATURA

2.1. ESTRÉS

El concepto de estrés se remonta a la década de 1930, cuando un joven austriaco de 20 años de edad, estudiante de segundo año de la carrera de medicina de la universidad de Praga. Hans Selye, hijo del cirujano austriaco Hugo Selye.(17) Observo que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia presentaban síntomas comunes y generales: cansancio, pérdida de apetito, baja de peso, astenia, etc. Esto llamo mucho la atención a Selye, quien lo denomino el “Síndrome de estar Enfermo. Seyle definió el estrés ante la Organización Mundial de la Salud como: "la respuesta no especifica del organismo a cualquier demanda del exterior.(18)

El estrés es considerado como el “conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción”. Ante determinada demanda del ambiente, el organismo pone en marcha un conjunto de procesos fisiológicos y psicológicos que lo preparan para actuar en consecuencia y responder a dicha demanda. Si la respuesta resulta exagerada o insuficiente, se producen trastornos psicológicos de diferente intensidad, como somatizaciones. Si no se consiguen controlar, pueden derivar en enfermedades de diversa índole y algunas muy graves. En ocasiones, estos trastornos se cultivan durante mucho tiempo y pasan inadvertidos a la persona afectada(3)

2.1.1. TIPOS DE ESTRÉS

Bien analizado, la repuesta al estrés no algo negativo per se, ya que representa un mecanismo de adaptación del ser humano para poder sobrevivir como especie frente a un entorno que, en numerosas ocasiones, aparece como hostil. Pero este estrés, en



determinadas circunstancias, puede convertirse en disfuncional, ya sea por su frecuencia, porque se prolongue en el tiempo, o porque sea de una elevada intensidad y resultar ser algo nocivo para el organismo, como en los casos de estrés postraumático, estrés agudo, etc.

El estrés se puede clasificar según sean sus efectos en el individuo.

- **Eustrés o estrés positivo:** es aquel que aparece en situaciones donde la persona logra una estimulación adecuada para realizar su actividad con resultados satisfactorios, en armonía con sus capacidades fisiológicas y psicológicas, es decir, adecuándose a la demanda. Como ejemplos podemos citar una buena noticia familiar, un éxito laboral, etc.
- **Distrés o estrés negativo:** es aquel que se pone de manifiesto en aquellas situaciones donde la demanda y la presión son excesivas para el individuo, el cual se siente sin recursos, y cuyas respuestas ante la situación han sido insuficientes o desmedidas, ya sean en el plano físico o psíquico.(19)

2.1.2. FISIOPATOLOGÍA DEL ESTRÉS

La teoría del Dr. Hans Selye (en Gomes y Escobar, 2002), describió las consecuencias patológicas del estrés crónico, así como las características generales de la respuesta estrés; lo definió como él (SGA). “Síndrome General de Adaptación” o estrés como respuesta del organismo ha algo perdido, un desequilibrio que se debe hacer frente. Este proceso ocurre en tres fases:

- A. Fase de reacción de alarma:** ante un estímulo estresante, el organismo reacciona automáticamente preparándose para la respuesta, para la acción, tanto para luchar como para escapar del estímulo estresante. En esta fase se activa el

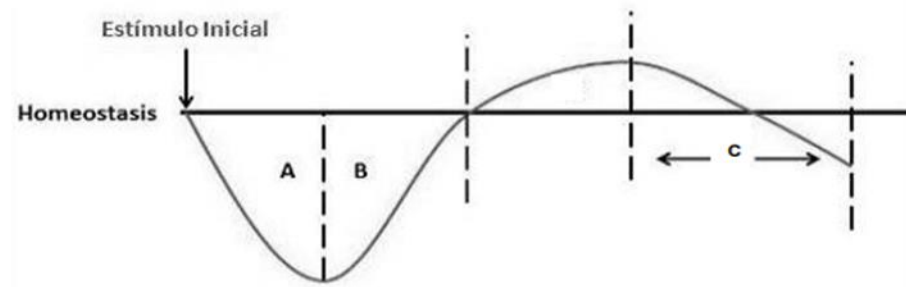


sistema nervioso simpático teniendo como signos: dilatación de las pupilas, sequedad de boca, sudoración, tensión de los músculos, aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria, aumento de la presión arterial y disminución de la secreción gástrica, aumento de la síntesis de glucosa y de la secreción de adrenalina y noradrenalina. Al mismo tiempo se da una activación psicológica, aumentando la capacidad de atención y concentración para focalizar y mantener la percepción del estímulo estresante. Esta reacción transitoria es de corta duración y no resulta perjudicial cuando el organismo dispone de tiempo para recuperarse.

B. Fase de resistencia: aparece cuando el organismo no tiene tiempo de recuperarse y continúa reaccionando para hacer frente a la situación. En esta fase aparecen diferentes reacciones metabólicas canalizando al sistema o proceso orgánico específico que sea más capaz de resolverlo, haciendo frente a la presencia del estrés por un plazo indefinido.

C. Fase de agotamiento: como la energía de adaptación es limitada, si el estrés continua o adquiere bastante intensidad, superando la capacidad de resistencia, el organismo entra finalmente en la fase de agotamiento, en la cual se colapsa el sistema orgánico enfrentado al estrés. dando lugar a la aparición de alteraciones psicosomáticas.(20)

Figura 1 : Mecanismo del estrés



- A. Fase de Alarma**
- B. Fase de Resistencia**
- C. Fase de Agotamiento o Desentrenamiento**

Fuente: Mecanismo del estrés. Melgosa (2004)

2.1.3. FISIOLÓGÍA DEL ESTRÉS

La fisiología del estrés tiene una estrecha relación con las funciones del sistema nervioso y neuroendocrino; con respecto al primero ante situaciones estresantes, genera una serie de reacciones a nivel simpático como lo son: el incremento en la frecuencia cardiaca, vasoconstricción periférica (piel), disminución de la actividad gastrointestinal, incremento de la frecuencia respiratoria, dilatación de la pupila de los ojos y estimulación de la glándulas sudoríparas.(21)

Por su parte, el sistema neuroendocrino constituido por una serie de glándulas endocrinas controladas por el sistema nervioso, se encargan de segregar hormonas al torrente sanguíneo, generando efectos directos sobre los mismos o bien siendo precursores en la segregación de otras hormonas.(22)

La glándula pituitaria ubicada en el cerebro, genera una comunicación con el hipotálamo permitiendo la regulación y producción de hormonas como la corticotropina (ACTH) liberada por la hipófisis, la ACTH juega un importante papel en las respuestas del organismo al estrés.(23)



Dentro de dichas respuestas, la liberación del cortisol (producto de la estimulación de la hormona ACTH) ejerce una amplia cantidad de efectos sobre los principales órganos del cuerpo, como lo son el incremento del azúcar en sangre para proporcionar energía a las 23 células, suprime el sistema inmune, acelera el metabolismo de las grasas, proteínas y carbohidratos. También posee un efecto antiinflamatorio como medio de defensa, ante la inflamación por lesiones producidas durante una lucha o escape y que se relaciona estrechamente con el estrés.(21)(23)

En el organismo suceden ciertas reacciones fisiológicas ante situaciones de estrés, con características emocionales, exigentes o de emergencia que activan una serie de recursos en el organismo, cuyo objetivo es preparar al cuerpo para cualquier reacción de huida o lucha y que se ve plasmado en la activación motora con la intensidad acorde ya sea para el ataque, defensa o escape.

Ante tal activación motora acontece por un lado una mayor secreción al torrente sanguíneo de la adrenalina y noradrenalina, teniendo un efecto a nivel cardiovascular, digestivo y respiratorio; por otra parte genera una mayor liberación de la hormona corticotropina (ACTH) a través de una mayor acción del hipotálamo y ante ello se secreta cortisol, activando con ello diversas funciones corporales para acciones de huida o bien de lucha.

Todas estas reacciones fisiológicas al estrés, proporcionan una variedad de respuestas que buscan la adaptación ante una situación que es percibida como amenazadora, por tanto siempre se mantiene cierto nivel de activación debido a las cambiantes circunstancias tanto internas como del exterior; a este mantenimiento de ciertos niveles de activación fisiológica se le ha denominado como alostasis.(21)



Pilnik (2010) se refiere al concepto de alostasis, como el nivel de activación orgánica necesaria para mantener el equilibrio, ante los constantes cambios que permitan la sobrevivencia y cuyo concepto se asocia, en mayor medida con el conjunto de respuestas producto de la evaluación cognitiva (involucra un serie de procesos genéticos, experiencias y conductas aprendidas) ante nuevos eventos, generando una serie de respuestas fisiológicas a nivel neuroendocrino (liberación de glucocorticoides, catecolaminas, 24 aminoácidos excitatorios, citoquinas, entre otros) para propiciar el equilibrio frente a situaciones de estrés.

2.1.4. NIVEL DE ESTRÉS

Es aquella tensión que se puede presentar de manera normal, moderado, evidente o marcado frente a la existencia de un agente agresor ya sea externo o interno; la tensión originada por el estrés, en cierta medida puede resultar beneficioso y necesario para el desarrollo de la personalidad; sin embargo cuando el estrés va más allá de los niveles óptimos se convierte en un proceso perjudicial para el individuo porque agota sus energías, deteriora su desempeño, pudiendo llegar a dañar su salud.(24)

A. . Nivel de estrés Normal

Es aquel estrés que se ubica dentro de los límites normales, cuando existe el 0% de posibilidad de presentar manifestaciones psicosomáticas.

El nivel de estrés es parte de la vida de cada uno de las personas y constituye un mecanismo de adaptación de nuestro organismo frente a una amenaza existente, donde se define el Estrés como un “proceso adaptativo y de emergencia, siendo impredecible para la sobre vivencia de la persona” y agente generador de emociones como dirían Lazarus y Folkman (1984, citado por Carrillo y otros 2008). La interacción del individuo con el medio ambiente son mecanismos que



desvelan las demandas ambientales que amenazan la pérdida del equilibrio con el entorno. La persona que manifiesta este nivel de estrés tiene alta motivación, sensación de alegría y seguridad, capacidad para captar y procesar la información rápidamente, equilibrando su capacidad para realizar una actividad con la propia competencia en las distintas áreas de la vida personal.

El estrés normal no puede eliminarse, porque es una parte de la vida de las personas, hasta puede ser positivo si se sabe manejar eficazmente. El estrés normal no se puede considerar en principio como una enfermedad sino como la respuesta, tanto física como mental, a las adaptaciones y ajustes del ser humano a los diversos acontecimientos vitales.(17)

B. Nivel de estrés Moderado

Este nivel de estrés se suscita cuando existe el 33% de posibilidad de presentar manifestaciones psicósomáticas.

Considerado el rango moderador, es la zona de alerta debido a que el agente estresor va generando ciertos cambios que comienzan en la corteza del cerebro, medida a través del sistema nervioso, hormonal y glándulas suprarrenales que provocan cambios en el organismo. La persona experimenta cambios respiratorios y cardiacos con el aumento de la presión arterial (que surge del esfuerzo que realiza el corazón para aportar sangre a los tejidos y músculos), también aumenta la frecuencia respiratoria, sudoración, las manos se sienten frías y húmedas entre otras; pudiendo aparecer alteraciones emocionales y conductuales.

