

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de **NUTRICIÓN Y DIETÉTICA**

“ASOCIACIÓN ENTRE LA ADICCIÓN A LA
COMIDA Y LA DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y
ESTRÉS EN ADULTOS DEL CENTRO MÉDICO
ANCIJE – LIMA, 2022”

Tesis para optar al título profesional de:

Licenciada de Nutrición y Dietética

Autora:

Francis Julibern Servan Garcia

Asesor:

Mg. Jacqueline Susana Sayán Brito

<https://orcid.org/0000-0002-2552-2361>

Lima - Perú

JURADO EVALUADOR

Jurado 1 Presidente(a)	FLORENTINA GABRIELA VIDAL HUAMÁN	09812697
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

Jurado 2	YULIANA YESSY GOMEZ RUTTI	44430640
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

Jurado 3	EDWIN MARTIN RUIZ SANCHEZ	45926988
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

RESUMEN DEL REPORTE DE SIMILITUD

Document Information

Analyzed document	DOCUMENTO TESIS FRANCIS.docx (D158539795)
Submitted	2/13/2023 4:45:00 PM
Submitted by	JACQUELINE SUSANA SAYAN BRITO
Submitter email	jacqueline.sayan@upn.edu.pe
Similarity	0%
Analysis address	jacqueline.susana.sayan.brito.delnor@analysis.orkund.com

Sources included in the report

Entire Document

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la asociación entre la adicción a la comida y la depresión, ansiedad y estrés en adultos del Centro Médico ANCIJE – Lima, 2022. La metodología es de tipo descriptiva correlacional, la muestra estudiada estuvo compuesta por 297 adultos que asistían al Centro Médico ANCIJE ubicado en el Centro de Lima. La recopilación de información se aplicó mediante dos cuestionarios validados, "Escala para medición de adicción a la comida (YFAS)", consiste en 25 preguntas que evalúan si el individuo presenta sintomatología de adicción a la comida. También, "Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)" consta de 21 preguntas que determinan el grado de depresión, ansiedad y estrés. Cabe resaltar que se realizó una prueba piloto por cada instrumento antes de recolectar la información. Posteriormente se codificará los datos y para el análisis estadístico se utilizó la prueba Chi cuadrado (X²) de Karl Pearson para establecer la asociación entre adicción a la comida con la depresión, ansiedad y estrés. Los resultados presentan que no existe adicción a la comida en un 50,84% de la muestra, sin embargo, el 49,16% si presenta adicción y por otro lado si se manifiesta asociación entre la adicción a la comida y la depresión, ansiedad y estrés en los adultos del Centro Médico. En conclusión, ante el confinamiento y los cambios que generó esa nueva etapa se identificó que la salud mental se deterioró y esto conllevó a que el hábito alimenticio sea perjudicado por los excesos de algunos alimentos no saludables.

PALABRAS CLAVES: Adicción a la comida, depresión, ansiedad, estrés.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN 1.1. Realidad problemática

Aborda En la actualidad el mundo reside en una emergencia de salud por la nueva enfermedad del coronavirus (COVID-19), ocasionada por la cepa SARS-CoV-2. La Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer que dicha enfermedad inició en Wuhan (China) a finales del 2019 originando una epidemia global, debido a su rápida virulencia ha llegado a ocasionar hasta la actualidad 507,045,234 casos de contagios y 6,207,815 casos de muertes confirmadas. (1)

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo a todos los que formaron parte de esta etapa en mi vida, sobre todo a mis padres Janett y Dante por brindarme su apoyo desde el primer día en toda mi carrera universitaria, aportando a mi formación profesional y como ser humano.

AGRADECIMIENTO

Agradezco en primer lugar a Dios por guiarme en el buen camino y permitirme concluir con mi objetivo. Así mismo, gracias a mi asesora por la orientación brindada, a la Universidad Privada del Norte y a mis profesores por permitirme crecer académicamente y tener una educación de calidad.

Tabla de contenido

JURADO EVALUADOR.....	2
INFORME DE SIMILITUD.....	3
DEDICATORIA	4
AGRADECIMIENTO	5
TABLA DE CONTENIDO	6
ÍNDICE DE TABLAS	7
ÍNDICE DE FIGURAS	8
RESUMEN	9
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN	10
1.1. Realidad problemática	10
1.2. Antecedentes del estudio	11
1.3. Definiciones conceptuales	14
1.4. Justificación	19
1.5. Formulación del problema	20
1.6. Objetivos	20
1.7. Hipótesis	20
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA	22
CAPÍTULO III: RESULTADOS	28
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	43
REFERENCIAS	48
ANEXOS	52

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Adicción a la comida según grupo etario en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.....	28
Tabla 2. Adicción según sexo en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.	29
Tabla 3. Adicción a la comida en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.	29
Tabla 4. Depresión según grupo etario en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.	30
Tabla 5. Depresión según sexo en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.	32
Tabla 6. Nivel de Depresión en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.....	33
Tabla 7. Ansiedad según grupo etario en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.	33
Tabla 8. Ansiedad según sexo en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.	35
Tabla 9. Nivel de Ansiedad en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.	36
Tabla 10. Estrés según grupo etario en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.	36
Tabla 11. Estrés según sexo en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.	38
Tabla 12. Nivel de Estrés en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.	39
Tabla 13. Asociación entre la adicción a la comida y la depresión en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.	39
Tabla 14. Asociación entre la adicción a la comida y la ansiedad en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.	40
Tabla 15. Asociación entre la adicción a la comida y estrés en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.	41
Tabla 16. Correlación entre adicción y depresión en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.....	41
Tabla 17. Correlación entre adicción y ansiedad en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.....	42
Tabla 18. Correlación entre adicción y estrés en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.....	42

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Adicción a la comida en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.....	30
--	-----------

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la asociación entre la adicción a la comida y la depresión, ansiedad y estrés en adultos del Centro Médico ANCIJE – Lima, 2022. La metodología es de tipo descriptiva correlacional, la muestra estudiada estuvo compuesta por 297 adultos de 18 a >68 años que asistían al Centro Médico ANCIJE ubicado en el Centro de Lima. La recopilación de información se aplicó mediante dos cuestionarios validados, “Escala para medición de adicción a la comida (YFAS)”, consiste en 25 preguntas que evalúan si el individuo presenta sintomatología de adicción a la comida. También, “Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)” consta de 21 preguntas que determinan el grado de depresión, ansiedad y estrés. Cabe resaltar que se realizó una prueba piloto por cada instrumento antes de recolectar la información. Posteriormente se codificará los datos y para el análisis estadístico se utilizó la Prueba Chi cuadrado (X^2) de Karl Pearson para establecer la asociación entre adicción a la comida con la depresión, ansiedad y estrés. Los resultados presentaron que no existe adicción a la comida en un 50,84% de la muestra, sin embargo, el 49,16% si presenta adicción, nivel de depresión leve 62,96%, nivel de ansiedad leve 53,87%, nivel de estrés leve 65,66% y por otro lado si se manifiesta asociación estadísticamente significativa ($p=0.000$) mediante la Prueba Chi cuadrado (X^2) entre adicción a la comida y depresión, ansiedad y estrés en los adultos del Centro Médico. En conclusión, ante el confinamiento y los cambios que generó esa nueva etapa se identificó que la salud mental se deterioró y esto conllevó a que el hábito alimenticio sea perjudicado por los excesos de algunos alimentos no saludables.

PALABRAS CLAVES: Adicción a la comida, depresión, ansiedad, estrés.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

En la actualidad el mundo reside en una emergencia de salud por la nueva enfermedad del coronavirus (COVID-19), ocasionada por la cepa SARS-CoV-2. La Organización Mundial de la Salud (OMS) dio a conocer que dicha enfermedad inició en Wuhan (China) a finales del 2019 originando una epidemia global, debido a su rápida virulencia ha llegado a ocasionar hasta la actualidad 507,045,234 casos de contagios y 6,207,815 casos de muertes confirmadas (1).

Del mismo modo, el 05 de marzo del 2020 en el Perú se confirma el primer caso de contagio por el nuevo virus, enseguida inició la pandemia en el país provocando una alta tasa de contagios y mortalidad, 3,557,869 y 212,702 respectivamente (2); logrando colapsar la red de servicios de salud a nivel nacional, por consiguiente, ante la emergencia sanitaria el gobierno peruano antepuso medidas rigurosas como el confinamiento obligatorio, distanciamiento social y el uso de la mascarilla, con el objetivo de aplacar los casos de contagio (3). En efecto el aislamiento interrumpió actividades sociales, educativas, laborales y económicas, lo cual afectó considerablemente a la población, según el Instituto Nacional de Estadística e Informática determinó que la pobreza monetaria perjudicó a un 30,1% de los ciudadanos (4), asimismo la población ocupada disminuyó en un 2,1% (357 mil 900 personas) y la tasa de desempleo fue de 5,1%, por lo que 887 mil 700 personas buscaron trabajo nuevamente (5).

Ante el encierro indefinido, la inexistencia de un tratamiento eficaz para el covid-19, la crisis económica, los escasos recursos humanos, el exceso de contagios y muertes en todo el mundo, diversos estudios han determinado que las personas empezaron a desarrollar diversos trastornos psicológicos siendo entre los más preponderantes: la depresión, la cual es una enfermedad que se caracteriza por los cambios en el genio de la persona (6); la ansiedad, dice ser del sentimiento frecuente y extremo de temor e intranquilidad (7); el estrés, que se identifica como el sentimiento de angustia, frustración, falta de energía y concentración; y entre otros problemas de salud mental (8). Estos trastornos están asociados a cambios en los hábitos alimenticios, como conductas de alimentación irregulares y una ingesta en excesos; el comer en exceso se ha establecido como una conducta de adicción, la cual se relaciona como una dependencia física y/o psicológica clínicamente significativa, caracterizado por el consumo compulsivo de alimentos sabrosos ricos en grasas y azúcares (9). Logrando perjudicar de manera negativa el estado nutricional y la salud en general del individuo, causando sobrepeso, obesidad u otras alteraciones (10).

De modo que el objetivo principal del estudio es corregir y disminuir la prevalencia de adicción a la comida y a su vez de depresión, ansiedad y estrés mediante recomendaciones y medidas de prevención.

1.2. Antecedentes del estudio

1.2.1. Nivel nacional

Dentro de los antecedentes en el ámbito nacional se encontró el estudio realizado por Carlos Medina et al. (11), investigó sobre la Prevalencia de adicción a

la comida en la población adulta con sobrepeso y obesidad, siendo esta una enfermedad que causa muchos problemas en la salud. Se utilizó la Escala de Yale para Adicción a la Comida (YFAS), el 26.1 % si eran adictos por ende es una prevalencia baja, sin embargo, no deja de ser un indicador de obesidad para los adictos a la comida, cabe resaltar que la mayoría era de sexo femenino y de acuerdo a los grupos etarios el más afectado fue el de 20 a 29 años.

Maza et al. (12), optó por evaluar el impacto psicológico en adultos de 18 a 60 años a más, residentes de una zona de Carabayllo, la población estuvo constituida por 300 personas. Para la recolección de datos se hizo uso de la encuesta DASS-21 para valorar depresión, ansiedad y estrés. Los niveles más predominantes fueron depresión “moderada” con un 12,9%, ansiedad “leve” 55,5% y estrés “leve” 61,5%. El estudio indica que la pandemia ha impactado negativamente a nivel psicológico, de modo que a corto o largo plazo deber ser abordado por el sistema de salud.

López et. al (13), el objetivo del estudio fue determinar adicción a la comida, en 394 adultos peruanos de 18 a >45 años, se evaluó mediante el cuestionario Yale Food Addiction Scale. Se analizaron los resultados, se observó que el 36,1% de las mujeres presentan adicción a comparación de los hombres que presentaban el 32,5%, no hubo diferencias significativas sin embargo, se determinó que las mujeres tienen mayor indicio de adicción a la comida debido al alto consumo de grasas saturadas.