Según Lyle, si el estrés moderado es esporádico, se logra controlarlo, pero si es frecuente, las personas que lo presentan, asumen muchas responsabilidades, tienen demasiadas cosas entre manos y no pueden organizar la cantidad de exigencias autoimpuestas ni las presiones que reclaman su atención. Es común



que las personas con reacciones de estrés moderado frecuente estén demasiado agitadas, tengan mal carácter, sean irritables, ansiosas y estén tensas. Suelen describirse como personas con "mucho energía nerviosa". Siempre apuradas, tienden a ser cortantes y a veces su irritabilidad se transmite como hostilidad. Las relaciones interpersonales se deterioran con rapidez cuando otros responden con hostilidad real. El trabajo se vuelve un lugar muy estresante para ellas.(25)

C. Nivel de estrés Evidente

Este tipo de estrés ocurre cuando existe el 50% de posibilidad de presentar manifestaciones psicósomáticas.

En esta escala, el estrés es claramente un problema porque se presenta alteraciones emocionales, conductuales y mentales; es así que la persona comienza por experimentar serios problemas partiendo de la sensación de estar aburrido, presentar una conducta irritable, incapacidad de concentración para realizar sus actividades, emisión de juicios defectuosos, baja autoestima pudiendo cometer mayor número de errores debido a la fatiga y autocrítica negativa.

El estrés evidente es una respuesta a las situaciones de emboscada, el organismo se prepara para combatir o huir mediante la secreción de sustancias como la adrenalina, producida principalmente en unas glándulas llamadas "suprarrenales" o "adrenales" (llamadas así por estar ubicadas adyacentes al extremo superior de los riñones). La adrenalina se disemina por toda la sangre y es percibida por receptores especiales en distintos lugares del organismo, que responden para prepararse para la acción.(26)

D. Nivel de estrés Marcado

Este nivel de estrés se presenta cuando existe el 80% de posibilidad de presentar manifestaciones psicósomáticas.



El cuerpo fisiológicamente se prepara para la acción, sin embargo puede no llegar a un estado de reparación para mantener en el tiempo, espacio y situación actual, generando daños en su organismo. En este nivel la persona requiere de una atención inmediata para salir de la situación antes que sea demasiado tarde, porque el organismo responde produciendo alteraciones en diversos sistemas orgánicos; provocando la aparición de diversas patologías.

Esto trae consigo alteraciones psíquicas, producto de todas aquellas situaciones que conllevan a trastornos emocionales los cuales truncan el bienestar de la vida cotidiana, es decir, la permanencia por un largo período de estímulos que sobrepasan la resistencia del organismo. Esta afección resulta particularmente preocupante ya que no solamente los adultos se ven expuesto a aquello, sino que, las exigencias de la vida moderna han provocado que esta enfermedad aparezca cada vez más en niños y adolescentes. Los síntomas que deben generar preocupación en quienes padecen de esta enfermedad son cansancio excesivo, problemas digestivos, trastornos del sueño etc.(17)

2.2. ANSIEDAD

Se define como ansiedad a aquel sentimiento desagradable de temor, que se percibe como una señal de alerta que advierte de un peligro amenazante, frecuentemente la amenaza es desconocida, lo que la distingue del miedo donde la amenaza es concreta y definida. Se toman actualmente tanto la ansiedad y la angustia como sinónimos para los manejos clínicos. Cabe aclarar que la ansiedad por sí misma no se considera una enfermedad, ya que partiendo de su función, ésta se encuentra contemplada en la amplia gama de respuestas emocionales que presenta cualquier persona. Cuando conserva cierta frecuencia, intensidad, recurrencia y duración tiene una utilidad y un fin.(27)



La ansiedad afecta a los procesos del pensamiento y del aprendizaje. Tiende a producir confusión y distorsiones de la percepción, no sólo en cuanto al tiempo y al espacio, sino respecto a la gente y al sentido de los diferentes sucesos. Estas distorsiones pueden interferir con el aprendizaje, con la concentración, la memoria y la capacidad de hacer asociaciones.

Según vindel es una emoción natural. Por lo tanto, la ansiedad guarda algunas similitudes con otras reacciones emocionales, tales como la alegría, el enfado, la tristeza, el miedo, etc. La ansiedad es experimentada como una emoción desagradable, negativa, que surge en una situación ante la que el individuo percibe una amenaza (posibles consecuencias negativas). Para afrontar esta situación y tratar de reducir las consecuencias negativas el individuo debe ponerse en alerta. (28)

2.2.1. CLASIFICACIÓN DE LA ANSIEDAD

- **Trastorno por ansiedad generalizada.** Este se caracteriza por un sentimiento de ansiedad de carácter persistente, insidioso y generalizado. La ansiedad, síntoma base de este trastorno, por lo general se acompaña de sensación de tensión interna y dificultad para relajarse. Esta tensión frecuentemente puede producir temblor de manos en reposo, e incluso durante los movimientos intencionales.

En la gran mayoría de los casos se detecta una hiperactividad del sistema nervioso autónomo o vegetativo que regula la actividad visceral. Los pacientes se quejan con frecuencia de cefalea, descrita como una banda apretada que rodea la cabeza asociada a sensación de mareo. Otras veces es una sensación de inestabilidad o la manifestación de que no es posible sujetar la cabeza. Son quejas comunes también la visión borrosa a consecuencia de la dilatación pupilar, la disminución de la salivación y la excesiva sudoración, especialmente en manos, pies, axilas y cara.



Otros síntomas frecuentes son los relacionados con la hiperactividad vegetativa del aparato digestivo (sensación de peso en el estómago, náuseas, retortijones abdominales), cardiovascular (palpitaciones) y urinaria (mayor frecuencia en las micciones). Constituyen también molestias típicas los hormigueos en los miembros, los dolores musculares erráticos, la pesadez en piernas o brazos, la fatigabilidad precoz, la palidez facial, el insomnio de conciliación, la irritabilidad y un vago sentimiento de zozobra, impaciencia, preocupación y aprensión.

- **Trastorno de pánico.** El síntoma básico de este trastorno es el ataque de angustia. Se trata de un episodio de angustia intolerable, de comienzo brusco, de breve duración y carácter espontáneo, no ligado a sucesos claramente identificables. Los síntomas característicos están constituidos por combinaciones variadas de sentimientos de aprensión, miedo o terror, junto a manifestaciones físicas que van desde síntomas cardiovasculares y respiratorios, hasta molestias abdominales, pasando por sensaciones de mareo, sudoración, temblor, hormigueos y escalofríos. En algunos casos el paciente refiere sentimientos de extrañeza referidos a sí mismo o a su entorno.

El paciente interpreta los síntomas que le agobian de forma insospechada, como manifestaciones de una enfermedad física grave, y consecuentemente acude con frecuencia a los servicios médicos de urgencia o a las consultas de diversos especialistas, según el síntoma dominante en el cuadro clínico. Obviamente, los resultados del examen médico, así como las pruebas de laboratorio, resultan normales.

Con la repetición de los ataques, el paciente desarrolla un nivel de ansiedad anticipatoria generado por el miedo a sufrir otra crisis. En un porcentaje alto de casos surge una conducta de evitación fóbica al rehuir el sujeto aquellas



situaciones en las que le resultaría difícil encontrar una salida si apareciese un nuevo ataque (ambientes muy concurridos, transportes públicos, atascos de circulación, alejarse de casa, etc.). Se establece así la agorafobia, que limita considerablemente la actividad social y laboral del sujeto, y contribuye a aumentar el sufrimiento personal.(29)

2.2.2. NIVELES DE ANSIEDAD

El estado de ansiedad puede clasificarse por niveles o grados de intensidad leve, moderada, grave y de pánico. Cada una de ellas presenta manifestaciones diferentes que varían de intensidad y tienen una incidencia sobre las respuestas de la persona en sus diferentes dimensiones (fisiológicas, cognitivo y comportamental).(13)

- A. - ANSIEDAD LEVE:** La persona esta alerta, ve, oye domina la situación más que antes de producirse este estado; es decir, funcionan más las capacidades de percepción, observación debido a que existe más energía dedicada a la situación causante de ansiedad. Este nivel de ansiedad también se denomina ansiedad benigna o tipo ligero de ansiedad Reacción fisiológica: Puede presentar respiración entrecortada, ocasional frecuencia cardiaca y tensión ligeramente elevada, síntomas gástricos leves, tic facial, temblor de labios.
- B. ANSIEDAD MODERADA:** El campo perceptual de la persona que experimenta este nivel de ansiedad se ha limitado un poco. Ve, oye y domina la situación, menos que la ansiedad leve. Experimenta limitaciones para percibir lo que está sucediendo a su alrededor pero puede observar si otra persona le dirige la atención hacia cualquier sitio periférico. Reacción fisiológica: Puede presentarse respiración entrecortada frecuente, aumento de la frecuencia cardiaca, tensión arterial elevada, boca seca, estomago revuelto, anorexia, diarrea o estreñimiento,



temblor corporal, expresión facial de miedo, músculos tensos, inquietud, respuestas de sobresalto exageradas, incapacidad de relajarse, dificultad para dormir.

- C. ANSIEDAD GRAVE:** En este nivel de ansiedad, el campo perceptual se ha reducido notoriamente, por esta razón la persona no observa lo que ocurre a su alrededor, es incapaz de hacerlo aunque otra persona dirija su atención hacia la situación. La atención se concentra en uno o en muchos detalles dispersos y se puede distorsionar lo observado. Además, hay gran dificultad para aprender, la visión periférica está disminuida y el individuo tiene problemas para establecer una secuencia lógica entre el grupo ideal. Reacción fisiológica: Puede presentar respiración entrecortada, sensación de ahogo o sofoco, hipotensión arterial, movimientos involuntarios, puede temblar todo el cuerpo, expresión facial de terror.

2.3. DEPRESIÓN

La depresión es la exageración persistente de los sentimientos habituales de tristeza. La depresión es una enfermedad grave, de varias semanas o meses de duración, y que afecta tanto al cuerpo como a la mente. Afecta a la forma en que una persona come o duerme. Afecta a como uno se valora así mismo (autoestima) y a la forma en que uno piensa. No indica debilidad personal y no es un estado del que uno se puede librar a voluntad.(30)

Las personas que padecen una depresión no pueden decir simplemente “ya basta, me voy a poner bien”, la depresión puede aparecer sin ningún desencadenante y puede conllevar un riesgo vital. No hay un síntoma que diferencie claramente la depresión de los estados de ánimo bajos, ya que los síntomas son similares en ambos casos, aunque generalmente en la depresión los síntomas son de mayor intensidad y duración.(30)



2.3.1. FISIOPATOLOGÍA

El papel de los factores físicos o biológicos en la patogénesis de la depresión se ha sospechado desde la antigüedad. Sin embargo, sólo en la mitad tardía del siglo XX la tecnología y la metodología experimental han estado disponibles para estudiar estos procesos en los desórdenes del talante.(31)

La depresión tiene muchas causas, las cuales incluyen:

- Factores genéticos
- Factores químicos: alteraciones de neurotransmisores
- Factores psicosociales como: experiencias adversas en la infancia: dificultades cotidianas y crónicas, eventos indeseables en la vida, red social limitada, baja autoestima.

En la mayoría de los pacientes los episodios depresivos surgen de la combinación de factores familiares, biológicos, psicológicos y sociales, los cuales operan a través del tiempo y progresivamente incrementan su capacidad patogénica.

A. Factores genéticos

La influencia genética es más marcada en pacientes con formas graves de trastorno depresivo y síntomas de depresión endógena. El riesgo de morbilidad en parientes en primer grado (padres, hermanos o hijos) está incrementado en todos los estudios que se han llevado a cabo, y es independiente de los efectos del ambiente o educación. Marcadores genéticos potenciales para los trastornos del talante han sido localizados en los cromosomas X, 4, 5, 11, 18 y 21.

En un estudio reciente se hicieron pruebas para ver por qué experiencias estresantes llevaron a la depresión a algunas personas pero no a otras. Se encontró



que un polimorfismo funcional en la región promotora del gen del transportador de la serotonina (5-HTT) modulaba la influencia de los eventos estresantes cotidianos en la depresión. Los individuos con una o dos copias del alelo corto del 5-HTT mostraron más síntomas depresivos, depresión diagnosticable y tendencias suicidas con relación a eventos estresantes en comparación con individuos con un solo alelo. Ese estudio epidemiológico provee la evidencia de la interacción genético-ambiental, en la cual la respuesta de un individuo a los estímulos ambientales es moderada por la organización genética del mismo.(32)

B. Alteraciones de neurotransmisores

Existe evidencia que niveles anormales de la serotonina (5-hidroxitriptamina, 5-HT), norepinefrina y dopamina, neurotransmisores aminérgicos que actúan en las neuronas del sistema nervioso central, podrían ser importantes en la fisiopatología de la depresión.

- **Serotonina** La serotonina ejerce importante acción en el talante, conducta, movimiento, apreciación del dolor, actividad sexual, apetito, secreciones endocrinas, funciones cardíacas y el ciclo de sueño-vigilia. La mayoría de la serotonina cerebral se genera en los núcleos del rafe, principalmente en el noveno núcleo del rafe, que se localiza encordado entre la línea media del puente y el bulbo raquídeo, estructuras que forman parte del tallo cerebral.⁷ La serotonina es producida a partir del aminoácido triptófano, el cual es transportado a través de la barrera hemato-encefálica hasta las neuronas por el gran transportador neutral de aminoácidos (LNAA). El LNAA también mueve otros aminoácidos: tirosina, valina, leucina e isoleucina a través de la barrera hematoencefálica. El triptófano debe competir con estos otros aminoácidos para el transporte en el cerebro. Por lo tanto, la cantidad de triptófano



transportado depende tanto de su concentración como de la concentración de los otros aminoácidos en el cuerpo. Ya dentro de la neurona, se lleva a cabo el proceso de síntesis de serotonina.(32)

- **Noradrenalina:** El Locus coeruleus (LC) es el núcleo del encéfalo, en el tallo cerebral, que genera la noradrenalina (NA); las neuronas del LC envían sus axones principalmente a las estructuras límbicas, que incluyen la amígdala, la formación hipocámpica y la corteza prefrontal. El Locus coeruleus, estructura que forma parte de la formación reticular, posee actividad tónica como marcapaso. La actividad de las neuronas del LC aumenta significativamente en la vigilia y en episodios de estrés, en los cuales su actividad neuronal alcanza niveles de intensidad máxima, y de ese modo contribuye a alertar el organismo lo necesario para sobrevivir. Es lógico aceptar que el estrés crónico genera depresión reactiva, como se observa en los modelos animales de depresión, y que las reservas de NA en el LC obviamente tienden a depletarse, lo que conduce a mantener el estado de depresión reactiva; en el caso de individuos con depresión secundaria al estrés crónico ocurre un fenómeno fisiológico similar. La carencia de este neurotransmisor o su desequilibrio con la serotonina puede ser la causa de psicosis depresiva unipolar o bipolar; los medicamentos antidepresivos específicos están dirigidos a mejorar actividad de la noradrenalina en la sinapsis.(32)

2.3.2. CLASIFICACIÓN DE DEPRESIÓN

Existen varios tipos de trastornos depresivos, siendo los más comunes la depresión severa, la distimia y el trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas, varían.



- a) **La depresión severa** Se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio muy incapacitante puede ocurrir una sola vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida.(33)
- b) **La distimia** Es un tipo de depresión menos grave, que incluye algunos síntomas crónicos que se presentan a largo plazo, tales como los sentimientos intermitentes de tristeza, el cansancio, o la desmotivación, pero por lo general no resultan incapacitantes, aunque sí interfieren con el funcionamiento y la sensación de bienestar de la 57 18 persona. Muchas personas con distimia pueden padecer episodios depresivos severos en algún momento de su vida.(33)
- c) **El trastorno bipolar** También se le llama enfermedad maníaco – depresiva, no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos, caracterizándose por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de gran exaltación o euforia (manía) y fases con el estado de ánimo bajo (depresión). Estos cambios de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero generalmente suelen ser graduales.(34)

Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede manifestar uno o más de los síntomas propios del trastorno depresivo. En cambio, cuando está en la fase maníaca, la persona puede hablar excesivamente y desarrollar una gran actividad con enormes despliegues de energía; en estas circunstancias, la manía afecta también la manera de pensar, el juicio y el comportamiento con las otras personas. Así, la persona experimenta sentimientos de felicidad o euforia, sobredimensiona sus propias capacidades, comienza a tener proyectos grandiosos, puede tomar decisiones de negocios descabelladas e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía no se trata adecuadamente,



puede empeorar y convertirse en un estado psicótico (es decir, la persona puede perder temporalmente la razón y la capacidad de diferenciar la realidad de la fantasía).(35)

2.3.3. NIVELES DE DEPRESIÓN

Dependiendo del número y de la intensidad de los síntomas se presenta las clasificaciones de depresión propuesta por clasificación internacional de enfermedades. La depresión se puede clasificar dependiendo de la intensidad de los síntomas

- A. Depresión normal:** La depresión normal implica síntomas que no son tan intensos y que interfieren mínimamente en la vida diaria y en las relaciones. La depresión es una enfermedad común pero grave. Todas las personas se sienten tristes a veces, pero la depresión es diferente de la tristeza normal o el duelo. La depresión puede afectar la manera de pensar, sentir y el comportamiento además es índice normal de la depresión suele parecerse o igualarse a las personas con trastorno depresivo estacional muestran los síntomas descritos en la depresión atípica y, además, los sufren solamente durante una cierta estación del año, en la mayoría de los casos otoño o invierno. Normalmente, cuando las fases depresivas acaban, la persona suele volver a su estado anímico y funcionamiento normal.(36)
- B. Depresión leve:** Cuando la persona presenta síntomas propios de la depresión y al momento de realizar sus actividades demandará de un esfuerzo extraordinario (37). Los síntomas más típicos de la depresión suelen considerarse como ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad, y al menos dos de estos tres deben estar presentes para hacer un diagnóstico definitivo, el episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. Un enfermo con un episodio depresivo leve, suele encontrarse afectado por los



síntomas y tiene alguna dificultad para llevar a cabo su actividad laboral social, aunque es probable que no las deje por completo.(36)(31)

Es el tipo más común y un episodio depresivo puede empezar rápidamente en algunos días o más lentamente durante unas semanas, y suele tener una duración de varias semanas o meses. Algunos de los síntomas depresivos deben de estar presentes de manera continua al menos durante 2 semanas para poder hablar de 36 un episodio depresivo. La mayoría de las personas que experimentan un episodio depresivo, tendrán más episodios a lo largo de su vida (trastorno depresivo recurrente). Este riesgo de recurrencia puede reducirse con el tratamiento apropiado.

C. Depresión moderada: Es cuando la persona va a presentar diversas sintomatologías de la depresión impidiéndole realizar sus actividades diarias. La persona que tenga un episodio depresivo moderado debe presentar dos a tres síntomas del episodio depresivo leve, además la persona suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando su actividad social, laboral o doméstica. Este episodio depresivo, se muestra de manera más intensa, ya que normalmente se presentan de cuatro a más síntomas, generando en la persona de que no pueda realizar ningún tipo de actividad. el trastorno se inicia normalmente en la adolescencia y es persistente, ya que los síntomas suelen durar desde al menos 2 años hasta décadas. Algunas personas con este trastorno, a veces sufren adicionalmente episodios depresivos. Debe presentarse al menos dos o tres síntomas los cuales mostraremos a continuación.(31)

- Humor depresivo que se presenta la mayor parte del día y que tenga una duración de dos meses.
- Pérdida de interés en las actividades.



- Decaimiento de la energía o aumento del cansancio El paciente que presenta depresión tiene que mostrar uno o más síntomas de la lista que se mostró con anterioridad en los síntomas depresivos.

D. Depresión severa: cuando la persona presenta casi todos los síntomas mencionados y se encuentra imposibilitada de realizar cualquier actividad. Durante un episodio depresivo severo, presentan una considerable angustia o agitación, a menos que la inhibición sea una característica marcada. La pérdida de estimación de sí mismo, los sentimientos de inutilidad o de culpa sean importantes, ya que pueden causar el riesgo de suicidio. Durante este periodo no es probable que el enfermo sea capaz de seguir con su actividad laboral, social o doméstica simplemente lo hará de un grado limitado. Las personas que padecen este episodio depresivo, muestran síntomas significativos, llegando a afectar principalmente a la autoestima, manifestándose el sentimiento de culpa, las ideas irracionales de suicidio y otros, obteniendo una puntuación total de ocho síntomas la cual se llega a clasificar este episodio depresivo se manifiesta como.(37)

- Pérdida de confianza en sí mismo y disminución de la autoestima.
- Ideas irracionales recurrentes respecto a la muerte.
- Baja capacidad para concentrarse e indecisión.
- Cambio en la actividad psicomotriz, acompañada de agitación o cansancio.
- Alteraciones del sueño.
- Cambio en el apetito.



2.4. ESTADO NUTRICIONAL

El estado nutricional se define como el resultado entre el aporte nutricional y sus demandas nutricionales, lo que permite la utilización de nutrientes, mantener las reservas y compensar las pérdidas. Cuando se ingiere más de lo necesario se incrementan las reservas energéticas en el organismo en lo especial en el tejido adiposo y aumenta el riesgo de morbimortalidad si se lleva una vida sedentaria.(38) Sustentan que el estado nutricional refleja el grado de satisfacción de las necesidades fisiológicas nutricionales de un sujeto. Cuando las personas consumen los nutrientes necesarios para su edad, talla y actividad física que realizan, tendrán una salud óptima, mientras que cuando se ingiere insuficiente o excesiva cantidad de nutrientes esta se compromete.(39)

2.4.1. INDICADORES DEL ESTADO DE NUTRICIÓN

A. Indicadores Antropométricos: La antropometría es la medición científica del cuerpo humano, sus diversos componentes y del esqueleto. Es una palabra compuesta formada por antropo, que se refiere al ser humano (hombre), y metrología, la ciencia que trata las unidades de medida. La antropometría es una de las mediciones cuantitativas más simples del estado nutricional; su utilidad radica en que las medidas antropométricas son un indicador del estado de las reservas proteicas y de tejido graso del organismo. Se emplea tanto en niños como en adultos. Los indicadores antropométricos nos permiten evaluar a los individuos directamente y comparar sus mediciones con un patrón de referencia generalmente aceptado a nivel internacional y así identificar el estado de nutrición, diferenciando a los individuos nutricionalmente sanos de los desnutridos, con sobre peso y obesidad. Los indicadores antropométricos más comunes que conocemos son: peso-talla, tallaedad en niños, peso-edad,



medición de circunferencia de cintura y de cadera en adultos y índice de masa corporal.(40)

Las ventajas de los indicadores antropométricos entre otros son:

- No invasivos.
- Accesible y fáciles de ejecutar.
- Equipo barato para realizarlo.

Entre sus desventajas podemos citar:

- Requieren de personal capacitado.
- Su confiabilidad depende de la precisión y exactitud.