1.2.2. Nivel internacional

Dentro de los antecedentes a nivel internacional encontramos el estudio realizado por Lin et al.(14), realizó una investigación sobre la prevalencia de adicción a la comida (AF) en adultos entre 20 y 64 años en Taiwán, comprender las

correlaciones entre el estrés percibido, AF y el índice de masa corporal, y determinar el efecto mediador potencial de AF debido al estrés percibido en el IMC. Se realizó el estudio mediante un cuestionario en línea donde analizaron 1780 muestras validas, y los resultados mostraron que el 12,98% cumple con los criterios de AF, el estrés percibido se correlacionó positivamente con el IMC y el estrés percibido se asoció positivamente con la AF, IMC. Se concluyó que entre las personas que buscan perder peso, el control adecuado es el estrés y la detención del AF.

También, Zielinska et al. (15), evaluaron la prevalencia de la adicción a la comida durante la pandemia en Polonia, donde lo relacionaron con varias variables, incluida la depresión. Participaron residentes de 26 a 35 años; en este grupo el resultado se caracterizó por adicción no menos de la mediana 4.0, la prevalencia de adicción a la comida fue de 14,83%, el incremento de peso promedio fue de 39% (6,53 kg), y a su vez el índice de masa corporal. Así mismo, los polacos que presentaban depresión tenían más síntomas notorios de adicción a la comida a diferencia de las personas que se encontraban saludables.

Así mismo, Da Silva, J. et al. (16), investigó sobre la prevalencia de la adicción a la comida (AF) en adultos brasileños entre 18 y 59 años, y si existe asociación con la ansiedad, la depresión y la adherencia a las medidas de distanciamiento adaptadas durante la pandemia de la covid-19. Se realizó aplicando un cuestionario online, efectuado por 5368 participantes, donde la mayoría eran mujeres. Resultó que la prevalencia de AF fue de 19,1%, se observó asociación entre AF con depresión y ansiedad, pero no con adherencia a las normas sociales. En conclusión, hubo una mayor prevalencia de AF y el sexo femenino son más propensos a padecerlo.

Lizana y Lera (17), en una muestra de adultos de 23 - 47 años a más, realizaron un estudio sobre la depresión, ansiedad y estrés durante la segunda ola de Covid-19. Se evaluó mediante la encuesta depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) y se observaron valores altos de depresión (67%) ansiedad (73%) y estrés (86%); las mujeres fueron las más afectadas por la depresión y los participantes menores de 35 años asumían riesgo de presentar los tres síntomas. Se concluyó que la segunda ola de Covid-19 repercutió en la salud mental.

Por último, Etxebarria et al. (18) estudió los niveles de estrés, ansiedad y depresión en una muestra de 976 adultos entre 18 y 78 años en el norte de España. Se realizó la evaluación mediante la escala DASS-21, el cual dio como resultado que la mayor sintomatología fue detectada a partir del confinamiento, la población adulta más joven ha expresado sintomatología más alta a comparación que el resto de la población.

1.3. Definiciones conceptuales

1.3.1. Adicción a la comida

La adicción a la comida es denominada como una alteración crónica y periódicamente del cerebro, se identifica por ingerir compulsivamente ciertos alimentos, que en su mayoría se caracterizan por ser altos en grasas y/o azúcares. Si bien es cierto con este concepto se lleva trabajando muchos años para poder concretarlo, pero autores como Da Silva et al. y Lin et al. coinciden que la adicción a la comida es el consumo exagerado de alimentos de alto contenido calórico. (19) Este comportamiento es muy similar a la adicción al alcohol, tabaco, etc., ya que

existen estudios que han determinado que existen alimentos que se caracterizan por ser adictivos de igual manera como las drogas. (14)

1.3.2. Depresión

La depresión es un trastorno que se caracteriza principalmente por una tristeza intensa de manera temporal o estable, también se manifiesta mal humor, angustia, emociones dolorosas, apartamiento, dificultad de disfrutar diversas ocasiones, ideas negativas, ataques de pánico, disfuncional, entre otras. Según estudios este trastorno es uno de los problemas psicológicos más implicado en la sociedad. (19)

Debido a los episodios que genera la depresión, existen criterios según la gravedad:

- Depresión leve: muestran dos o tres síntomas como: humor depresivo, pérdida de interés y aumento de fatiga, sin embargo la persona que presente este criterio se considera que está apta para realizar la mayoría de sus diligencias (20).
- Depresión moderada: muestran como mínimo 6 síntomas como: humor depresivo, pérdida de interés, aumento de fatiga, desconfianza de sí mismo, inferioridad, falta de autoestima, sentimiento de culpa, pensamientos suicidas, falta de concentración, carencia de decisión, agitación, alteración del sueño, variación en el apetito (reducción o aumento) junto con la alteración del peso corporal. Es muy posible que la persona que presente estos episodios tenga problemas para continuar con sus actividades habituales (20).

- Depresión grave: muestran como mínimo 8 síntomas como, todos los síntomas mencionados con anterioridad, estos se presentan más marcados, generalmente la falta de autoestima, el sentimiento de culpa y con más frecuencia los pensamientos suicidas. También, pueden surgir síntomas psicóticos como delirio y retraso psicomotor (20).

1.3.3. Ansiedad

La Real Academia Española refiere por ansiedad, es el estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo y angustia (21). Siendo una emoción que se presenta muy comúnmente en el ser humano, se manifiesta de manera física y mental, en forma de crisis logrando la sensación de pánico; autores recalcan que la ansiedad y el miedo se exponen de manera similar, ya que ambos revelan pensamientos de amenaza, sensaciones de preocupación o temor y reflejos fisiológicos (8).

De acuerdo a niveles de ansiedad: en la ansiedad leve, la persona se encuentra atento y observa el contexto de la situación antes que se ocasione, se llama una ansiedad de tipo ligero. La ansiedad moderada, se presentan indicios como respiración intermitente, presión arterial alta, boca seca, estómago movido, diarrea o estreñimiento, pánico, problemas para dormir o relajarse, entre otros. Por último, el nivel de ansiedad grave, la persona es incapaz de percibir y analizar lo que sucede, hay falta de concentración y problemas de aprendizaje, se manifiesta la sensación de asfixia, movimientos involuntarios como temblores, expresión de miedo, presión arterial alta, etc. (22)

1.3.4. Estrés

Se detalla por estrés como una situación de tensión muy usual en la vida de las personas, provocada por circunstancias agobiantes que causan respuestas psicológicas a veces difíciles (23). En general, Morales et al., refiere que el estrés es aquella respuesta orgánica ante contextos de peligro que comprometen el bienestar de la persona (24). Causando malestares como dolor de cabeza como crisis nerviosas frecuentes, problemas en el aparato digestivo, dolores en el cuello y espalda, entre otros (8).

Según Ávila (25), el estrés se clasifica de relación a su permanencia:

- Estrés agudo: este es el más común, se manifiesta por las pretensiones y tensiones sobre el pasado y ansias por anticipado del futuro próximo.
- Estrés agudo episódico: se da cuando el estrés agudo se manifiesta con más continuidad. Normalmente las personas se sienten agobiadas con tantas responsabilidades y no se terminan de organiza por la cantidad de exigencia, por ende, se generan reacciones de manera descontrolada, irritabilidad, sensibilidad e incapacidad de organización.
- Estrés crónico: episodio en el cual la persona no encuentra salida a una situación deprimente, es el estrés de exigencias que aparentan tener bastante duración en el tiempo. Puede provenir de experiencias traumáticas de la infancia. La peor característica del estrés crónico es que las personas se acostumbran a padecerlo y se llega a manifestar un desgaste ocasionando crisis nerviosa y otros síntomas difíciles de asistir.

1.3.5. Relación de adicción a la comida y depresión

En relación a la depresión, según estudios existen altas tasas de depresión, el cual causa dificultades en las personas como inexistencia de concentración, aislamiento de la sociedad, mezquino rendimiento estudiantil y laboral, a su vez debido a la pandemia por Covid-19 este malestar psicológico ha generado la manifestación o reincidencia de conductas alimentarias en desbalance y adicciones. (16) Se evidencia que las personas sanas son menos propensas a padecer síntomas de adicción a la comida a comparación de las que presentaban depresión, por lo que de confirma que trastorno se relaciona con un alto riesgo de consumir alimentos pocos saludables en exceso. (15)

1.3.6. Relación de adicción a la comida y ansiedad

La ansiedad está relacionada con problemas de conducta alimentaria, se forma una relación negativa con la alimentación con comportamientos alterados, descontrolados y con excesos, que se relacionan directamente con la obesidad, bulimia y trastorno por atracón. A saber, que dicho estudio determinó que la ansiedad perjudica a la adicción a la comida con más prevalencia en las mujeres. (26)

1.3.7. Relación de adicción a la comida y estrés

Está demostrado que el estrés daña las emociones y es posible que cause enfermedades en el ser humano, así como también es importante recalcar que despliega conductas adictivas, que se relacionan con una sobrealimentación y estándares de alimentación poco saludables como, un bajo consumo de verduras y un alto consumo de alimentos calóricos, de manera que la tasa de sobrepeso y obesidad

aumentó por lo que se relaciona que a mayor grado de estrés interviene el factor de adicción a la comida y por consiguiente la obesidad es gradual con el tiempo. (14)

1.4. Justificación

Existe investigaciones científicas que plantean la asociación entre la adicción a la comida y la depresión, ansiedad y estrés, habiendo investigación de calidad para el personal de salud y personas en general, de modo que pueden acceder a la información para el bienestar de su salud. Es totalmente necesario que la salud mental y salud nutricional vayan de la mano ya que juntos juegan un papel importante en el bienestar de las personas, es por eso la necesidad de tomar medidas de salud en base a la prevención del malestar psicológico y nutricional (16).

El escenario del confinamiento por Covid-19 ha afectado directamente a toda la población modificando nuestra rutina diaria, de manera que ha llegado a alterar los hábitos alimenticios y de la misma manera la salud mental debido a que se experimentaron diversos sentimientos de forma más intensa como incertidumbre, preocupación, estrés, ansiedad, aislamiento, entre otros, según estudios estos episodios han suscitado ciertas alteraciones en la alimentación, como patrones de alimentación irregulares y una ingesta en exceso o en deficiencia, por lo que se asocia con un posible cambio en el estado nutricional y a su vez con el aumento de enfermedades crónicas no transmisibles. En consecuencia, la presente investigación busca reconocer la asociación entre la “adicción a la comida” y “la depresión, ansiedad y estrés” en la población adulta del Centro Médico ANCIJE, y posteriormente brindar información actualizada a la institución, a fin de proponer que los profesionales de la salud aporten medidas preventivas sobre cómo afrontar con

los problemas de la salud mental y educación nutricional. También, es importante considerar próximas investigaciones que puedan analizar la adicción a la comida en estudiantes a nivel nacional, ya que es una población vulnerable respecto a su alimentación.

1.5. Formulación del problema

¿Existe asociación entre la adicción a la comida y la depresión, ansiedad y estrés en adultos en tiempos de pandemia por el Covid-19?

1.6. Objetivos

1.6.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre la adicción a la comida y la depresión, ansiedad y estrés en adultos en tiempos de pandemia por el Covid 19.

1.6.2. Objetivos específicos

- Determinar la asociación entre la adicción a la comida y la depresión en adultos en tiempos de pandemia por el Covid 19.
- Determinar la asociación entre la adicción a la comida y la ansiedad en adultos en tiempos de pandemia por el Covid 19.
- Determinar la asociación entre la adicción a la comida y el estrés en adultos en tiempos de pandemia por el Covid 19.

1.7. Hipótesis

1.7.1. Hipótesis general

Existe asociación entre la adicción a la comida y la depresión, ansiedad y estrés en adultos en tiempos de pandemia por el Covid 19.

1.7.2. Hipótesis específicas

- Existe asociación entre la adicción a la comida y la depresión en adultos en tiempos de pandemia por el Covid 19.
- Existe asociación entre la adicción a la comida y la ansiedad en adultos en tiempos de pandemia por el Covid 19.
- Existe asociación entre la adicción a la comida y el estrés en adultos en tiempos de pandemia por el Covid 19.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

2.1. Tipo de investigación

Cuantitativo, ya que “utiliza la recolección de datos y análisis de datos para contestar una o varias preguntas y para probar las hipótesis establecidas previamente”. (27) Así mismo, correlacional interno en una metodología no experimental, ya se tiene que acertar justificación en la relación entre las variables, sin que haya manipulación en las variables. (28)

2.2. Población y muestra

2.2.1. Población

La población está conformada por 1300 adultos que asisten al Centro Médico ANCIJE – Lima en tiempos de pandemia por el Covid 19.

2.2.2. Criterios

Criterios de inclusión:

- Todos los adultos mayores de edad (mayor o igual a 18 años).
- Adultos que asistan al Centro Médico.
- Personas que estén dispuestos a responder la encuesta.

Criterios de exclusión:

- Personas que no tengan la capacidad de discernir.
- Niños y adolescentes.
- Personas que no firmen el consentimiento informado

2.2.3. Muestra

Se utilizó la fórmula para estimar una proporción de una población finita:

$$n = \frac{N * Z^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z^2 * p * q}$$

Donde:

N (Universo) = 1300

Z² (Nivel de confianza) = 95%

P (Probabilidad a favor) = 50%

Q (Probabilidad en contra) = 50%

E (Error de estimación) = 0.05

De la fórmula obtenemos una muestra de n = 297 personas.

El muestreo es de tipo no probabilístico, por casos consecutivos.

2.3. Identificación de variables

- Variable dependiente: Adicción a la comida.
- Variable independiente: Depresión, ansiedad y estrés.

Operacionalización de variables (Anexo 2).

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección y análisis de datos

2.4.1. Técnica

La técnica para la recolección de información fue la encuesta, haciendo uso de dos cuestionarios como instrumento, los cuales fueron aplicados a los partícipes.

Se utilizaron los siguientes cuestionarios:

- Escala para medición de adicción a la comida (YFAS)

2.4.2. Instrumentos

a) Escala para medición de adicción a la comida (YFAS)

El cuestionario fue creado por Gerhard, Corbin y Brownell en el 2009; es una medida de 25 ítems, que ha sido desarrollada para identificar aquellos quiénes son más propensos a exhibir marcadores de dependencia de sustancias con el consumo de alimentos ricos en grasas/azúcares. (29)

La encuesta es en base a la ocurrencia de comportamientos en la alimentación durante los últimos 12 meses que son análogos a los criterios de diagnóstico de dependencia de sustancias. La escala que se utiliza es una combinación de Likert: “nunca”, “una vez al mes”, “2 a 4 veces al mes”, “2 a 3 veces a la semana”, “4 o más veces a la semana” y dicotómicas dos opciones de puntuación “si” y “no”. El cuestionario YFAS ofrece dos opciones de puntuación, una versión de recuento de "síntomas" que indica el número de síntomas de dependencia experimentados en los últimos 12 meses y un umbral de "diagnóstico" que se alcanza cuando tres o más "síntomas" están presentes durante los últimos 12 meses. Además, la versión de "diagnóstico" del YFAS, refiere a una auto identificación como un "adicto a la comida", la cual es la mayor especificidad en la identificación de trastornos clínicamente relevantes. En la validación preliminar de la escala se encontró evidencia de una adecuada confiabilidad interna, con validez convergente y validez incremental en la predicción (29). La versión traducida al español del instrumento YFAS fue adecuada en la población adulta chilena, tiene un nivel de consistencia interna aceptable de 0,87 según el coeficiente alfa de la fórmula 20 de Kuder Richardson, lo que indica que tiene un alto grado de confiabilidad. (30) Por otro

lado, según α de Cronbach se realizó la validación en versiones como, alemán (0.81 - 0.83) y francés (0.90) (31).

b) Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21)

El cuestionario DASS-21, elaborado por Peter Lovibond y Sydney Harold Lovibond en el año 1995; dicho instrumento se utiliza para evaluar el perfil psicológico, orientada específicamente en la depresión, ansiedad y estrés (32). Se obtuvo la validez en un estudio con población adulta, según α de Cronbach de 0.85 en la escala de depresión, 0.83 en la escala de estrés y 0.73 en la escala de ansiedad; En conjunto de todas las escalas que intervienen en el cuestionario DASS-21 presentó un α de 0.91 (33).

El cuestionario cuenta con 21 ítems, donde están incluidas las 3 subescalas, depresión (ítems: 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), ansiedad (ítems: 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y estrés (ítems: 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Cada pregunta del cuestionario cuenta con respuestas establecidas en escala de Likert, la valoración es la siguiente; 0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo. Por ende, para analizar cada subescala independientemente, se deben sumar las valoraciones de los ítems correspondientes a cada una, para finalmente obtener un indicador absoluto de los síntomas emocionales. (34) Por último, la interpretación final del indicador absoluto es de la siguiente manera, a mayor calificación, mayor grado de síntomas.

Puntos de corte comúnmente utilizados:

Depresión:

- Depresión leve: 5 - 6

- Depresión moderada: 7 – 10
- Depresión severa: 11 – 13
- Depresión extremadamente severa: 14 o más

Ansiedad:

- Ansiedad leve: 4
- Ansiedad moderada: 5 - 7
- Ansiedad severa: 8 - 9
- Ansiedad extremadamente severa: 10 o más

Estrés:

- Estrés leve: 8 - 9
- Estrés moderado: 10 - 12
- Estrés severo: 13 - 16
- Estrés extremadamente severo: 17 o más

2.4.3. Procedimiento y análisis de datos

Para llevar a cabo esta investigación se realizó lo siguiente:

Primera fase: se solicitó a autorización de la Directora del Centro Médico ANCIJE para poder iniciar con la aplicación del instrumento, la cual fue aceptada en el mes de septiembre. Se procedió de manera física a encuestar cumpliendo con los criterios de inclusión ya expuestos, habiéndole explicado en qué consistía la

investigación y brindándoles el formato consentimiento informado. Se llegó a encuestar a 297 personas en el periodo de dos meses.

Segunda fase: ya con toda la información necesaria, se continuó con la codificación de los datos obtenidos de los participantes en el programa Microsoft Excel v7.0, para desarrollar el análisis estadístico se hizo uso del programa Stata V16, el cual determinó la estadística de los niveles de adicción a la comida, depresión,

ansiedad y estrés. Además, se utilizó la prueba Chi cuadrado (X^2) de Karl Pearson para establecer la asociación entre adicción a la comida con la depresión, ansiedad y estrés. Se analizó la correlación de las variables mediante Rho de Spearman. Las variables son cualitativas medidas a escala nominal y ordinal, no tienen distribución paramétrica.

Todo lo que se analizará será demostrado mediante cuadros estadísticos, permitiendo demostrar los resultados obtenidos.

2.4.5. Aspectos Éticos

Para la realización de la presente investigación se pidió la autorización de la Directora del Centro Médico ANCIJE, la cual fue facultada para el uso de información (Anexo 08). Asimismo, inicialmente se obtuvo el consentimiento informado aprobado para poder contar con la participación de los adultos que acceden al Centro Médico, habiendo sido informados previamente acerca de la investigación, además que se les garantizará la confidencialidad de la información.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

3.1. Resultados descriptivos

Tabla 1. Adicción a la comida según grupo etario en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.

Adicción	Edad				Total
	20 – 35	36 – 51	52 – 67	68 – 83	
Sin adicción	63	43	39	6	151
	21.21	14.48	13.13	2.02	50.84
Con adicción	80	49	14	3	146
	26.94	16.50	4.71	1.01	49.16
Total	143	92	53	9	297
	48.15	30.98	17.85	3.03	100.00

Fuente: Elaboración propia (2023)

En la tabla 1, el grupo etario predominante respecto a “Sin adicción”, resultó ser el adulto en la fase temprana entre 20 a 35 años con un 21,21% (n = 63), seguido por adultos en fase de adultez intermedia de 36 a 51 años representados por 14,48% (n = 43), siendo los grupos etarios de adultos mayores 52 a 67 y 68 a 83 años los menos predominantes con un 13,13% (n = 39) y 2,02% (n = 6).

El grupo etario predominante respecto a “Con adicción”, resultó ser el adulto en la fase temprana entre 20 a 35 años con un 26,94% (n = 80), seguido por adultos en fase de adultez intermedia de 36 a 51 años representados por 16,50% (n = 49), siendo los grupos etarios de adultos mayores 52 a 67 y 68 a 83 años los menos predominantes con un 4,71% (n = 14) y 1,01% (n = 3).

Tabla 2. Adicción según sexo en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.

Adicción	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Sin adicción	76	75	151
	25.59	25.25	50.84
Con adicción	74	72	146
	24.92	24.24	49.16
Total	150	147	297
	50.51	49.49	100.00

Fuente: Elaboración propia (2023)

En la tabla 2, se observa respecto a “Sin adicción”, que el sexo predominante es femenino con un 25,59% (n = 76) en comparación al sexo masculino 25,25% (n = 75). De igual manera, respecto a “Con adicción”, el sexo predominante es femenino 24.92% (n = 74) a comparación al sexo masculino 24,24% (n = 72).

Tabla 3. Adicción a la comida en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.

	Frecuencia	Porcentaje
Sin adicción	151	50.84%
Con adicción	146	49.16%
Total	297	100%

Fuente: Elaboración propia (2023)

La tabla 3, muestra que es preponderante los adultos que no presentan adicción a la comida con un 50.84% (n =151), mientras que los que presentan adicción a la comida son el 49.16% (n= 146).

Figura 1. Adicción a la comida en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.

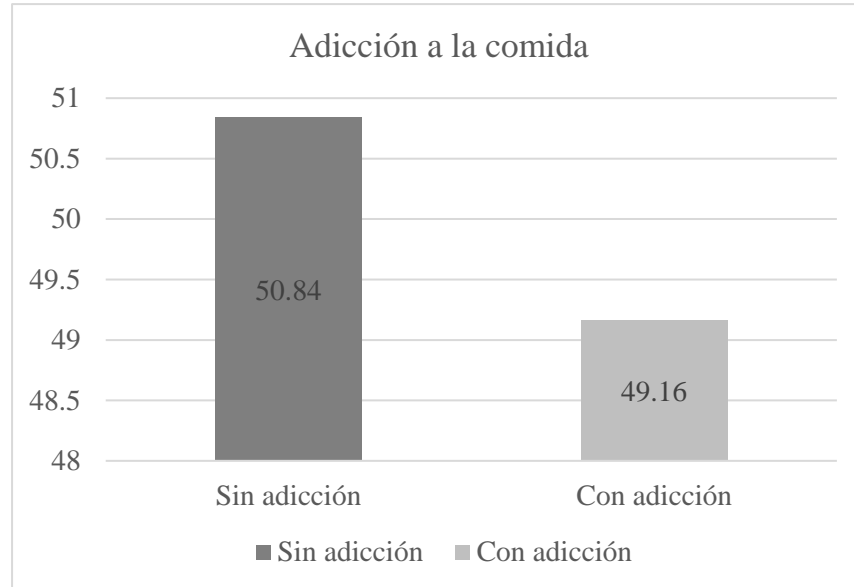


Tabla 4. Depresión según grupo etario en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.