- a) **Peso:** El peso como parámetro aislado no tiene validez, debe expresarse en función de la edad y de la talla. El peso también es la suma de todos los compartimentos, es un marcador de la masa proteica y de los almacenes de energía. Para interpretar el peso y la talla se usan las tablas de referencia específicas para cada grupo de población. Establecer el peso ideal no es fácil teniendo en cuenta todos los factores implicados. El peso deseable debería ser aquel que da lugar a una salud óptima y a un mínimo riesgo de enfermedades.(41)
- b) **Talla:** La talla junto con el peso, constituye una de las dimensiones corporales más utilizadas, debido a la sencillez y facilidad de su registro. La talla se expresa en centímetros, midiendo la distancia entre el vértex y el plano de apoyo del individuo. Es útil, igual que ocurrirá con el peso, la talla expresada en relación a la deseable. Los parámetros de peso y talla son de especial interés en la nutrición. La disminución del peso para una altura determinada, como ocurre en los adultos, es consecuencia de una subnutrición el cual es de tipo crónico. (15)
- c) **Índice de masa corporal:** El índice de masa corporal, conocido también como BMI (Body Mass Índice) indica el estado nutricional de la persona considerando

dos factores elementales: su peso actual y su altura. Este índice es el primer paso para conocer el estado nutricional de cualquier persona. Su cálculo arroja como resultado un valor que indica si la persona de la cual se habla se encuentra por debajo, dentro o excedida del peso establecido como normal para su tamaño físico. El IMC fue desarrollado por el matemático Lambert Adolphe Quetelet en el siglo XIX, basándose en el peso y la talla de cada sujeto. Actualmente se utiliza en la valoración de pacientes para determinar el peso ideal, ya que se obtiene solamente pesando y midiendo la talla de los mismos y aplicando la siguiente formula:(42)

$$\text{IMC}=\text{PESO}/\text{TALLA}^2 \text{ (Kg/m}^2\text{)}$$

El índice de masa corporal (I.M.C) es una manera sencilla y universalmente acordada para determinar si una persona tiene un peso adecuado.

CUADRO 1: CLASIFICACIÓN DE LA VALORACIÓN NUTRICIONAL SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL (IMC)

IMC	CATEGORIA
Bajo peso	< 18.5
Peso normal	Normal: 18.50-24.9
Sobrepeso	Sobrepeso:25-29.9
Obesidad tipo I	Obesidad grado I: 30.0-34.9
Obesidad tipo II	Obesidad grado II: 35- 39.9
Obesidad tipo III	Obesidad grado II: ≥40

FUENTE: Guía técnica para la valoración nutricional antropométrica de la persona adulta, 2012

B. Indicadores bioquímicos: Las pruebas bioquímicas permiten medir el nivel hemático (sanguíneo) de vitaminas, minerales y proteínas e identificar la



carencia específica de éstos. Su importancia radica en detectar estados de deficiencias subclínicas por mediciones de las consecuencias de un nutrimento o sus metabolitos, que reflejen el contenido total corporal o el tejido específico más sensible a la deficiencia y en el apoyo que representan para otros métodos de evaluación nutricional.(43)

2.4.2. ESCALA DASS 21

Este instrumento fue creado para evaluar inicialmente la sintomatología principal de Depresión y Ansiedad para poder discriminarlos correctamente, no obstante durante su desarrollo los estudios factoriales arrojaron un tercer estado emocional negativo “el Estrés”. Inicialmente la escala contaba con un número de 42 preguntas. En el año 1998 Antony y colaboradores, desarrollaron una versión reducida que consta de 21 preguntas, con alta consistencia interna, alfa de Cronbach desde 0.87-0.94 para los dominios y adecuada validez.(2)

El objetivo de estas escalas fue incluir el máximo de síntomas esenciales de Depresión, Ansiedad y Estrés, para cumplir las exigencias psicométricas de una escala de autorreporte y lograr una discriminación máxima entre las dos escalas. Se excluyeron síntomas que pueden estar presentes en ambos trastornos (por ejemplo, cambios en el apetito), los que pueden explicar parcialmente la falta de diferenciación entre ambas escalas.

Esta escala ha sido validada en Chile (Salgado-Madrid, Mo-Carrascal, & MonterrosaCastro, 2013), Vietnam (Tran, Tran, & Fisher, 2013), Brasil (Alves Apóstolo, Figueiredo, Mendes, & Rodrigues, 2011), México (Gurrola Peña, Balcázar Nava, Bonilla Muños, & Virseda Heras, 2006), y España (Fonseca-Pedrero, Paino, LemosGiráldez, & Muñiz, 2010).



Como instrumento la DASS, fue desarrollada desde una concepción dimensional más que categórica de los trastornos psicológicos, basado en el supuesto de que las diferencias entre sujetos normales y los con alteraciones clínicas radican en la severidad en que experimentan los estados afectivos de Depresión, Ansiedad y Estrés. Este supuesto fue confirmado por la evidencia empírica demostrando que la estructura factorial del DASS ha sido la misma en muestras clínicas y no clínicas, apoyando la idea de que los desórdenes clínicos representan una manifestación extrema o desadaptativa de síndromes emocionales básicos.(2)

Como instrumento no permite la clasificación de pacientes en categorías diagnósticas discretas, pero si se la puede utilizar como una herramienta de tamizaje para estas patologías

2.5. MARCO CONCEPTUAL

- **Depresión:** La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. Es una enfermedad grave que trastorna vidas, familias y trabajo, llegando a afectar la salud física; de no tratarse podría incluso ocasionar la muerte.
- **Antropometría:** Es la ciencia que estudia las medidas del cuerpo humano, con el fin de establecer diferencias entre individuos, grupos, razas, etc.
- **Ansiedad:** Estado emocional desagradable, resultado ostensible de un conflicto intrapsíquico no reconocido. Las concomitantes fisiológicas incluyen aumento de la frecuencia cardíaca, alteración de la frecuencia respiratoria, sudoración, temblor, debilidad y fatiga.



- **Estado nutricional:** Condición del organismo que resulta de la relación entre las necesidades nutritivas individuales y la ingestión, absorción y utilización de los nutrientes contenidos en los alimentos.
- **Estrés:** Proviene del inglés stress y se define por la real academia española como “una tensión provocada por situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces grave.
- **Perímetro abdominal (PAB):** Es la medición que se realiza a nivel del abdomen para determinar el riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles: cardiovasculares, diabetes, gota, entre otras.
- **Riesgo nutricional:** Es la probabilidad de padecer enfermedad o complicaciones médicas por presentar malnutrición o tener inadecuadas hábitos o comportamientos alimentarios.
- **Valoración nutricional:** Consiste en la determinación del nivel de salud y bienestar de un individuo o población, desde el punto de vista de su nutrición. Supone examinar el grado en que las demandas fisiológicas, bioquímicas y metabólicas, están cubiertas por la ingestión de nutrientes.



CAPÍTULO III

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE ESTUDIO

El trabajo de investigación es de tipo descriptivo, analítico de corte transversal.

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1. LUGAR DE ESTUDIO

La presente investigación se realizó en el Centro de Salud I-4 Acora, perteneciente a la Micro Red – Acora, ubicado en el distrito del mismo nombre, provincia y departamento de Puno.

El distrito de Acora, se encuentra ubicado al sur-este de la provincia de Puno, a 33 km. de la ciudad de Puno, colinda por el Norte con la Ciudad de Puno, Por el Sur con la provincia de Ilave, Por el Este con el lago Titicaca y por el Oeste con Pichacani, abarca una superficie de 3978,13 kilómetros cuadrados y está situado a 3887 m.s.n.m. Su vía de comunicación es la Panamericana Sur

3.2.2. POBLACIÓN

La población estuvo conformada por 100 personas que laboran en el Centro de Salud Acora.

3.2.3. MUESTRA

La selección de la muestra fue por muestreo no probabilístico por conveniencia, estuvo conformada 79 personas que laboran en el Centro de Salud Acora del distrito de Acora que cumplieron con los criterios de inclusión.



Estadístico de prueba:

Con la fórmula:

$$n = \frac{Z^2 pq N}{NE^2 + Z^2 pq}$$

Donde:

N= tamaño de la población, Z= nivel de confianza al 95%, P= probabilidad de éxito, o proporción esperada Q= probabilidad de fracaso E= error al 5%

3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.3.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ✓ Todos aquellos profesionales que tengan o no contacto directo con los pacientes.
- ✓ Hombres y mujeres profesionales que trabajen al menos un mes en la institución.
- ✓ Todos aquellos profesionales que acepten participar en la investigación, por medio del consentimiento informado.

3.3.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- ✓ Estudiantes y/o practicantes que cursan el año de internado
- ✓ Mujeres embarazadas
- ✓ Mujeres que se encuentren en periodo de lactancia
- ✓ Todos aquellos profesionales que se niegan a participar de la investigación o firmar el consentimiento informado.

3.4. PERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
<p>Variable dependiente</p> <p>Estado nutricional</p>	Índice de Masa Corporal (IMC)	1. Bajo peso 2. Normal 3. Sobrepeso 4. Obesidad G I 5. Obesidad G II 6. Obesidad G III	<18.5 18,5 – 24,9 25,0 -29,9 30,0 -34,9 35,0 – 39,9 > 40
<p>Variable independiente</p> <p>Nivel de estrés</p>	<p>Cuestionario ESCALA DASS-21)</p>	1:Normal 2: Leve 3: Moderado 4: Severo 5: Muy severo	0-7 puntos 8-9 puntos 10-12 puntos 13-16 puntos 17 o más puntos
<p>Nivel de ansiedad</p>		1: Normal 2: Leve 3: Moderado 4: Severo 5: Muy severo	0-3 puntos 4-5 puntos 6-7 puntos 8-9 puntos 10 o más puntos
<p>Nivel de depresión</p>		1: Normal 2: Leve 3: Moderado 4: Severo 5: Muy severo	0-4 puntos 5-6 puntos 7-10 puntos 11-13 puntos 14 o más puntos



3.5. MÉTODOS Y TÉCNICAS PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

3.5.1. PARA EVALUAR EL NIVEL DE ESTRÉS

- **METODO:** El método que se utilizo es la entrevista.
- **TECNICA:** Se realizó mediante la encuesta.
- **INTRUMENTO:** El instrumento que se utilizó la ficha de la escala DASS 21.(Anexo 1)
- **PROCEDIMIENTO:**
 1. Se brindaron instrucciones del instrumento a utilizar.
 2. Solicitar al entrevistado que lea las instrucciones del cuestionario.
 3. Se entregaron los cuestionarios al personal de salud.
 4. Se recogieron los instrumentos al cabo de 10 minutos.
 5. Se contabilizaron el número de cuestionarios.
 6. Se vaciaron los datos en Excel.

3.5.2. PARA EVALUAR EL NIVEL ANSIEDAD

- **METODO:** El método que se utilizo es la entrevista.
- **TECNICA:** Se realizó mediante la encuesta.
- **INTRUMENTO:** El instrumento que se utilizó la ficha de la escala DASS 21.(Anexo 1)
- **PROCEDIMIENTO:**
 1. Se brindaron instrucciones del instrumento a utilizar.
 2. Solicitar al entrevistado que lea las instrucciones del cuestionario.
 3. Se entregaron los cuestionarios al personal de salud.
 4. Se recogieron los instrumentos al cabo de 10 minutos.



5. Se contabilizaron el número de cuestionarios.
6. Se vaciaron los datos en Excel.

3.5.3. PARA EVALUAR EL NIVEL ANSIEDAD

- **METODO:** El método que se utilizo es la entrevista.
- **TECNICA:** Se realizó mediante la encuesta.
- **INTRUMENTO:** El instrumento que se utilizó la ficha de la escala DASS 21.(Anexo 1)
- **PROCEDIMIENTO:**
 1. Se brindaron instrucciones del instrumento a utilizar.
 2. Solicitar al entrevistado que lea las instrucciones del cuestionario.
 3. Se entregaron los cuestionarios al personal de salud.
 4. Se recogieron los instrumentos al cabo de 10 minutos.
 5. Se contabilizaron el número de cuestionarios.
 6. Se vaciaron los datos en Excel.

3.5.4. PARA DETERMINAR EL ESTADO NUTRICIONAL

Método: Antropométrico

Técnicas: Peso, talla.

Instrumentos: Ficha de evaluación nutricional. (Anexo 2)

Para peso: equipo (balanza), marca (miray), margen de error (± 1.2 gramos)

Para talla: equipo (tallímetro), marca (mico), margen de error (± 2 mm)



1. **PESO:** Se verificó la ubicación y condiciones de la balanza. La balanza debe estar ubicada en una superficie lisa, horizontal y plana, sin desnivel o presencia de algún objeto extraño bajo esta.
 2. Se solicitó al personal que se quite los zapatos y el exceso de ropa.
 3. Se ajustó la balanza a 0 (cero) antes de realizar la toma del peso.
 4. Se solicitó al personal se coloque en el centro de la plataforma de la balanza, en posición erguida y mirando al frente de la balanza, con los brazos a los costados del cuerpo, con las palmas descansando sobre los muslos, los talones ligeramente separados y la punta de los pies separados formando una “V”.
 5. Se leyó en voz alta el peso en kilogramos y la fracción en gramos, y descontar el peso de las prendas de la persona
 6. Se registró el peso obtenido en kilogramos y la fracción en gramos, con letra clara y legible.
- a) TALLA:**
1. Se verificó la ubicación y condiciones del tallímetro. Verificar que el tope móvil se deslice suavemente, y chequear las condiciones de la cinta métrica a fin de dar una lectura correcta.
 2. Se explicó al personal el procedimiento de medición de la talla, y solicitar su colaboración.
 3. Se solicitó que se quite los zapatos, el exceso de ropa, y los accesorios u otros objetos en la cabeza o cuerpo que interfieran con la medición.
 4. Se indicó que se ubique en el centro de la base del tallímetro, de espaldas al tablero, en posición erguida, mirando al frente, con los brazos a los costados del cuerpo, con las palmas de las manos



- descansando sobre los muslos, los talones juntos y las puntas de los pies ligeramente separados.
5. Se aseguró que los talones, pantorrillas, nalgas, hombros, y parte posterior de la cabeza, se encuentren en contacto con el tablero del tallímetro.
 6. Se verificó la posición de la cabeza: constatar que la línea horizontal imaginaria que sale del borde superior del conducto auditivo externo hacia la base de la órbita del ojo, se encuentre perpendicular al tablero del tallímetro (plano de Frankfurt).
 7. Si el personal es de menor talla que la persona que está siendo medida, se recomienda el uso de la escalinata de dos peldaños para una adecuada medición de la talla.
 8. A continuación, se colocó la palma abierta de su mano izquierda sobre el mentón del estudiante a ser tallado, luego ir cerrándola de manera suave y gradual sin cubrir la boca, con la finalidad de asegurar la posición correcta de la cabeza sobre el tallímetro.
 9. Con la mano derecha se deslizó el tope móvil del tallímetro hasta hacer contacto con la superficie superior de la cabeza (vértex craneal), comprimiendo ligeramente el cabello; luego deslizar el tope móvil hacia arriba. Este procedimiento (medición) debe ser realizado tres veces en forma consecutiva, acercando y alejando el tope móvil. En cada una de esas veces, se tomará el valor de la medición, en metros, centímetros y milímetros.
 10. Se leyó en voz alta las tres medidas, obtener el promedio y registrarlo en la ficha de evaluación.



3.6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la investigación se brindó el consentimiento informado, donde se especifica el uso y propósito de la investigación este debe ser firmado.

Tomando en cuenta lo siguiente: en las encuestas que se utilizaron no se colocó el nombre del personal que labora en el centro de salud por confidencialidad y respeto a la dignidad personal, además la participación fue voluntaria.

3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Una vez que se aprobó el proyecto de investigación, se comenzó con la ejecución del mismo.
- Para iniciar, se presentó el proyecto de investigación al centro de salud Acora del distrito de Acora.
- Una vez obtenido el permiso, del centro de salud Acora. Posteriormente se inició con la ejecución del proyecto.
- El proyecto se ejecutó dentro de las instalaciones del centro de salud Acora.

3.8. DESCRIPCIÓN DEL PROCESAMIENTO DE DATOS

Se organizaron los datos obtenidos en una tabla de contingencia, donde se codificaron en conformidad con los indicadores establecidos en la operacionalización de variables utilizado un procedimiento electrónico del programa estadístico SPSS, posteriormente se aplicó la prueba estadística Chi cuadrada de Pearson (X^2) para finalmente realizar una presentación sintética de los datos que fueron organizados en tablas.



3.9. TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Las encuestas fueron revisadas para depurar inconsistencias, para posteriormente ser digitalizada en el programa SPSS versión 23 para las variables nominales y ordinales. Donde los resultados son descritos utilizando frecuencias y porcentajes en tablas de contingencia.

La sintaxis de la función Pearson tiene los siguientes argumentos

H₀: No existe Relación entre los niveles de estrés, ansiedad y depresión con el estado nutricional del personal en el Centro de Salud Acora del distrito de Acora, provincia de Puno, 2019.

H_a: Si existe Relación entre los niveles de estrés, ansiedad y depresión con el estado nutricional del personal en el Centro de Salud Acora del distrito de Acora, provincia de Puno, 2019.

PRUEBA CHI CUADRADA (χ^2)

Prueba chi-cuadrada (χ^2) es una prueba no paramétrica de comparación, con hipótesis que determina si dos variables están relacionadas o no.

Planteamiento de Hipótesis:

H₀: Las variables son independientes.

H_a: Las variables no son independientes.

Fórmula de la prueba chi-cuadrada:

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

Donde:



o_i : Frecuencia observada. e_i : Frecuencia esperada.

Regla de decisión:

Si $p(\text{valor probabilístico}) > \alpha (0.05)$, se acepta hipótesis H_0 .

Si $p(\text{valor probabilístico}) < \alpha (0.05)$, se rechaza la hipótesis H_0 .

Nivel de significancia: $0.05 = 5\%$

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. NIVEL DE ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DEL PERSONAL EN EL CENTRO DE SALUD ACORA

A) NIVEL DE ESTRÉS

TABLA 1: NIVEL DE ESTRES DEL PERSONAL EN EL CENTRO DE SALUD ACORA, PUNO – 2019.

NIVEL DE ESTRÉS		
	N	%
Normal	20	25.3
Leve	16	20.3
Moderado	30	38.0
Severo	12	15.2
Extremadamente severo	1	1.3
TOTAL	79	100.0

Fuente: Elaboración en base a la Ficha de escala DASS 21.

En la tabla N°01, se muestra el nivel de estrés del personal en el Centro de Salud Acora, Puno - 2019; se observa del 100% del personal, el 38,0% tiene un nivel de estrés moderado, el 25,3% un nivel normal, el 20,3% un nivel leve, el 15,2% un nivel severo y solo un 1,3% un nivel de estrés extremadamente severo.

En la investigación de Sasorsa y Charria (44)Estrés laboral en personal asistencial de cuatro instituciones de salud nivel III de Cali, Colombia, presento en sus resultados que 28,6 tiene un nivel de estrés muy alto, el 15,8 tiene un nivel de estrés medio, el 20,6 tiene un nivel de estrés alto, el 11,6 corresponde a un nivel de estrés bajo. También Borda P. estrés y estrategias de afrontamiento en prácticas clínicas en estudiantes de la facultad de enfermería, Universidad Nacional del Altiplano, presento en sus resultados donde se

observa estrés moderado en un 72,2%, estrés evidente en un 22,7%, estrés normal en un 5,2% y no existe ningún estudiante con estrés marcado 0% (17), resultando relativamente similar a los obtenidos en la presente investigación.

Estos resultados confirman la predominancia del estrés moderado, normal y leve, lo que indica que el personal de salud ante la presión en el ámbito laboral, poseen cuadros relativamente perjudiciales para su salud y prevalencia de síntomas: fisiológicos caracterizados por tensión muscular, dolor de cuello y espalda, y síntomas intelectuales y laborales, que se manifiestan en una percepción de sobre carga de trabajo, cansancio, tedio o desgano

B) NIVEL DE ANSIEDAD

TABLA 2: NIVEL DE ANSIEDAD DEL PERSONAL EN EL CENTRO DE SALUD ACORA, PUNO – 2019.

NIVEL DE ANSIEDAD		
	N	%
Normal	19	24.1
Leve	21	26.6
Moderada	15	19.0
Severa	19	24.1
Extremadamente severa	5	6.3
TOTAL	79	100.0

Fuente: Elaboración en base a la Ficha de escala DASS 21.

En la tabla N°02, se muestra el nivel de ansiedad del personal en el Centro de Salud Acora, Puno - 2019; se observa del 100% del personal, el 26,6% tiene un nivel de ansiedad leve, el 24,1% un nivel normal, con un porcentaje igual de 24,1% un nivel severo, el 19,0% tiene un nivel moderado, y finalmente, el 6,3% tiene un nivel extremadamente severo.



En la investigación de Bresó E. (45) Síndrome de burnout y ansiedad en médicos de la ciudad de Santa Marta, indico en sus resultados niveles alarmantes de ansiedad en la muestra de estudio, dado que no se encontró ninguna observación con niveles de ansiedad baja, y por el contrario, el 57,63% (34 individuos) de la muestra presenta ansiedad media y un 42,37% (25 individuos) ansiedad alta, sin embargo en la presente investigación con el mayor porcentaje tenemos ansiedad leve, seguido de nivel severo de ansiedad en el personal de salud y solo un mínimo porcentaje se encuentran en un nivel extremadamente severo.

Por su parte, la ansiedad al entenderse como una reacción emocional ante situaciones de peligro, tiene unas repercusiones significativas en los trabajadores de la salud. Es evidente que los niveles de ansiedad también pueden afectar la calidad del servicio que se les preste a los usuarios

Por otro lado Toro Valencia en su estudio “Relación entre trastornos de ansiedad, depresión y de déficit de atención en estudiantes de la academia preuniversitaria Mendel, Arequipa 2019”, se observó que, el 17,65% manifestó un nivel de ansiedad muy baja, un porcentaje muy cercano a la mitad de la muestra (49,02%) presentó ansiedad baja, algo más de la cuarta parte de la población manifestaron ansiedad baja (25,49%) y un 7,84% tuvo ansiedad alta; ningún evaluado presentó una ansiedad muy alta. Si bien el porcentaje mayor de la población se ubica en el nivel bajo de ansiedad, alrededor del 33,33% (la tercera parte) presentan una ansiedad media y alta.(46)

C) NIVEL DE DEPRESIÓN

TABLA 3: NIVEL DE DEPRESIÓN DEL PERSONAL EN EL CENTRO DE SALUD ACORA, PUNO – 2019.

NIVEL DE DEPRESIÓN		
	N	%
Normal	33	41.8
Leve	21	26.6
Moderada	22	27.8
Severa	2	2.5
Extremadamente severa	1	1.3
TOTAL	79	100.0

Fuente: Elaboración en base a la Ficha de escala DASS 21.