Depresión	Edad				Total
	20 – 35	36 – 51	52 – 67	68 – 83	
Leve	82	65	34	6	187
	27.61	21.89	11.45	2.02	62.96
Moderada	35	19	9	1	64
	11.78	6.40	3.03	0.34	21.55
Severa	18	5	4	1	28
	6.06	1.68	1.35	0.34	9.43
Extremadamente severa	8	3	6	1	18
	2.69	1.01	2.02	0.34	6.06
Total	143	92	53	9	297
	48.15	30.98	17.85	3.03	100.00

Fuente: Elaboración propia (2023)

En la tabla 4, el grupo etario predominante respecto a depresión “Leve”, resultó ser el adulto en la fase temprana entre 20 a 35 años con un 27,61% (n = 82), seguido por adultos en fase de adultez intermedia de 36 a 51 años representados por 21,89% (n = 65), siendo los grupos etarios de adultos mayores 52 a 67 y 68 a 83 años los menos predominantes con un 11,45% (n = 34) y 2,02% (n = 6).

El grupo etario predominante respecto a depresión “Moderada”, resultó ser el adulto en la fase temprana entre 20 a 35 años con un 11,78% (n = 35), seguido por adultos en fase de adultez intermedia de 36 a 51 años representados por 6,40% (n = 19), siendo los grupos etarios de adultos mayores 52 a 67 y 68 a 83 años los menos predominantes con un 3,03% (n = 9) y 0,34% (n = 1).

El grupo etario predominante respecto a depresión “Severa”, resultó ser el adulto en la fase temprana entre 20 a 35 años con un 6,06% (n = 18), seguido por adultos en fase de adultez intermedia de 36 a 51 años representados por 1,68% (n = 5), siendo los grupos etarios de adultos mayores 52 a 67 y 68 a 83 años los menos predominantes con un 1,35% (n = 4) y 0,34% (n = 1).

El grupo etario predominante respecto a depresión “Extremadamente severa”, resultó ser el adulto en la fase temprana entre 20 a 35 años con un 2,69% (n = 8), seguido por adultos en fase de adulto mayor de 52 a 67 años representados por 2,02% (n = 6), siendo los grupos etarios adultez intermedia y adultos mayores, 36 a 51 y 68 a 83 años los menos predominantes con un 1,01% (n = 3) y 0,34% (n = 1).

Tabla 5. Depresión según sexo en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.

Depresión	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Leve	92	95	187
	30.98	31.99	62.96
Moderada	33	31	64
	11.11	10.44	21.55
Severa	13	15	28
	4.38	5.05	9.43
Extremadamente severa	12	6	18
	4.04	2.02	6.06
Total	150	147	297
	50.51	49.49	100.00

Fuente: Elaboración propia (2023)

En la tabla 5, se observa respecto a depresión “Leve”, que el sexo predominante es masculino con un 31,99% (n = 95) en comparación al sexo femenino 30,98% (n = 92), respecto a depresión “Moderada”, el sexo predominantes es femenino 11.11% (n = 33) a comparación al sexo masculino 10,44% (n = 31), depresión “Severa”, el sexo predominante es masculino con un 5,05% (n = 15) en comparación al sexo femenino 4,38% (n = 12), depresión “Extremadamente severa” el sexo más predominante es femenino con un 4,04% (n = 12) a comparación al sexo masculino 2,02 (n = 6).

Tabla 6. Nivel de Depresión en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima

Nivel de Depresión	Frecuencia	Porcentaje
Leve	187	62.96%
Moderada	64	21.55%
Severa	28	9.43%
Extremadamente severa	18	6.06%
Total	297	100%

Fuente: Elaboración propia (2023)

La tabla 6 muestra que la mayoría de los adultos presentan un nivel de depresión leve con el 62.96%, mientras que el menor porcentaje lo presenta el nivel de depresión extremadamente severa con un 6.06%

Tabla 7. Ansiedad según grupo etario en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.

Ansiedad	Edad				Total
	20 – 35	36 – 51	52 – 67	68 – 83	
Leve	65	59	29	7	160
	21.89	19.87	9.76	2.36	53.87
Moderada	28	17	9	0	54
	9.43	5.72	3.03	0.00	18.18
Severa	10	3	6	0	19
	3.37	1.01	2.02	0.00	6.40
Extremadamente severa	40	13	9	2	64
	13.47	4.38	3.03	0.67	21.55
Total	143	92	53	9	297
	48.15	30.98	17.85	3.03	100.00

Fuente: Elaboración propia (2023)

En la tabla 7, el grupo etario predominante respecto a ansiedad “Leve”, resultó ser el adulto en la fase temprana entre 20 a 35 años con un 21,89% (n = 65), seguido por adultos en fase de adultez intermedia de 36 a 51 años representados por 19,87% (n = 59), siendo los grupos etarios de adultos mayores 52 a 67 y 68 a 83 años los menos predominantes con un 9,76% (n = 29) y 2,36% (n = 7).

El grupo etario predominante respecto a ansiedad “Moderada”, resultó ser el adulto en la fase temprana entre 20 a 35 años con un 9,43% (n = 28), seguido por adultos en fase de adultez intermedia de 36 a 51 años representados por 5,72% (n = 17), siendo el grupo etario de adulto mayor 52 a 67 el menos predominante con un 3,03% (n = 9).

El grupo etario predominante respecto a ansiedad “Severa”, resultó ser el adulto en la fase temprana entre 20 a 35 años con un 3,37% (n = 10), seguido por el grupo etario de adulto mayor de 52 a 67 años representados por 2,02% (n = 6), siendo el grupo etario en fase de adultez intermedia 36 a 51 años el menos predominante con un 1,01% (n = 3).

El grupo etario predominante respecto a ansiedad “Extremadamente severo”, resultó ser el adulto en la fase temprana entre 20 a 35 años con un 13,47% (n = 40), seguido por adultos en fase de adultez intermedia de 36 a 51 años representados por 4,38% (n = 13), siendo los grupos etarios de adultos mayores 52 a 67 y 68 a 83 años los menos predominantes en con un 3,03% (n = 9) y 0,67% (n = 2).

Tabla 8. Ansiedad según sexo en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.

Ansiedad	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Leve	71	89	160
	23.91	29.97	53.87
Moderada	34	20	54
	11.45	6.73	18.18
Severa	7	12	19
	2.36	4.04	6.40
Extremadamente severa	38	26	64
	12.79	8.75	21.55
Total	150	147	297
	50.51	49.49	100.00

Fuente: Elaboración propia (2023)

En la tabla 8, se observa respecto a ansiedad “Leve”, que el sexo predominante es masculino con un 29,97% (n = 89) en comparación al sexo femenino 23,91% (n = 71), respecto a ansiedad “Moderada”, el sexo predominantes es femenino 11.45% (n = 34) a comparación al sexo masculino 6,73% (n = 20), ansiedad “Severa”, el sexo predominante es masculino con un 4,04% (n = 12) en comparación al sexo femenino 2,36% (n = 7), ansiedad “Extremadamente severa” el sexo más predominante es femenino con un 12,79% (n = 38) a comparación al sexo masculino 8,75 (n = 26).

Tabla 9. Nivel de Ansiedad en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.

Nivel de Ansiedad	Frecuencia	Porcentaje
Leve	160	53.87%
Moderada	54	18.18%
Severa	19	6.40%
Extremadamente severa	64	21.55%
Total	297	100%

Fuente: Elaboración propia (2023)

En la tabla 9, se observa que la mayoría de los adultos presentan un nivel de ansiedad leve con el 53.87%, mientras que el menor porcentaje lo presenta el nivel de ansiedad severo con un 6.40%.

Tabla 10. Estrés según grupo etario en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.

Estrés	Edad				Total
	20 – 35	36 – 51	52 – 67	68 – 83	
Leve	86	68	35	6	195
	28.96	22.90	11.78	2.02	65.66
Moderada	39	16	10	0	65
	13.13	5.39	3.37	0.00	21.89
Severa	13	6	6	2	27
	4.38	2.02	2.02	0.67	9.09
Extremadamente severa	5	2	2	1	10
	1.68	0.67	0.67	0.34	3.37
Total	143	92	53	9	297
	48.15	30.98	17.85	3.03	100.00

Fuente: Elaboración propia (2023)

En la tabla 10, el grupo etario predominante respecto a estrés “Leve”, resultó ser el adulto en la fase temprana entre 20 a 35 años con un 28,96% (n = 86), seguido por adultos en fase de adultez intermedia de 36 a 51 años representados por 22,90% (n = 68), siendo los grupos etarios de adultos mayores 52 a 67 y 68 a 83 años los menos predominantes con un 11,78% (n = 35) y 2,02% (n = 6).

El grupo etario predominante respecto a estrés “Moderado”, resultó ser el adulto en la fase temprana entre 20 a 35 años con un 13,13% (n = 39), seguido por adultos en fase de adultez intermedia de 36 a 51 años representados por 5,39% (n = 16), siendo el grupo etario de adulto mayor 52 a 67 años el menos predominante con un 3,37% (n = 10).

El grupo etario predominante respecto a estrés “Severo”, resultó ser el adulto en la fase temprana entre 20 a 35 años con un 4,38% (n = 13), seguido por adultos en fase de adultez intermedia de 36 a 51 años representados por 2,02% (n = 6) y adulto mayor de 52 a 67 años con un 2,02% (n = 6), siendo el grupo etario de adulto mayor de 68 a 83 años el menos predominante con un 0,67% (n = 2).

El grupo etario predominante respecto a estrés “Extremadamente severo”, resultó ser el adulto en la fase temprana entre 20 a 35 años con un 1,68% (n = 5), seguido por adultos en fase de adultez intermedia de 36 a 51 años representados por 0,67% (n = 2) y adulto mayor de 52 a 67 años con un 0,67% (n = 2), siendo el grupo etario de adulto mayor de 68 a 83 años el menos predominante con un 0,34% (n = 1).

Tabla 11. Estrés según sexo en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.

Estrés	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
Leve	94	101	195
	31.65	34.01	65.66
Moderada	32	33	65
	10.77	11.11	21.89
Severa	19	8	27
	6.40	2.69	9.09
Extremadamente severa	5	5	10
	1.68	1.68	3.37
Total	150	147	297
	50.51	49.49	100.00

Fuente: Elaboración propia (2023)

En la tabla 11, se observa respecto al estrés “Leve”, que el sexo predominante es masculino con un 34,01% (n = 101) en comparación al sexo femenino 31,65% (n = 94), respecto a estrés “Moderada”, el sexo predominantes es masculino 11.11% (n = 33) a comparación al sexo femenino 10,77% (n = 32), estrés “Severa”, el sexo predominante es femenino con un 6,40% (n = 19) en comparación al sexo masculino 2,69% (n = 8), estrés “Extremadamente severa” el sexo femenino y masculino muestran similitud con un 1,68% (n = 5).

Tabla 12. Nivel de Estrés en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.

Nivel de Estrés	Frecuencia	Porcentaje
Leve	195	65.66%
Moderada	65	21.89%
Severa	27	9.09%
Extremadamente severa	10	3.37%
Total	297	100%

Fuente: Elaboración propia (2023)

En la tabla 12, se aprecia que la mayoría de los adultos presentan un nivel de estrés leve con el 65.66%, mientras que el menor porcentaje lo presenta el nivel de estrés extremadamente severo con un 3.37%.

3.2. Resultados inferenciales

Tabla 13. Asociación entre la adicción a la comida y la depresión en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.