En la tabla N°03, se muestra el nivel de depresión del personal en el Centro de Salud Acora, Puno - 2019; se observa del 100% del personal, el 41,8% tiene un nivel de depresión normal, el 27,8% un nivel moderado, el 26,6% un nivel leve, el 2,5% un nivel severo y solo un 1,3% un nivel de depresión extremadamente severo.

En el estudio de Dosil M. et al (9) Impacto psicológico de la COVID-19 en una muestra de profesionales sanitarios españoles en sus resultados indicó que el personal de salud presentó una depresión moderada 18.6%, seguido de una depresión leve 14.2%, y un mínimo porcentaje de depresión severo y extremadamente severo 6.5% y 4.8% respectivamente, un 55.9% del personal de salud están en estado normal, también Maquera Payva en su investigación Depresión y Estrés Académico en estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano Puno, muestra en sus resultados que el 57.4% tiene un nivel de depresión normal, seguido del 25.9% con un nivel de depresión leve, luego el 14.8% tuvieron un nivel de depresión moderada y finalmente el 1.9% tuvieron un nivel de depresión severo. Además, el 42.6% presenta algún grado de depresión entre leve, moderado y severo.(31) Por otro lado Condori Ccama en su investigación, encontró la depresión de los internos del establecimiento penitenciario Yanamayo Puno, se ha



encontrado que la mayoría presenta 28.9% de depresión severa y un mínimo de 0.9% de depresión ausente. Es muy importante tener en cuenta que la depresión puede llegar a causar alteraciones psicológicas.(14)

Ante esta situación se concluye que los resultados obtenidos en el presente investigación tiene semejanza con el estudio de Dosil M. et al y Maquera Payva, donde se encontró que la mayoría de personas presentan un nivel de depresión normal a diferencia de los resultados que mostro Condori Ccama en su estudio, donde se encontró que la mayoría de personas presentan una depresión severa. Al igual que lo reportado en múltiples estudios de salud mental en el mundo, la prevalencia de depresión, si bien arrojaba datos normales, los demás niveles tienen porcentajes importantes, se sabe que la depresión normal implica síntomas que no son tan intensos, que interfieren mínimamente en la vida diaria y en las relaciones, pero se debe considerar que la depresión es una enfermedad común pero grave. Puede afectar la manera de comportarse, pensar y sentir, además el índice normal de la depresión suele parecerse o igualarse a las personas con trastorno depresivo estacional apareciendo síntomas depresivos por periodos cortos de tiempo lo que hace que aparentemente se vea como algo pasajero pero esto es un antecedente de un primer episodio depresivo.

4.2. ESTADO NUTRICIONAL CON EL INDICADOR ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL PERSONAL EN EL CENTRO DE SALUD ACORA.

TABLA 4: ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL DEL PERSONAL EN EL CENTRO DE SALUD ACORA, PUNO – 2019.

ESTADO NUTRICIONAL		
	N	%
Normal	28	35.4
sobrepeso	38	48.1
Obesidad grado I	13	16.5
TOTAL	79	100.0

Fuente: Elaboración en base a la Ficha de evaluación nutricional.

En la tabla N°04, se muestra el estado nutricional del personal en el Centro de Salud Acora, Puno - 2019; se observa del 100% del personal, el 48,1% tiene sobrepeso, el 35,4% tiene un IMC normal y el 16,5% tiene Obesidad de grado I.

Los estudios obtenidos concuerdan con los de Coda M. y Chamorro L.(47) en su estudio de Estilos de vida y riesgo cardiovascular y cardiometabólico en profesionales de salud, donde encontró que el 44% tiene un normo peso, el 43% tiene sobrepeso y el 13% tiene obesidad, al igual que en la presente investigación resalta que el personal de salud presenta sobrepeso en su mayoría y la obesidad tiene un porcentaje bajo.

Sin embargo, el porcentaje alcanzado por el personal de salud en esta investigación es alarmante, ya que los trabajadores llevan una vida sedentaria donde realizar actividad física no es prioridad y los hábitos alimentarios son inadecuados, estos cambios en la alimentación caracterizados por un incremento en el consumo de alimentos con elevado contenido de azúcar, sodio y grasa saturada. Esta sumatoria se ve reflejada en la aparición de sobrepeso, obesidad.



Según el CENAN, Uno de los primeros resultados señala que el 37,3% de las personas de 15 y más años de edad tiene sobrepeso y el 22,7% tiene obesidad en el año 2018. El estado nutricional de adultos según sexo se puede observar que el sobrepeso en varones llega a un 48,9% mientras que en las mujeres es de 43,4%, y al observar la obesidad diferenciados por los 3 tipos se observa que siempre la obesidad es mayor en mujeres (11,4% Obesidad I) que en varones (18,3% Obesidad I) lo que no ocurre en el sobrepeso donde los varones tienen mayor prevalencia que las mujeres, sin embargo esto explica que son las mujeres las que padecen de mayores problemas de exceso de peso (sobrepeso y obesidad) que los varones. Así también la delgadez en esta etapa de vida no supera el 1%.(48)

4.3. COMPROBACIÓN DE HIPÓTESIS

RELACIÓN DE LOS NIVELES DE ESTRÉS, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON EL ESTADO NUTRICIONAL DEL PERSONAL EN EL CENTRO DE SALUD DE ACORA – PUNO, 2019

TABLA 5: ESTADO NUTRICIONAL Y NIVEL DE ESTRÉS DEL PERSONAL EN EL CENTRO DE SALUD ACORA, PUNO – 2019.

Estado nutricional	NIVEL DE ESTRÉS											
	Normal		Leve		Moderado		Severo		Extremadamente severo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Normal	4	5.1	6	7.6	12	15.2	5	6.3	1	1.3	28	35.4
Sobrepeso	12	15.2	8	10.1	13	16.5	5	6.3	0	0.0	38	48.1
Obesidad grado I	4	5.1	2	2.5	5	6.3	2	2.5	0	0.0	13	16.5
Total	20	25.3	16	20.3	30	38.0	12	15.2	1	1.3	79	100.0

Fuente: Elaboración en SPSS (Vers.23) a partir de la Ficha de evaluación nutricional y Ficha de escala DASS 21.

Valor prob. de Chi cuadrada de Pearson	$p = 0,795 ; \alpha = 0,05$ $p > \alpha$ Se acepta la H_0 y se rechaza la H_a
--	---

En la tabla N°05, se muestra el estado nutricional y nivel de estrés del personal en el Centro de Salud Acora, Puno - 2019; se observa del 100% del personal, el 48,1% tiene sobrepeso, de ellos el 16,5% tiene un nivel de estrés moderado, el 15,2% un nivel normal, el 10,1% un nivel leve y el 6,3% un nivel severo, del 35,4% del personal con IMC normal, el 15,2% tiene un nivel de estrés moderado, el 7,6% un nivel leve, el 6,3% un nivel severo



y el 5,1% un nivel normal, del 16,5% del personal con obesidad grado I, el 6,3% tiene un nivel de estrés moderado, el 5,1% un nivel normal, el 2,5% un nivel leve y con igual porcentaje de 2,5% un nivel severo. Se puede destacar que el mayor porcentaje del personal (16,5%) tiene sobrepeso y un nivel de estrés moderado, y el menor porcentaje (1,3%) del personal tiene un IMC normal y un nivel de estrés extremadamente severo.

Según el análisis estadístico de la chi-cuadrada se obtuvo el valor p (0.795), que es mayor o superior al valor de significancia o error (0.05). Por lo tanto, aceptamos H_0 y rechazamos H_a , es decir, no existe relación entre el estado nutricional y nivel de estrés. Existe suficiente evidencia estadística para determinar que la relación entre el estado nutricional y nivel de estrés del personal en el Centro de Salud Acora, Puno - 2019, no es significativa, con un nivel de confianza del 95%.

En la investigación de Ramos Quispe (15) estrés académico en relación al estado nutricional de los estudiantes de la Escuela Profesional de Nutrición Humana Una-Puno 2019 encontró que los estudiantes presentan estrés académico medio según categorización para reacciones comportamentales en el 35% de los estudiantes tienen sobrepeso y el 16.7% con IMC normal. Al contraste estadístico, no se encuentra relación estadísticamente significativa ($p= 0.805$), entre el estrés académico y el estado nutricional de los estudiantes de la Escuela Profesional de Nutrición Humana.

En la presente investigación al no haber influencia entre el estrés con el IMC, se podría decir que no siempre afecta ya que puede haber otras causas como problemas fisiológicos. Como un evento estresante esto depende de la hormona cortisol, ante situaciones de estrés se libera para poder reaccionar, pero al tener esta hormona elevada constantemente ante situaciones estresantes este genera un estrés crónico desencadenando emociones negativas, lo que conlleva a la restricción o sobrealimentación produciéndose así una

variabilidad en el peso. Por otro lado al haber elevadas cantidades de cortisol suben cantidades de glucosa en la sangre, esto genera que también aumente cantidades de la insulina generando a que no se produzca la lipólisis, en consecuencia hace que se produzca el almacenamiento de lípidos.

Estas condiciones estresantes que conllevan al aumento de peso no es el único factor predisponente para tener un índice de masa corporal elevado.

TABLA 6: ESTADO NUTRICIONAL Y NIVEL DE ANSIEDAD DEL PERSONAL EN EL CENTRO DE SALUD ACORA, PUNO – 2019.

ESTADO NUTRICIONAL	NIVEL DE ANSIEDAD										Total	
	Normal		Leve		Moderada		Severa		Extremadamente severa			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Normal	9	11.4	6	7.6	5	6.3	6	7.6	2	2.5	28	35.4
Sobrepeso	7	8.9	9	11.4	9	11.4	10	12.7	3	3.8	38	48.1
Obesidad grado I	3	3.8	6	7.6	1	1.3	3	3.8	0	0.0	13	16.5
TOTAL	19	24.1	21	26.6	15	19.0	19	24.1	5	6.3	79	100.0

Fuente: Elaboración en SPSS (Vers.23) a partir de la Ficha de evaluación nutricional y Ficha de escala DASS 21.

Valor prob. de Chi cuadrada de Pearson	$p = 0,643 ; \alpha = 0,05$ $p > \alpha$ Se acepta la Ho y se rechaza la Ha
--	---

En la tabla N°06, se muestra el estado nutricional y nivel de ansiedad del personal en el Centro de Salud Acora, Puno - 2019; se observa del 100% del personal, el 48,1% tiene sobrepeso de ellos el 12,7% tiene un nivel de ansiedad severa, el 11,4% un nivel leve, con



un porcentaje igual de 11,4% un nivel moderado, el 8,9% un nivel normal y el 3,8% un nivel extremadamente severo, del 35,4% del personal con IMC normal, el 11,4% tiene un nivel de ansiedad normal, el 7,6% un nivel leve, con porcentaje igual de 7,6% un nivel severo, el 6,3% un nivel moderado y el 2,5% un nivel extremadamente severo, finalmente, del 16,5% de personal con obesidad grado I, el 7,6% tiene un nivel de ansiedad leve, el 3,8% un nivel normal, con porcentaje igual de 3,8% un nivel severo y el 1,3% un nivel moderado. Se puede resaltar que el mayor porcentaje (12,7%) del personal tiene sobrepeso y un nivel de ansiedad severa y el menor porcentaje (1,3%) del personal tiene obesidad de grado I y un nivel de ansiedad moderado.