Adicción	Depresión				Total
	Leve	Moderada	Severa	Extremadamente severa	
Sin adicción	122	16	10	3	151
	95.1	32.5	14.2	9.2	151.0
	41.08	5.39	3.37	1.01	50.84
Con adicción	65	48	18	15	146
	91.9	31.5	13.8	8.8	146.0
	21.89	16.16	6.06	5.05	49.16
Total	187	64	28	18	297
	187.0	64.0	28.0	18.0	297.0
	62.96	21.55	9.43	6.06	100.00

Fuente: Elaboración propia (2023)

Pearson $\chi^2(3) = 43.5882$	Pr = 0.000
Fisher's exact =	0.000

En la tabla 13 se observa que existe asociación estadísticamente significativa ($p=0.000$) entre adicción a la comida y depresión.

Tabla 14. Asociación entre la adicción a la comida y la ansiedad en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima.

Adicción	Ansiedad				Total
	Leve	Moderada	Severa	Extremadamente severa	
Sin adicción	102	30	4	15	151
	81.3	27.5	9.7	32.5	151.0
	34.34	10.10	1.35	5.05	50.84
Con adicción	58	24	15	49	146
	78.7	26.5	9.3	31.5	146.0
	19.53	8.08	5.05	16.50	49.16
Total	160	54	19	64	297
	160.0	54.0	19.0	64.0	297.0
	53.87	18.18	6.40	21.55	100.00

Fuente: Elaboración propia (2023)

Pearson $\chi^2(3) = 37.1239$	Pr = 0.000
Fisher's exact =	0.000

En la tabla 14 se observa que existe asociación estadísticamente significativa ($p=0.000$) entre adicción a la comida y ansiedad.

Tabla 15. Asociación entre la adicción a la comida y estrés en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima

Adicción	Estrés				Total
	Leve	Moderada	Severa	Extremadamente severa	
Sin adicción	122	20	6	3	151
	99.1	33.0	13.7	5.1	151.0
	41.08	6.73	2.02	1.01	50.84
Con adicción	73	45	21	7	146
	95.9	32.0	13.3	4.9	146.0
	24.58	15.15	7.07	2.36	49.16
Total	195	65	27	10	297
	195.0	65.0	27.0	10.0	297.0
	65.66	21.89	9.09	3.37	100.00

Fuente: Elaboración propia (2023)

Pearson chi2(3) = 31.7864	Pr = 0.000
Fisher's exact =	0.000

En la tabla 15 se observa que existe asociación estadísticamente significativa (p=0.000) entre adicción a la comida y estrés.

Tabla 16. Correlación entre adicción y depresión en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima

	Valor
Number of obs	297
Spearman's rho	0.3653
Test of H0: Adicción and Depresión are independent Prob > t	0.0000

Fuente: Elaboración propia (2023)

En la tabla 16, se observa que existe una correlación estadísticamente significativa ($p=0.000$) de grado positiva débil entre adicción a la comida y depresión.

Tabla 17. Correlación entre adicción y ansiedad en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima

	Valor
Number of obs	297
Spearman's rho	0.3268
Test of H0: Adicción and Depresión are independent Prob > t	0.0000

Fuente: Elaboración propia (2023)

En la tabla 17, se observa que existe una correlación estadísticamente significativa ($p=0.000$) de grado positiva débil entre adicción a la comida y ansiedad.

Tabla 18. Correlación entre adicción y estrés en adultos que acuden al Centro Médico ANCIJE – Lima

	Valor
Number of obs	297
Spearman's rho	0.3237
Test of H0: Adicción and Depresión are independent Prob > t	0.0000

Fuente: Elaboración propia (2023)

En la tabla 18, se observa que existe una correlación estadísticamente significativa ($p=0.000$) de grado positiva débil entre adicción a la comida y estrés.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Discusión

Una adecuada salud mental junto con una alimentación saludable y balanceada puede prevenir daños perjudiciales en la salud, ya que ambos factores intervienen en la vida cotidiana de las personas. El presente estudio fue de tipo cuantitativo correlacional, en donde participaron 279 adultos del Centro Médico ANCIJE.

Para determinar el carácter de adicto a la comida se utilizó el instrumento Escala para medición de adicción a la comida (YFAS) (2009), el cual es un método útil para determinar quiénes son más proclives a desarrollar supeditación en la ingesta de ciertos alimentos que por lo general de caracterizaban por ser ricos en grasas y azúcares. Así mismo para presenciar el perfil psicológico en base a la depresión, ansiedad y estrés se aplicó el método Escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21).

Respecto a la adicción a la comida de la muestra de adultos ($n = 297$), no se encontró adicción en un 50,84% de los participantes, sin embargo, un 49,16% de ellos si presentaban características de adicción; el sexo femenino presentó mayor adicción (24,92%) a comparación de los hombres; Concorre con resultados a nivel nacional por López et al. (13) el 36,1% de las mujeres presentan adicción a comparación de los hombres que presentaban el 32,5%, no hubo diferencias significativas, por lo que ambos autores, que las mujeres tienen mayor indicio de adicción a la comida debido a una conducta alimentaria inadecuada como el alto consumo de grasas saturadas.

Así mismo, Lin et al. (14) determinó que ($n = 231$) (12,98%) cumplen con los criterios de adicción, donde resalta que la gran parte son mujeres (14,92%). Resultados

muy similares obtuvo Da Silva et al. (16) la prevalencia de adicción a la comida fue de 19,1% de 5368 participantes Brasileños, esta población es la mayor a comparación de los demás estudios ya que fue elaborada en base a diferentes regiones de Brasil; en la cual de igual manera las mujeres presentan una mayor prevalencia de adicción 21,6% a comparación de los hombres (11,8%).

Mientras, los resultados encontrados por Zielinska et al. (15) donde se observan que la gran mayoría de su población polaca no fue diagnosticada con adicción (85.9%) con una muestra de 1022 participantes, donde se afirma que el 14,1% si presentaban adicción, consumían desmedidamente más alimentos y en especial más bocadillos entre cada comida del día, esto generó el aumento de peso en esta población.

Se encontró relación entre la adicción a la comida y la depresión, los adultos presentaron un grado de depresión leve (62,96%) por efecto del aislamiento la salud emocional fue afectada, para la población brasileña también existe asociación, se demostró que hubo una alta tasa de depresión lo cual experimentó indicios de adicción a la comida, dicho autor igualmente presentó la relación de la adicción y las normas por el distanciamiento social para determinar que tanto pudo afectar y generar una adicción, sin embargo, no se encontró relación significativa; los problemas psicológicos tuvieron más influencia en la adicción a la comida; por lo cual se declaró que aquella persona que presente sobrepeso u obesidad debe llevar tratamiento para la ansiedad u otro problema psicológico para no generar en consecuencia adicción a la comida, ahora en tiempos de pos pandemia (16). Mientras que, Zielinska et al. (15) trabajó con los mismos principios de determinación, concluyó de la misma manera, que a mayor grado de depresión existe mayor peligro de comer desmedidamente, y

recalcó que las personas con depresión (11,45%) tenían estadísticamente más indicios de adicción a la comida que las personas sanas.

Prevalece la asociación entre la adicción a la comida y la ansiedad en adultos del Centro Médico y en estudiantes universitarios brasileños según Da Silva et al. (16), aumentaron los niveles de ansiedad y otros malestares por el confinamiento por Covid-19, indicadores de riesgo para la producción de trastornos alimentarios y adicción a la comida; se observó esta crisis en diversos países como Corea del Sur, Perú y Brasil. La ansiedad en este tipo de población fue ascendiendo debido a que se afrontaron nuevas experiencias al momento de convivir con una nueva era como las limitaciones sociales impuestas por el estado (35).

Respecto al estrés, ha llegado a ser casi como una epidemia a nivel mundial, Lin et al. (14) manifiesta que el estrés genera conductas adictivas lo cual perjudica de manera negativa la producción de obesidad en el ser humano y la adicción a la comida desencadena como un factor importante siendo intermediario, manifiestan huida de este problema de salud mental con los alimentos como una manera de recompensa. Etxebarria et al. (18) y Lizana y Lera (17) manifiestan que la población adulta más joven ha presentado niveles superiores de estrés, esto se debe a que presenciaron los nuevos cambios que trajo consigo la pandemia, por lo tanto se consideró una población más vulnerable para desarrollar trastornos mentales, medidas de prevención y programas de intervención se deberían ejecutar ahora en la post-pandemia para disminuir su prevalencia.

Por lo mencionado anteriormente, la implicancia del estudio anticipa que los adultos que participaron en el estudio sean conscientes de la relación de una

alimentación sana, armónica y balanceada y una salud mental favorable, para así poder evitar próximas enfermedades y mantener bienestar general. No está demás resaltar que todo esto tiene que ser llevado de la mano con profesionales de la salud. Cabe recalcar, que después de analizar los resultados de la investigación se realizó una charla y actividades en conjunto con la Nutricionista y Psicóloga del Centro Médico ANCIJE donde se enfatizó “La importancia de una alimentación saludable” y “Salud mental”; además se facilitaron folletos con recomendaciones y medidas preventivas.

Finalmente, al ejecutar la investigación se encontraron limitaciones, ya que a nivel nacional no se encontró suficiente información en donde esté implicado adicción a la comida y la depresión, ansiedad y estrés, solo se llegó a encontrar estudios de manera individualizada. No se encontró variedad de artículos relacionado a la población estudiada, muchos se relacionaban con otras variables, y otra limitación fue que no se encontraron artículos actualizados del presente año; estudios a nivel nacional en la actualidad podría ayudar a tener datos más recientes del tema en investigación. Por lo tanto, se utilizaron referencias de categoría internacional para poder relacionar equitativamente los resultados que se detallan en la presente investigación.

4.2. Conclusiones

- El nivel de adicción a la comida preponderante fue sin adicción (50,84%), nivel de depresión leve (62,96%), el nivel de ansiedad leve (53,87%), el nivel de estrés leve (65,66%).
- Existe una asociación significativa entre adicción a la comida y depresión.
- Existe una asociación significativa entre adicción a la comida y ansiedad.
- Existe una asociación significativa entre adicción a la comida y estrés.

4.2. Recomendaciones

- Establecidas las conclusiones, se recomienda que se ejecute programas de intervención virtuales o presenciales, dirigidas a mejorar los niveles de adicción a la comida, depresión, ansiedad y estrés en los adultos del Centro Médico ANCIJE.
- Se recomienda a los profesionales de la salud realizar un seguimiento profesional multidisciplinario en aquellas personas que presentan un diagnóstico positivo para el trastorno de alimentación y trastorno mental.
- Se recomienda a los adultos reconocer sintomatología de adicción a la comida, depresión, ansiedad y estrés, para obtener asistencia de los profesionales de la salud.
- Se recomienda que las autoridades organicen campañas que promuevan y protejan la salud mental y alimentación saludable de la población.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Nuevo coronavirus 2019 [Internet]. 2019 [citado 4 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
2. OPS/OMS. Respuesta a la emergencia por COVID-19 en Perú - OPS/OMS | Organización Panamericana de la Salud [Internet]. 2020 [citado 4 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/respuesta-emergencia-por-covid-19-peru>
3. OMS. ACTUALIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA FRENTE A LA COVID-19 [Internet]. [citado 16 de febrero de 2023]. Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020_es.pdf?sfvrsn=86c0929d_10
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Pobreza monetaria alcanzó al 30,1% de la población del país durante el año 2020 [Internet]. 2021 [citado 24 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.inei.gov.pe/prensa/noticias/pobreza-monetaria-alcanzo-al-301-de-la-poblacion-del-pais-durante-el-ano-2020-12875/>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática [Internet]. 2020 [citado 5 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://m.inei.gov.pe/prensa/noticias/a-nivel-nacional-la-poblacion-ocupada-disminuyo-21-durante-el-primer-trimestre-del-2020-12254/>
6. Organización Mundial de la Salud. Depresión [Internet]. 2021 [citado 26 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
7. Delgado EC, Lara MF, Arias RM. GENERALIDADES SOBRE EL TRASTORNO DE ANSIEDAD. 2021;35 (1)(23-36):14.
8. Sierra JC. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. marzo de 2003;3(1):51.
9. Yeşilkaya B, Ates Ozcan B. Factors affecting food addiction in adult women: the effect of depression, body mass index, and body image. Rev Nutr [Internet]. 13 de diciembre de 2021 [citado 4 de abril de 2022];34. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/rn/a/9sxhVgrW8DxttLCTvmNXkbB/?lang=en>
10. Agüera Z, Wolz I, Sánchez I, Sauvaget A, Hilker I, Granero R, et al. Adicción a la comida: Un constructo controvertido. Cuad Med Psicosomática Psiquiatr Enlace. 2016;(117):17-30.
11. Medina Ayala CF. “Prevalencia de adicción a la comida en la población adulta con sobrepeso y obesidad del Distrito de Characato utilizando la escala de Yale” [Internet]. 2018 [citado 17 de febrero de 2023]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/6603>
12. Maza ACO, Lora KV, Solorzano SF. Impacto psicologico de la pandemia COVID-19 en adultos residentes en Carabayllo. Rev Científica Ágora. 31 de diciembre de 2021;8(2):11-9.