Según el análisis estadístico de la chi-cuadrada se obtuvo el valor p (0.643), que es mayor o superior al valor de significancia o error (0.05). Por lo tanto, aceptamos H_0 y rechazamos H_a , es decir, no existe relación entre el estado nutricional y nivel de ansiedad. Existe suficiente evidencia estadística para determinar que la relación entre el estado nutricional y nivel de ansiedad del personal en el Centro de Salud Acora, Puno - 2019, no es significativa, con un nivel de confianza del 95%.

En el estudio de Mamani Huanca (13) depresión, ansiedad y estado nutricional del adulto mayor albergado en centros de atención residencial de la Provincia de Puno y Chucuito, Agosto – Octubre 2016, presento en sus resultados que si existe relación entre niveles de ansiedad y estado nutricional, presentando un nivel de depresión severa y un déficit nutricional. Y en el estudio de Pereira et al (8) Depresión y ansiedad y su relación con el perfil antropométrico de los pacientes en rehabilitación cardíaca fases I y II indico en sus resultados que no existe una relación significativa con una tendencia no lineal en los pacientes con ansiedad respecto al estado nutricional, pero si se encontró que existe una correlación moderada leve entre la ansiedad y el normopeso y la obesidad.

En la presente investigación al no haber influencia entre la ansiedad con el índice de masa corporal, pero si se encuentra una relación entre el estado nutricional con la ansiedad como se encontró en otra investigación. La ansiedad está relacionada al factor liberador del cortisol, la disfunción de la acción de la serotonina, la disfunción de la acción dopamina. Esto genera que las emociones sean inhibidas generando efectos de la ansiedad como la sobre ingesta de alimentos o a no consumir ningún tipo de alimentos. Estas condiciones de ansiedad que conllevan al aumento de peso o perdida no es el único factor predisponente para tener un índice de masa corporal elevado.

TABLA 7: ESTADO NUTRICIONAL Y NIVEL DE DEPRESIÓN DEL PERSONAL EN EL CENTRO DE SALUD ACORA, PUNO – 2019.

ESTADO NUTRICIONAL	NIVEL DE DEPRESIÓN										Total	
	Normal		Leve		Moderada		Severa		Extremadamente severa			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Normal	13	16.5	8	10.1	7	8.9	0	0.0	0	0.0	28	35.4
Sobrepeso	14	17.7	9	11.4	13	16.5	1	1.3	1	1.3	38	48.1
Obesidad grado I	6	7.6	4	5.1	2	2.5	1	1.3	0	0.0	13	16.5
Total	33	41.8	21	26.6	22	27.8	2	2.5	1	1.3	79	100.0

Fuente: Elaboración en SPSS (Vers.23) a partir de la Ficha de evaluación nutricional y Ficha de escala DASS 21.

Valor prob. de Chi cuadrada de Pearson	$p = 0,737 ; \alpha = 0,05$ $p > \alpha$ Se acepta la Ho y se rechaza la Ha
--	---

En la tabla N°07, se muestra el estado nutricional y nivel de depresión del personal en el Centro de Salud Acora, Puno - 2019; se observa del 100% del personal, el 48,1% del



personal tiene sobrepeso, de ellos el 17,7% tiene un nivel de depresión normal, el 16,5% un nivel moderado, el 11,4% un nivel leve, el 1,3% un nivel severo y con igual porcentaje de 1,3% un nivel extremadamente severo, del 35,4% del personal con IMC normal, el 16,5% tiene un nivel de depresión normal, el 10,1% un nivel leve y el 8,9% un nivel moderado, del 16,5% de personal con obesidad grado I, el 7,6% tiene un nivel de depresión normal, el 5,1% un nivel leve, el 2,5% un nivel moderado y el 1,3% un nivel severo. Se destaca que el mayor porcentaje (17,7%) del personal tiene sobrepeso y un nivel de depresión normal y el menor porcentaje (1,3%) tiene obesidad de grado I y un nivel de depresión severo.

Según el análisis estadístico de la chi-cuadrada se obtuvo el valor p (0.737), que es mayor o superior al valor de significancia o error (0.05). Por lo tanto, aceptamos H_0 y rechazamos H_a , es decir, no existe relación entre el estado nutricional y nivel de depresión. Existe suficiente evidencia estadística para determinar que la relación entre el estado nutricional y nivel de depresión del personal en el Centro de Salud Acora, Puno - 2019, no es significativa, con un nivel de confianza del 95%.

En el estudio de Condori Ccama (14) depresión, estrés y estado nutricional en personas privadas de su libertad del establecimiento penitenciario Yanamayo Puno - 2019 en su resultado indicó que la depresión no influye sobre el índice de masa corporal. Sin embargo en el estudio de Mamani Huanca (13) depresión, ansiedad y estado nutricional del adulto mayor albergado en centros de atención residencial de la Provincia de Puno y Chucuito, Agosto – Octubre 2016 presentó en sus resultados que si existe relación entre el nivel de depresión y estado de desnutrición, y demuestra que al estar en un estado de depresión severa, es que se ve afectado negativamente el proceso de la alimentación y nutrición del adulto mayor.



En nuestra investigación se encontró que no hay relación entre nivel de depresión y índice de masa corporal, pero si se encuentra una relación entre el proceso de alimentación con la depresión como se encontró en otra investigación. Esto puede estar relacionado con los neurotransmisores como la dopamina, serotonina y noradrenalina, todas estas juntas son las principales sustancias responsables de la depresión presentándose estos en niveles muy disminuidos. La serotonina y noradrenalina, muchas de sus funciones son comunes. Estas sustancias se inervan en las mismas regiones cerebrales, principalmente intervienen en el hipotálamo regulando la mayor parte de las funciones neurovegetativas como el hambre, donde habrá un pérdida del apetito o en algunos casos comerá mas de la cuenta, dando como resultado una ganancia de peso o en consecuencia una pérdida de peso, esto puede o no afectar en el incremento o disminución del índice de masa corporal.



V. CONCLUSIONES

- El nivel de estrés en el personal del centro de salud Acora Puno, se encontró el 38,0% tiene un nivel de estrés moderado, el 25,3% un nivel normal, el 20,3% un nivel leve, el 15,2% un nivel severo y solo un 1,3% un nivel de estrés extremadamente severo.
- El nivel de ansiedad en el personal del centro de salud Acora Puno, el 26,6% tiene un nivel de ansiedad leve, el 24,1% un nivel normal, con un porcentaje igual de 24,1% un nivel severo, el 19,0% tiene un nivel moderado, y finalmente, el 6,3% tiene un nivel extremadamente severo.
- El nivel de depresión en el personal del centro de salud Acora Puno, el 41,8% tiene un nivel de depresión normal, el 27,8% un nivel moderado, el 26,6% un nivel leve, el 2,5% un nivel severo y solo un 1,3% un nivel de depresión extremadamente severo.
- El estado nutricional en el personal del centro de salud Acora Puno, el 48,1% del tiene sobrepeso, el 35,4% tiene un IMC normal y el 16,5% tiene Obesidad de grado I.
- Los niveles de estrés, ansiedad y depresión no influye en el estado nutricional del personal del centro de salud, por lo tanto se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula



VI. RECOMENDACIONES

- Con los resultados de esta investigación para futuras investigaciones considerar variables como estilos de vida saludable, porcentaje de grasa, perímetro abdominal (PAB), determinaciones bioquímicas en sangre, y otros para tener resultados más precisos y confiables.
- Para futuras investigaciones adaptar el cuestionario DASS 21 con la finalidad de ampliar los resultados que especifiquen sobre las situaciones o reacciones del estrés, ansiedad y depresión.
- A la Red de Salud Puno debe considerar campañas para el personal de salud que fomente a tener una salud mental, estilos de vida saludable.



VII. REFERENCIAS

1. Antúnez Z, Vinet E V. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS- 21): Validación de la versión abreviada en estudiantes universitarios Chilenos. = Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21): Validation of the abbreviated version in Chilean university students. *Ter Psicológica* [Internet]. 2012;30(3):49–55. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2012-30995-005&lang=es&site=ehost-live%5Cnzayraantunez@uach.cl>
2. Montenegro Bolaños B fernando, Yumiseva Marin SG. Aplicacion de la escala Dass- 21 para valorar depresion, ansiedad y estres en los profecionales de salud del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo en los meses de Julio- Agosto del 2016. 2016.
3. García Moran M, Gil Lacruz M. El estrés en el ámbito de los profesionales de la salud. *Pers* 19 [Internet]. 2016;19:11–30. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4131.pdf>
4. ALVARO MORALES RM. El Estrés Y La Relación Con El Desempeño Laboral Del Personal Administrativo De La Red De Salud Melgar- 2017 [Internet]. 2017. Available from: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/6138/Alvaro_Morales_Ruth_Mery.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Agreda-Carrillo ER, Galindo-Morales ML, Larios-Falcón KE, Arévalo-Flores JM, Cruzado L. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre depresión mayor en médicos residentes de un hospital de tercer nivel de atención en Lima, Perú. *Rev*



- Neuropsiquiatr. 2017;80(2):94.
6. Navarro-Loli JS, Moscoso M, Calderón-De La Cruz G. La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Lib Rev Peru Psicol.* 2017;23(1):57–74.
 7. Tarqui-Mamani C, Alvarez-Dongo D. Estado nutricional por etapas de vida en la población peruana; 2013-2014 [Internet]. Dirección ejecutiva de vigilancia alimentaria y nutricional,. 2015. Available from: <http://www.portal.ins.gob.pe/es/component/rsfiles/preview?path=cenan%2FVigilancia+de+Indicadores+Nutricionales+B%2FVIN+ENAHO+POBLACION+2013-2014+220116.pdf>
 8. Pereira-Rodríguez J, Velásquez-Badillo X, Peñaranda-Florez D, Pereira-Rodríguez R, Quintero-Gómez J, Durán-Sánchez R, et al. Depresión y ansiedad y su relación con el perfil antropométrico de los pacientes en rehabilitación cardíaca fases I y II. *CorSalud.* 2019;11(4):287–95.
 9. Dosil M, Ozamiz-Etxebarria N, Redondo I, Picaza M, Jaureguizar J. Psychological Symptoms in Health Professionals in Spain After the First Wave of the COVID-19 Pandemic. *Front Psychol.* 2020 Dec 18;11:1–11.
 10. Albinacorta Rivera KL. Nivel de estrés laboral del personal de enfermería de Centro Quirúrgico del Hospital José Agurto Tello [Internet]. 2017. Available from: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/7183>
 11. Zapata Susanivar TM. Depresión y ansiedad en estudiantes de una academia preuniversitaria de Lima - 2014 [Internet]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2014. Available from:



- <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/10252><http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/10252?show=full>
12. Mamani Palaco CG. Creencias nucleares en trastornos alimenticios y síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes preuniversitarias [Internet]. 2018 [cited 2021 Mar 2]. Available from: <http://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/UCSM/8165/76.0367.PS.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Accessed: 2021-03-02
 13. Mamani Huanca DC. Depresión, ansiedad y estado nutricional del adulto mayor albergado en los centros de atención residencial de la provincia de Puno y Chucuito. Agosto – octubre del 2016 [Internet]. 2016. Available from: http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/5056/Mamani_Huanca_Diana_Carolina.pdf?sequence=1&isAllowed=y
 14. Condori Ccama MR. Depresión, estrés y estado nutricional en personas privadas de su libertad del establecimiento penitenciario Yanamayo Puno - 2019. Vol. 4, Universidad Nacional del Altiplano. 2019.
 15. Ramos Quispe JR. Estrés Académico en relación al Estado Nutricional de los estudiantes de la Escuela Profesional de Nutrición Humana UNA-PUNO 2019. Universidad Nacional del Altiplano. 2020.
 16. Rosas-Matías J, Villanueva-Bejarano A, Pantani-Romero F, Lozano-Vargas 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. *Rev Neuropsiquiatr.* 2019;82(3):166.
 17. Borda Pandía FR. Estrés y estrategias de afrontamiento en prácticas clínicas en



- estudiantes de la facultad de enfermería, Universidad Nacional del Altiplano, 2014.
2015.
18. Iglesias R. Estudio del Estrés percibido por alumnos nóveles de Ciencias de la Salud [Internet]. 2011. Available from: https://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4906/TDR_IGLESIA_PARRA.pdf?sequence=1
 19. Díaz Hernández A. Repercusión del estrés percibido y del estrés laboral en los factores de riesgo cardiovascular y en la respuesta inmunitaria mediada por inmunoglobulinas en población laboral. 2017.
 20. Hoyo Delgado MÁ. Estrés Laboral. 2002. 53 p.
 21. Brannon L, Feist J, Updegraff J. Health psychology: An introduction to behavior and health [Internet]. 2013 [cited 2020 Jun 26]. Available from: https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=uP8KWs0KHFwC&oi=fnd&pg=PP1&dq=health+psychology+an+introduction+to+behavior+and+health+7th+edition+free+pdf&ots=tZNTM377uW&sig=_1GEURViHgoxoBdZPUnoSdHFS9s
 22. Obmiński Z. Blood Cortisol Responses to Pre-Competition Stress in Athletes: Sex-Related Differences. MEDSPORTPRESS. 2008;14(2):103–8.
 23. Marks; Murray, David F.; Evans, Michael; Willig B. PSICOLOGIA DE LA SALUD: TEORIA, INVESTIGACION Y PRACTICA [Internet]. 2008 [cited 2020 Jun 26]. 1–98 p. Available from: <https://www.casadellibro.com/libro-psicologia-de-la-salud-teoria-investigacion-y-practica/9789707293328/1227901>
 24. Velasquez J. Los distintos tipos de estrés [Internet]. 1012 setiembre. 2014 [cited



- 2020 Jun 26]. p. 1. Available from: <https://www.apa.org/centrodeapoyo/tipos>
25. Fernández Martínez, Elena; Rodríguez Borrego, Aurora; Vázquez Casares A. Nivel de estrés de los estudiantes de enfermería. [Internet]. julio - diciembre. 2005 [cited 2020 Jun 26]. p. 1. Available from: <http://www.index-f.com/presencia/n2/r24articulo.php>
26. Sauñe-Oscoco W, Bendezù-Sarcines CE, Oscoco-Torres O. Condiciones laborales y nivel de estrés en enfermeros de un Hospital Público Peruano. *Rev méd panacea*. 2012;2(3):91-4.
27. Palma M. Los trastornos de ansiedad. *Rev Digit Univ* [Internet]. 2010;6(11):1-8. Available from: <http://marco-antonio-escobedo-palma.suite101.net/los-trastornos-de-ansiedad-a15636>
28. Cano Vindel A. La ansiedad como emoción [Internet]. agosto 9, 2015. 2011 [cited 2020 Jun 26]. p. 1. Available from: <https://webs.ucm.es/info/seas/faq/ansiedad.htm>
29. Ceinos González M. Reflexión sobre los trastornos de ansiedad en la sociedad occidental. *Rev Cuba Med Gen Integr*. 2007;23(1):1-7.
30. San Molina L. *COMPRENDER LA DEPRESIÓN* [Internet]. Editorial AMAT. 2010 [cited 2020 Jun 27]. p. 112. Available from: https://books.google.es/books?id=yC_1xY4jzNUC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
31. Maquera Payva ME. Depresión y Estrés Académico en estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano Puno - 2019 [Internet]. 2020. Available from: <http://portal.unap.edu.pe/?q=organigrama>
32. Guadarrama L, Escobar A ZL. Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la



- depresión Revista de la Facultad de Medicina. Rev La Fac Med. 2006;49(2):66–72.
33. National Institute of Mental Health. Depression Basics. Natl Institutes Heal [Internet]. 2016;6. Available from: https://www.nimh.nih.gov/health/publications/depression/19-mh-8079-depressionbasics_140843.pdf
34. Instituto Nacional de Salud Mental. Trastorno Bipolar [Internet]. U. S. Department of Health and Human Services. 2015 [cited 2020 Jun 27]. p. 1. Available from: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/bipolar-disorder/index.shtml>
35. Lanza Pacheco DY. Terapia cognitivo conductual en la disminución de la depresión en pacientes geriátricos hospitalizados en el servicio de medicina del Hospital Manuel Núñez Butrón Puno, Marzo - Mayo 2017 [Internet]. 2018. Available from: <http://repositorio.unap.edu.pe/handle/UNAP/7128>
36. Damian Cruz V. Efectividad de la danzaterapia en el nivel de Depresión del Adulto Mayor en el puesto de Salud Jayllihuaya - Puno 2018. Universidad Nacional del Altiplano. 2018.
37. Saritama Saritama JE. Aplicación de la danzaterapia para mejorar el estado de ánimo en adultos mayores con depresión leve de 65 a 80 años que asisten al Hogar Geriátrico Plenitud de la ciudad de Quito en el periodo Noviembre 2017- Abril 2018. 2018.
38. Gimeno E. Medidas empleadas para evaluar el estado nutricional. Offarm. 2003;22(3):4.
39. Mirmiran P, Hosseini-Esfahani F, Jessri M, Mahan LK, Shiva N, Azizi F. Does



- dietary intake by Tehranian adults align with the 2005 dietary guidelines for Americans? Observations from the Tehran lipid and glucose study. *J Heal Popul Nutr.* 2011;29(1):39–52.
40. Castillo Hernández, José Luis; Zenteno Cuevas R. Valoración del Estado Nutricional [Internet]. *Revista Médica de la Universidad Veracruzana.* 2004 [cited 2020 Jun 30]. p. 1. Available from: https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol4_num2/articulos/valoracion.htm
41. Milagros LM. Caracterización del consumo alimentario nutricional y evaluación del estado nutricional en adolescentes mujeres en altura a 4300 m.s.n.m de la I.E.S Jose Maria Aguedas en el Centro Poblado de Mazocruz, Puno- 2017. Universidad Nacional del Altiplano. 2018.
42. Kweitel S. IMC: Herramienta poco útil para determinar el peso ideal de un deportista. *J Med Sci Phys Act Sport.* 2007;7(28):274–89.
43. Alberti-Fidanza A, Burini G, Genipi L, Maurizi-Coli A, Fidanza F. Vitamin and mineral nutritional status and other biochemical data assessed in groups of men from Crevalcore and Montegiorgio (Italy). *Int J Vitam Nutr Res* [Internet]. 1998 [cited 2020 Jun 30];68(4):249–54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9706500>
44. Sarsosa-Prowesk K, Charria-Ortiz VH. Estrés laboral en personal asistencial de cuatro instituciones de salud nivel III de Cali, Colombia. *Univ y Salud* [Internet]. 2017;20(1):44. Available from: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182001.108>
45. Bresó-Esteves E, Pedraza-Álvarez L, Pérez-Correa K. Síndrome de burnout y



- ansiedad en médicos de la ciudad de Santa Marta. Duazary. 2019;16(2):259–69.
46. Toro Valencia ME. “ Relación Entre Trastornos De Ansiedad , Depresión Y De Déficit De Atención En Estudiantes De La Academia. 2019.
47. Cudas M, Chamorro Vera LI, Figueredo Villalba M de los Á, Achucarro Valdez DD, Martínez Agüero VG. Estilos de vida y riesgo cardiovascular y cardiometabólico en profesionales de salud del Hospital Regional de Encarnación Lifestyles. Rev Virtual la Soc Paraguaya Med Interna. 2018;5(1):12–24.
48. Nutrición CN de A y N. Estado Nutricional en el Perú [Internet]. 2012. 147 p. Available from:
https://web.ins.gob.pe/sites/default/files/Archivos/cenan/van/vigilancia_poblacion/Estado_Nutricional_Peru_2011.pdf



ANEXOS

ANEXO N° 1

DASS 21

Por favor lea las siguientes afirmaciones y coloque un círculo alrededor de un número (0, 1, 2, 3) que indica cuánto esta afirmación le aplicó a usted *durante la semana pasada*. No hay respuestas correctas o incorrectas. No tome demasiado tiempo para contestar.

La escala de calificación es la siguiente:

- 0 No me aplicó
- 1 Me aplicó un poco, o durante parte del tiempo
- 2 Me aplicó bastante, o durante una buena parte del tiempo
- 3 Me aplicó mucho, o la mayor parte del tiempo

1. Me costó mucho relajarme	0	1	2	3
2. Me di cuenta que tenía la boca seca	0	1	2	3
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	0	1	2	3
4. Se me hizo difícil respirar	0	1	2	3
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	0	1	2	3
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones	0	1	2	3
7. Sentí que mis manos temblaban	0	1	2	3
8. Sentí que tenía muchos nervios	0	1	2	3
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	0	1	2	3
10. Sentí que no tenía nada por que vivir	0	1	2	3
11. Noté que me agitaba.....	0	1	2	3
12. Se me hizo difícil relajarme	0	1	2	3
13. Me sentí triste y deprimido	0	1	2	3
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	0	1	2	3
15. Sentí que estaba al punto de pánico	0	1	2	3
16. No me pude entusiasmar por nada.....	0	1	2	3
17. Sentí que valía muy poco como persona	0	1	2	3
18. Sentí que estaba muy irritable	0	1	2	3
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	0	1	2	3
20. Tuve miedo sin razón	0	1	2	3
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido	0	1	2	3



ANEXO 2

FICHA DE REGISTRO DEL ESTADO NUTRICIONAL

Fecha:

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	PESO	TALLA	IMC	Dx
1								
2								
3								
4								
5								



ANEXO 3

DECLARACION DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del trabajo: Relación de los niveles de Estrés, Ansiedad y Depresión con el Estado Nutricional del personal en el centro de Salud de Acora - Puno, 2019”. Investigador: Waldir J. Canaza Yancachajlla egresado de la Escuela profesional de Nutrición Humana de la UNA – PUNO.

Estimado (a) señor (a): Solicitud del consentimiento informado

Me dirijo a usted cordialmente con el fin de solicitar su valiosa colaboración en el mencionado trabajo de investigación, el cual tiene como objetivo: Determinar los niveles de estrés, ansiedad y depresión y su relación con el estado nutricional del personal en el centro de Salud de Acora - Puno, 2019. Su participación es completamente voluntaria, se trata de una investigación que no le producirá ningún tipo de daño, con unos objetivos y un propósito bien definidos, en todo momento se respetarán sus derechos humanos y se ceñirá a principios éticos. Tampoco le implicará ningún costo económico. La información recabada tendrá carácter anónimo y confidencial, por lo tanto, no escriba su nombre y apellido en los instrumentos que se le den para recolectar la información. Esta información será utilizada en el estudio que desarrolla el investigador y que le sirve como requisito solicitado por la Universidad Nacional del Altiplano – Puno.

Autorización para participar en la investigación:

Una vez leído este documento y aclaradas mis dudas, consiento en forma voluntaria a participar en el estudio. Asimismo he sido notificado que no aparecerá mi nombre en los instrumentos usados por el investigador para recoger la información, lo que le da un carácter confidencial a los datos recolectados.

Firma del participante