13. López-Lopez DE, Saavedra-Roman IK, Calizaya-Milla YE, Saintila J. Food Addiction, Saturated Fat Intake, and Body Mass Index in Peruvian Adults: A Cross-Sectional Survey. *J Nutr Metab*. 21 de julio de 2021;2021:e9964143.
14. Lin YS, Tung YT, Yen YC, Chien YW. Food Addiction Mediates the Relationship between Perceived Stress and Body Mass Index in Taiwan Young Adults. *Nutrients*. 30 de junio de 2020;12(7):1951.
15. Zielińska M, Łuszczki E, Bartosiewicz A, Wyszynska J, Dereń K. The Prevalence of “Food Addiction” during the COVID-19 Pandemic Measured Using the Yale Food Addiction Scale 2.0 (YFAS 2.0) among the Adult Population of Poland. *Nutrients*. 17 de noviembre de 2021;13(11):4115.
16. da Silva Júnior AE, de Lima Macena M, de Oliveira ADS, Praxedes DRS, de Oliveira Maranhão Pureza IR, de Menezes Toledo Florêncio TM, et al. Prevalence of food addiction and its association with anxiety, depression, and adherence to social distancing measures in Brazilian university students during the COVID-19 pandemic: a nationwide study. *Eat Weight Disord - Stud Anorex Bulim Obes* [Internet]. 8 de enero de 2022 [citado 6 de abril de 2022]; Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40519-021-01344-9>
17. Lizana PA, Lera L. Depression, Anxiety, and Stress among Teachers during the Second COVID-19 Wave. *Int J Environ Res Public Health*. 14 de mayo de 2022;19(10):5968.
18. Ozamiz-Etxebarria N, Dosil-Santamaria M, Picaza-Gorrochategui M, Idoiaga-Mondragon N. Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 30 de abril de 2020 [citado 28 de febrero de 2023];36. Disponible en: <http://www.scielo.br/j/csp/a/bnNQf4rdcMNpPjgfnpWPQzr/>
19. Rondón Bernard JE. Depression: A Review of its Definition. *MOJ Addict Med Ther* [Internet]. 22 de enero de 2018 [citado 23 de enero de 2023];5(1). Disponible en: <https://medcraveonline.com/MOJAMT/depression-a-review-of-its-definition.html>
20. MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto [Internet]. *GuíaSalud*. 2019 [citado 23 de febrero de 2023]. Disponible en: <https://portal.guiasalud.es/gpc/depresion-adulto/>
21. ASALE R, RAE. ansiedad | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 23 de enero de 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/ansiedad>
22. Kuong LEV, Concha ARU. Niveles de ansiedad y la calidad de vida en estudiantes de una universidad privada de Arequipa Anxiety levels and quality of life in students from a private university in Arequipa. 2017;
23. ASALE R, RAE. estrés | Diccionario de la lengua española [Internet]. «Diccionario de la lengua española» - Edición del Tricentenario. [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: <https://dle.rae.es/estrés>

24. Millones-Morales PE, Gonzales-Guevara A. Depresión, ansiedad y estrés durante la emergencia sanitaria por COVID-19, en jefes de hogar residentes en un Asentamiento Humano en Comas. Rev Científica Ágora. 12 de julio de 2021;8(1):34-41.
25. Ávila J. El estrés un problema de salud del mundo actual. Rev CON-Cienc. 30 de julio de 2014;2(1):117-25.
26. Hussenoeder FS, Pabst A, Conrad I, Löbner M, Engel C, Zeynalova S, et al. Anxiety and Food Addiction in Men and Women: Results From the Longitudinal LIFE-Adult-Study. Front Psychiatry. 14 de junio de 2022;13:914358.
27. Vega-Malagón G, Ávila-Morales J, Vega-Malagón AJ, Camacho-Calderón N, Becerril-Santos A, E. Leo-Amador G. PARADIGMAS EN LA INVESTIGACIÓN. ENFOQUE CUANTITATIVO Y CUALITATIVO | European Scientific Journal, ESJ [Internet]. 2014 [citado 10 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://eujournal.org/index.php/esj/article/view/3477>
28. García Sanz MP, García Meseguer M. Los métodos de la investigación. En: Guía práctica para la realización de trabajos fin de Grado y trabajos fin de Máster, 2012, ISBN 978-84-8371-973-2, págs 99-128 [Internet]. Servicio de Publicaciones; 2012 [citado 17 de febrero de 2023]. p. 99-128. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8141602>
29. Gearhardt AN, White MA, Masheb RM, Morgan PT, Crosby RD, Grilo CM. An Examination of the Food Addiction Construct in Obese Patients with Binge Eating Disorder. Int J Eat Disord. julio de 2012;45(5):657-63.
30. Marín D, Andrea C. Validación del instrumento YFAS para medir adicción a la comida. 2014 [citado 25 de febrero de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.uchile.cl/handle/2250/180963>
31. Valdés-Moreno MI, Rodríguez-Márquez MC, Cervantes-Navarrete JJ, Camarena B, de Gortari P, Laboratorio de Neurofisiología Molecular, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz., et al. Traducción al español de la escala de adicción a los alimentos de Yale (Yale Food Addiction Scale) y su evaluación en una muestra de población mexicana. Análisis factorial. Salud Ment. 7 de diciembre de 2016;39(6):295-302.
32. Resumen DASS-21 test - 1. Ficha Técnica Nombre: Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS, por [Internet]. StuDocu. 2021 [citado 14 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.studocu.com/ec/document/universidad-nacional-de-loja/peritaje-psicologico/resumen-dass-21-test/21641169>
33. Antúnez Z, Vinet EV. Escalas de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS - 21): Validación de la Versión abreviada en Estudiantes Universitarios Chilenos. Ter Psicológica. diciembre de 2012;30(3):49-55.
34. Antony MM, Bieling PJ, Cox BJ, Enns MW, Swinson RP. Psychometric properties of the 42-item and 21-item versions of the Depression Anxiety Stress Scales in clinical groups and a community sample. Psychol Assess. junio de 1998;10(2):176-81.

35. Sandoval KD, Morote-Jayacc PV, Moreno-Molina M, Taype-Rondan A. Depresión, estrés y ansiedad en estudiantes de Medicina humana de Ayacucho (Perú) en el contexto de la pandemia por COVID-19 | Elsevier Enhanced Reader [Internet]. 2021 [citado 11 de enero de 2023]. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0034745021001682?token=E1B1E98BC96FBFCE34C15C16FF949F25E4D86F90BAD52C7EFBABB0611247D34C45AC8F7D64E627440D8CB4F317B02435&originRegion=us-east-1&originCreation=20230111221422>

ANEXOS

ANEXO 1. Matriz de consistencia

FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p>PROBLEMA GENERAL</p> <p>¿Existe asociación entre la adicción a la comida y la depresión, ansiedad y estrés en adultos del Centro Médico ANCIJE – Lima, 2022?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL</p> <p>Determinar la asociación entre la adicción a la comida y la depresión, ansiedad y estrés en adultos del Centro Médico ANCIJE – Lima,2022.</p> <p>OBJETIVO ESPECÍFICO</p> <p>-Determinar la asociación entre la adicción a la comida y la depresión en adultos del Centro Médico ANCIJE – Lima,2022.</p> <p>Determinar la asociación entre la adicción a la comida y la ansiedad en adultos del Centro Médico ANCIJE – Lima,2022.</p> <p>-Determinar la asociación entre la adicción a la comida y el estrés en adultos del Centro Médico ANCIJE – Lima,2022</p>	<p>HIPÓTESIS DE GENERAL</p> <p>Existe asociación entre la adicción a la comida y la depresión, ansiedad y estrés en adultos del Centro Médico ANCIJE – Lima,2022.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICA</p> <p>-Existe asociación entre la adicción a la comida y la depresión en adultos del Centro Médico ANCIJE – Lima,2022.</p> <p>-Existe asociación entre la adicción a la comida y la ansiedad en adultos del Centro Médico ANCIJE – Lima,2022.</p> <p>-Existe asociación entre la adicción a la comida y el estrés en adultos del Centro Médico ANCIJE – Lima,2022.</p>	<p>VARIABLE DEPENDIENTE</p> <p>Adicción a la comida</p> <p>VARIABLE INDEPENDIENTE</p> <p>Ansiedad</p> <p>Depresión</p> <p>Estrés</p>	<p>ENFOQUE ESTUDIO</p> <p>Cuantitativo</p> <p>TIPO DE ESTUDIO</p> <p>Correlacional</p> <p>DISEÑO DE ESTUDIO</p> <p>No experimental</p>	<p>POBLACIÓN</p> <p>La población estará constituida por adultos del Centro Médico ANCIJE ubicado en el distrito de Cercado de Lima.</p> <p>MUESTRA</p> <p>La muestra estuvo conformada por 297 adultos.</p>

ANEXO 2. Operacionalización de variables

A. Operacionalización de la variable: Adicción a la comida

Variable	Definición de variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala y Valores	Niveles y Rangos
Adicción a la comida	La adicción a la comida es denominada una alteración crónica y periódicamente del cerebro, se identifica por ingerir compulsivamente ciertos alimentos, que en su mayoría se caracterizan por ser altos en grasas y/o azúcares (19).	Síntomas	Sustancia consumida en cantidades o periodos mayores que los deseados	<p>1. Me he dado cuenta de que cuando empiezo a comer (o beber) “este tipo de alimentos”, termino consumiendo mucho más de lo que había planeado inicialmente.</p> <p>2. Me he sorprendido a mí mismo comiendo (o bebiendo) “este tipo de alimentos”, incluso cuando ya no tengo hambre.</p> <p>3. He comido hasta el punto en que me siento físicamente incómodo/a.</p>	<p>- Nunca</p> <p>- 1 vez al mes</p> <p>- 2 a 4 veces al mes</p> <p>- 2 a 3 veces a la semana</p> <p>- 4 o más veces a la semana</p>	<p>0 – 1: No tiene adicción a la comida</p> <p>2-11: Sí tiene adicción a la comida</p>
			Deseo persistente o frustrados de abandonar la sustancia	<p>4. Dejar de consumir o consumir menos de “este tipo de alimentos” ha sido un tema que me preocupa.</p>	<p>- Nunca</p> <p>- 1 vez al mes</p> <p>- 2 a 4 veces al mes</p> <p>- 2 a 3 veces a la semana</p> <p>- 4 o más veces a la semana</p>	

			<p>22. He querido dejar de consumir o consumir menos de “este tipo de alimentos”.</p> <p>24. He logrado dejar de consumir o consumir menos de “este tipo de alimentos”.</p>	<p>- No</p> <p>- Sí</p>	
			<p>25. ¿Cuántas veces trató de consumir menos o de dejar de consumir por completo “este tipo de alimentos”.</p>	<p>- 1 o pocas veces</p> <p>- 2 veces</p> <p>- 3 veces</p> <p>- 4 veces</p> <p>- 5 o más veces</p>	
		<p>Mucho tiempo/actividad para obtener, consumir o recuperarse</p>	<p>5. He pasado mucho tiempo sintiéndome lento/a o fatigado/a por haber comido (o bebido) demasiado.</p> <p>6. He pasado mucho tiempo sintiéndome lento/a o fatigado/a por haber comido (o bebido) demasiado.</p> <p>7. Cuando no he tenido a mi disposición “este tipo de alimentos” he ido a buscarlos, por ejemplo: he ido al supermercado a comprarlos, incluso teniendo otras cosas para comer en mi casa.</p>	<p>- Nunca</p> <p>- 1 vez al mes</p> <p>- 2 a 4 veces al mes</p> <p>- 2 a 3 veces a la semana</p> <p>- 4 o más veces a la semana</p>	

			<p>Participación reducida o anulada en actividades importantes de tipo social, laboral o recreacional</p>	<p>8. He pasado mucho tiempo comiendo (o bebiendo) “este tipo de alimentos”, en lugar de trabajar, estar con mi familia o amigos, hacer otras cosas importantes o actividades recreacionales que disfruto.</p> <p>9. He perdido mucho tiempo en manejar sentimientos negativos como culpa, frustración, enojo u otros, por el hecho de comer (o beber) demasiado de “este tipo de alimentos”, en lugar de hacer otras cosas importantes.</p> <p>10. He evitado asistir a eventos laborales o sociales donde hay a disposición de “este tipo de alimentos”, por miedo a que podría comer (o beber) demasiado.</p> <p>11. He evitado asistir a eventos laborales o sociales porque no me es posible consumir “este tipo de alimentos” allí.</p>	<p>- Nunca</p> <p>- 1 vez al mes</p> <p>- 2 a 4 veces al mes</p> <p>- 2 a 3 veces a la semana</p> <p>- 4 o más veces a la semana</p>	
			<p>Continua ingesta a pesar del</p>	<p>19. He permanecido consumiéndolos</p>	<p>- No</p> <p>- Sí</p>	

		<p>conocimiento de consecuencias adversas (por ejemplo falla en el cumplimiento de obligaciones, consumo cuando es físicamente peligroso)</p>	<p>mismos tipos de alimentos o la misma cantidad de esos alimentos, aun cuando estaba teniendo problemas emocionales o físicos a causa de ello.</p>	
		<p>Tolerancia (marcado aumento en la cantidad, marcada disminución en los efectos)</p>	<p>20. He ido sintiendo que necesito comer más y más para tener las sensaciones que quiero, (como, por ejemplo: reducir mis emociones negativas, o tener más placer).</p> <p>21. Me he dado cuenta de que consumir la misma cantidad de alimentos no reduce mis emociones negativas o aumenta las sensaciones de placer, así como lo hacía antes.</p>	<p>- No</p> <p>- Sí</p>
		<p>Característicos síntomas de abstinencia, o ingesta de sustancia para aliviar los síntomas de abstinencia</p>	<p>12. He tenido sensaciones de intranquilidad, angustia, nerviosismo u otros síntomas físicos cuando he dejado de consumir “este tipo de alimentos”. (Por favor no incluya síntomas de abstinencia causados por dejar de consumir bebidas cafeinadas como café, té, bebidas</p>	<p>- Nunca</p> <p>- 1 vez al mes</p> <p>- 2 a 4 veces al mes</p> <p>- 2 a 3 veces a la semana</p> <p>- 4 o más veces a la semana</p>

			<p>cola o bebidas energéticas, etc.).</p> <p>13. He consumido “este tipo de alimentos” para evitar sensaciones de angustia, nerviosismo, intranquilidad u otros síntomas físicos que he experimentado antes. (Por favor no incluya síntomas de abstinencia causados por dejar de consumir bebidas cafeinadas como café, té, bebidas cola o bebidas energéticas, etc.).</p> <p>14. He sentido muchos deseos de consumir “este tipo de alimentos” cuando los he dejado por un tiempo.</p>	
		Consumo causa significante impedimento clínico	<p>15. Mi comportamiento respecto a la comida y al comer, me ha causado mucha angustia o ansiedad.</p> <p>16. He tenido importantes problemas en mi vida diaria por la comida o por el comer (tales como problemas de salud, en el trabajo, en la escuela, en actividades sociales/familiares).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nunca - 1 vez al mes - 2 a 4 veces al mes - 2 a 3 veces a la semana - 4 o más veces a la semana

B. Operacionalización de las variables: Depresión/Ansiedad/Estrés

Variable	Definición de Variable	Indicadores	Escala	Niveles y Rangos
Depresión	Es un trastorno que se caracteriza principalmente por una tristeza intensa de manera temporal o estable, también se manifiesta mal humor, angustia, emociones dolorosas, apartamiento, dificultad de disfrutar diversas ocasiones, ideas negativas, ataques de pánico, disfuncional, entre otras. (19)	<p>3. No podía sentir ningún sentimiento positivo</p> <p>5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas</p> <p>10. He sentido que no había nada que me ilusionara</p> <p>13. Me sentí triste y deprimido</p> <p>16. No me pude entusiasmar por nada.</p> <p>17. Sentí que valía muy poco como persona</p> <p>21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido</p>	<p>0: No me ha ocurrido.</p> <p>1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.</p> <p>2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.</p> <p>3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.</p>	<p>5-6: depresión leve</p> <p>7-10: depresión moderada</p> <p>11-13: depresión severa</p> <p>14 o más: depresión extremadamente severa</p>
Ansiedad	La Real Academia Española refiere por ansiedad, es el estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo y angustia. (21) Se manifiesta de manera física y mental, en forma de crisis logrando la sensación de pánico. (8)	<p>2. Me di cuenta que tenía la boca seca.</p> <p>4. Se me hizo difícil respirar.</p> <p>7. Sentí que mis manos temblaban.</p> <p>9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo</p> <p>15. Sentí que estaba al punto de pánico</p> <p>19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber</p>	<p>0: No me ha ocurrido.</p> <p>1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.</p> <p>2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.</p> <p>3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.</p>	<p>4: ansiedad leve</p> <p>5-7: ansiedad moderada</p> <p>8-9: ansiedad severa</p> <p>10 o más: ansiedad extremadamente severa</p>

		<p>hecho ningún esfuerzo físico</p> <p>20. Tuve miedo sin razón</p>		
Estrés	<p>Es una situación de tensión muy usual en la vida de las personas, provocada por circunstancias agobiantes que causan respuestas psicológicas a veces difíciles. (23) Causando malestares como dolor de cabeza como crisis nerviosas frecuentes, problemas en el aparato digestivo, dolores en el cuello y espalda, entre otros. (8)</p>	<p>1. Me ha costado mucho descargar la tensión.</p> <p>6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones.</p> <p>8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía.</p> <p>11. Me he sentido inquieto.</p> <p>12. Se me hizo difícil relajarme</p> <p>14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo</p> <p>18. He tendido a sentirme enfadado con facilidad</p>	<p>0: No me ha ocurrido.</p> <p>1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo.</p> <p>2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo.</p> <p>3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.</p>	<p>8-9: estrés leve</p> <p>10-12: estrés moderado</p> <p>13-16: estrés severo</p> <p>17 o más: estrés extremadamente severo</p>

ANEXO 3. Consentimiento informado

A través del presente, invito a usted a ser partícipe de un estudio titulado:

**“ASOCIACIÓN ENTRE LA ADICCIÓN A LA COMIDA Y LA
DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y ESTRÉS EN ADULTOS - LIMA, 2022”**

Este proyecto contiene 2 cuestionarios con ítems para medir el estado emocional y nutricional ocasionado por la pandemia, con posibles repercusiones sobre la salud. Los resultados servirán para conocer el nivel de depresión, ansiedad, estrés y adicción a la comida a fin de determinar su condición ante esta creciente crisis de salud pública, a través del planteamiento de futuras estrategias.

Los datos recogidos son de naturaleza confidencial, y será exclusivamente para fines de la investigación en mención.

De antemano agradezco su participación.

La persona que suscribe, acepta voluntariamente ser partícipe de este estudio, habiendo leído y comprendido toda la información que se ha suministrado.

_____ Acepto participar

_____ No acepto participar

ANEXO 4. Instrumentos

DASS-21

0: No me ha ocurrido; 1: Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo; 2: Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo; 3: Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1	Me ha costado mucho descargar la tensión	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	He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía	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	He sentido que no había nada que me ilusionara	0	1	2	3
11	Me he sentido inquieto	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	He tendido a sentirme enfadado con facilidad	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

ESCALA PARA MEDICIÓN DE ADICCIÓN A LA COMIDA (YFAS)

Edad: _____	Sexo:
	- M ()
	- F ()

En este cuestionario se le preguntará por sus hábitos alimenticios en los últimos 12 meses, en cuanto a ciertos alimentos como:

- Helado, chocolate, galletas, pasteles, golosinas, queques.
- Hidratos de carbono como pan blanco, pastas, arroz, papas cocidas.
- Bocadillos (snacks) salados como papas fritas, nachos, galletas saladas, sopaipillas.
- Alimentos con grasa como carnes grasas, tocino, hamburguesas, mayonesa, pizza, completos.
- Bebidas azucaradas como jugo o bebidas gaseosas.

Cuando se mencione la frase “este tipo de alimentos”, por favor piense en cualquier alimento similar a los que se mencionan arriba. Marque con una X en la columna de la frecuencia que más se ajuste a sus hábitos alimenticios.

N°	En los últimos 12 meses...	Nunca	1 vez al mes	2 a 4 veces al mes	2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
1	Me he dado cuenta de que cuando empiezo a comer (o beber) “este tipo de alimentos”, termino consumiendo mucho más de lo que había planeado inicialmente.					
2	Me he sorprendido a mí mismo comiendo (o bebiendo) “este tipo de alimentos”, incluso cuando ya no tengo hambre.					
3	He comido hasta el punto en que me siento físicamente cómodo/a.					
4	Dejar de consumir o consumir menos de “este tipo de alimentos” ha sido un tema que me preocupa.					

N°	En los últimos 12 meses...	Nunca	1 vez al mes	2 a 4 veces al mes	2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
5	He pasado mucho tiempo sintiéndome lento/a o fatigado/a por haber comido (o bebido) demasiado.					
6	He comido (o bebido) “este tipo de alimentos” constantemente y durante todo el día.					
7	Cuando no he tenido a mi disposición “este tipo de alimentos” he ido a buscarlos, por ejemplo: he ido al supermercado a comprarlos, incluso teniendo otras cosas para comer en mi casa.					
8	He pasado mucho tiempo comiendo (o bebiendo) “este tipo de alimentos”, en lugar de trabajar, estar con mi familia o amigos, hacer otras cosas importantes o actividades recreacionales que disfruto.					
9	He perdido mucho tiempo en manejar sentimientos negativos como culpa, frustración, enojo u otros, por el hecho de comer (o beber) demasiado de “este tipo de alimentos”, en lugar de hacer otras cosas importantes.					
10	He evitado asistir a eventos laborales o sociales donde hay a disposición de “este tipo de alimentos”, por miedo a que podría comer (o beber) demasiado.					
11	He evitado asistir a eventos laborales o sociales porque no me es posible consumir “este tipo de alimentos” allí.					
12	He tenido sensaciones de intranquilidad, angustia, nerviosismo u otros síntomas físicos cuando he dejado de consumir “este tipo de alimentos”. (Por favor no incluya síntomas de abstinencia causados por dejar de consumir					

	bebidas cafeinadas como café, té, bebidas cola o bebidas energéticas, etc.).					
13	He consumido “este tipo de alimentos” para evitar sensaciones de angustia, nerviosismo, intranquilidad u otros síntomas físicos que he experimentado antes. (Por favor no incluya síntomas de abstinencia causados por dejar de consumir bebidas cafeinadas como café, té, bebidas cola o bebidas energéticas, etc.).					
14	He sentido muchos deseos de consumir “este tipo de alimentos” cuando los he dejado por un tiempo.					
15	Mi comportamiento respecto a la comida y al comer, me ha causado mucha angustia o ansiedad.					
16	He tenido importantes problemas en mi vida diaria por la comida o por el comer (tales como problemas de salud, en el trabajo, en la escuela, en actividades sociales/familiares).					

N°	En los últimos 12 meses...	No	Si
17	Mis hábitos alimenticios me han causado importantes problemas psicológicos, tales como depresión, angustia, culpa, odio a mí mismo/a.		
18	Mis hábitos alimenticios me han causado importantes problemas físicos o han hecho que un problema de este tipo empeore.		
19	He permanecido consumiendo los mismos tipos de alimentos o la misma cantidad de esos alimentos, aun cuando estaba teniendo problemas emocionales o físicos a causa de ello.		
20	He ido sintiendo que necesito comer más y más para tener las sensaciones que quiero, (como por ejemplo: reducir mis emociones negativas, o tener más placer).		
21	Me he dado cuenta de que consumir la misma cantidad de alimentos no reduce mis emociones negativas o aumenta las sensaciones de placer, así como lo hacía antes.		
22	He querido dejar de consumir o consumir menos de “este tipo de alimentos”.		

23	He tratado de dejar de consumir o consumir menos de “este tipo de alimentos”.		
24	He logrado dejar de consumir o consumir menos de “este tipo de alimentos”.		

N°	En los últimos 12 meses...	1 o pocas veces	2 veces	3 veces	4 veces	5 o más veces
25	¿Cuántas veces trató de consumir menos o de dejar de consumir por completo “este tipo de alimentos”?					

ANEXO 5. Respuestas correctas de las encuestas

Hoja de respuesta respuesta: **Adicción a la comida**

Dimensiones	Pregunta	Respuesta
Sustancia consumida en cantidades o periodos mayores que los deseados	1. Me he dado cuenta de que cuando empiezo a comer (o beber) “este tipo de alimentos”, termino consumiendo mucho más de lo que había planeado inicialmente.	4 o más veces a la semana
	2. Me he sorprendido a mí mismo comiendo (o bebiendo) “este tipo de alimentos”, incluso cuando ya no tengo hambre.	2 a 3 veces a la semana
	3. He comido hasta el punto en que me siento físicamente incómodo/a.	2 a 3 veces a la semana
Deseo persistente o frustrados intentos de abandonar la sustancia	4. Dejar de consumir o consumir menos de “este tipo de alimentos” ha sido un tema que me preocupa.	2 a 4 veces al mes
	22. He querido dejar de consumir o consumir menos de “este tipo de alimentos”.	No
	24. He logrado dejar de consumir o consumir menos de “este tipo de alimentos”.	No
	25. ¿Cuántas veces trató de consumir menos o de dejar de consumir por completo “este tipo de alimentos”.	1 o pocas veces
Mucho tiempo/actividad para obtener, consumir o recuperarse	5. He pasado mucho tiempo sintiéndome lento/a o fatigado/a por haber comido (o bebido) demasiado.	2 a 3 veces a la semana
	6. He pasado mucho tiempo sintiéndome lento/a o fatigado/a por haber comido (o bebido) demasiado.	2 a 3 veces a la semana
	7. Cuando no he tenido a mi disposición “este tipo de alimentos” he	2 a 3 veces a la semana

	ido a buscarlos, por ejemplo: he ido al supermercado a comprarlos, incluso teniendo otras cosas para comer en mi casa.	
Participación reducida o anulada en actividades importantes de tipo social, laboral o recreacional	8. He pasado mucho tiempo comiendo (o bebiendo) “este tipo de alimentos”, en lugar de trabajar, estar con mi familia o amigos, hacer otras cosas importantes o actividades recreacionales que disfruto.	2 a 3 veces a la semana
	9. He perdido mucho tiempo en manejar sentimientos negativos como culpa, frustración, enojo u otros, por el hecho de comer (o beber) demasiado de “este tipo de alimentos”, en lugar de hacer otras cosas importantes.	2 a 3 veces a la semana
	10. He evitado asistir a eventos laborales o sociales donde hay a disposición de “este tipo de alimentos”, por miedo a que podría comer (o beber) demasiado.	2 a 4 veces al mes
	11. He evitado asistir a eventos laborales o sociales porque no me es posible consumir “este tipo de alimentos” allí.	1 vez al mes
Continua ingesta a pesar del conocimiento de consecuencias adversas (por ejemplo falla en el cumplimiento de obligaciones, consumo cuando es físicamente peligroso)	19. He permanecido consumiendo los mismos tipos de alimentos o la misma cantidad de esos alimentos, aun cuando estaba teniendo problemas emocionales o físicos a causa de ello.	Si
Tolerancia (marcado aumento en la cantidad, marcada disminución en los efectos)	20. He ido sintiendo que necesito comer más y más para tener las sensaciones que quiero, (como, por ejemplo: reducir mis emociones negativas, o tener más placer).	Si
	21. Me he dado cuenta de que consumir la misma cantidad de alimentos no reduce mis emociones negativas o aumenta las sensaciones de placer, así como lo hacía antes.	No
Característicos síntomas de abstinencia, o ingesta	12. He tenido sensaciones de intranquilidad, angustia, nerviosismo u otros síntomas físicos cuando he dejado de consumir “este tipo de	2 a 3 veces a la semana

de sustancia para aliviar los síntomas de abstinencia	alimentos”. (Por favor no incluya síntomas de abstinencia causados por dejar de consumir bebidas cafeinadas como café, té, bebidas cola o bebidas energéticas, etc.).	
	13. He consumido “este tipo de alimentos” para evitar sensaciones de angustia, nerviosismo, intranquilidad u otros síntomas físicos que he experimentado antes. (Por favor no incluya síntomas de abstinencia causados por dejar de consumir bebidas cafeinadas como café, té, bebidas cola o bebidas energéticas, etc.).	2 a 3 veces a la semana
	14. He sentido muchos deseos de consumir “este tipo de alimentos” cuando los he dejado por un tiempo.	2 a 3 veces a la semana
Consumo causa significativo impedimento clínico	15. Mi comportamiento respecto a la comida y al comer, me ha causado mucha angustia o ansiedad.	2 a 4 veces al mes
	16. He tenido importantes problemas en mi vida diaria por la comida o por el comer (tales como problemas de salud, en el trabajo, en la escuela, en actividades sociales/familiares).	2 a 4 veces al mes

Hoja de respuesta respuesta: **Dass-21**

Dimensiones	Pregunta	Respuesta
Depresión	3. No podía sentir ningún sentimiento positivo	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo
	5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo
	10. He sentido que no había nada que me ilusionara	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo
	13. Me sentí triste y deprimido	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo

	16. No me pude entusiasmar por nada.	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo
	17. Sentí que valía muy poco como persona	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo
	21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo
Ansiedad	2. Me di cuenta que tenía la boca seca.	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo
	4. Se me hizo difícil respirar.	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo
	7. Sentí que mis manos temblaban.	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo
	9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo
	15. Sentí que estaba al punto de pánico	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo
	19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.
	20. Tuve miedo sin razón	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo
Estrés	1. Me ha costado mucho descargar la tensión.	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo
	6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones.	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo
	8. He sentido que estaba gastando una gran cantidad de energía.	Me ha ocurrido bastante, o durante una buena parte del tiempo
	11. Me he sentido inquieto.	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

12. Se me hizo difícil relajarme	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.
14. No toleré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo	Me ha ocurrido un poco, o durante parte del tiempo
18. He tendido a sentirme enfadado con facilidad	Me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo.

ANEXO 6. Base de datos

Edad	Sexo	Dass-21			
		Adicción	Depresión	Ansiedad	Stress
20 - 35 = 1	F = 0				
36 - 51 = 2	M = 1	Sin adicción = 0			Leve = 1
52 - 67 = 3		Con adicción = 1			Moderada = 2
68 - 83 = 4					Severa = 3
					Extremadamente severa = 4

ID	Edad	Sexo	Adicción	Depresión	Ansiedad	Estrés
1	2	1	0	1	1	1
2	1	0	0	1	1	1
3	1	1	0	3	2	1
4	1	0	1	1	2	1
5	1	0	1	3	4	3
6	3	1	0	1	1	1
7	3	1	0	1	1	1
8	2	0	1	1	1	1
9	2	0	0	1	1	1
10	2	0	0	1	1	2
11	2	0	1	2	1	1
12	3	0	1	1	1	1
13	2	1	0	1	1	1
14	2	1	1	1	2	1
15	3	0	0	1	1	1
16	1	1	0	1	1	1
17	1	1	1	2	1	2
18	3	0	0	1	1	1
19	1	0	0	1	1	1
20	3	0	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1	1
22	2	0	0	1	2	1
23	3	1	1	1	1	1
24	3	0	0	1	1	1
25	3	0	0	1	1	1

ID	Edad	Sexo	Adicción	Depresión	Ansiedad	Estrés
26	4	0	1	3	4	4
27	3	1	0	1	1	1
28	3	1	0	1	1	1
29	1	1	1	1	1	1
30	3	0	0	1	1	1
31	1	1	1	1	1	1
32	1	0	1	4	4	3
33	1	0	1	1	1	1
34	1	0	1	1	2	1
35	1	0	1	2	1	1
36	1	1	1	1	1	1
37	2	1	0	1	1	1
38	4	0	1	1	1	1
39	4	1	0	1	1	1
40	1	0	0	1	1	1
41	2	0	0	1	1	1
42	2	1	0	1	1	1
43	1	0	0	1	1	1
44	1	1	0	1	1	1
45	1	0	0	1	1	1
46	1	0	0	1	1	1
47	2	0	1	1	2	1
48	3	0	0	4	4	4
49	2	1	1	1	1	1
50	2	0	0	1	1	1
51	2	1	1	2	3	2
52	2	0	0	1	2	1
53	2	1	0	2	2	1
54	1	1	1	2	1	3
55	1	1	1	2	4	2
56	2	1	1	1	1	1
57	1	0	1	2	4	2
58	1	1	1	3	4	2
59	1	0	1	2	4	2
60	2	0	1	1	1	1
61	2	1	1	1	1	1
62	3	1	0	3	3	3
63	1	0	0	2	2	1
64	1	1	0	1	1	1
65	2	0	0	1	2	2
66	4	0	1	4	4	3
67	3	0	0	1	2	1
68	2	1	0	1	1	1

ID	Edad	Sexo	Adicción	Depresión	Ansiedad	Estrés
69	2	1	1	2	1	1
70	2	0	1	1	2	1
71	1	1	0	2	2	1
72	3	1	1	2	3	3
73	3	0	0	2	4	2
74	1	0	0	2	2	1
75	1	1	1	1	1	1
76	2	0	0	3	4	2
77	1	1	0	1	2	2
78	2	1	0	1	2	1
79	3	0	1	2	4	2
80	2	0	0	1	2	1
81	3	0	0	2	4	2
82	2	0	0	1	1	1
83	1	1	1	1	2	1
84	1	0	1	4	3	2
85	1	0	1	1	2	2
86	1	0	1	1	1	1
87	1	0	1	2	4	2
88	1	0	1	1	2	2
89	1	1	1	4	4	2
90	1	0	1	4	4	2
91	1	0	0	1	2	1
92	1	0	1	1	3	2
93	1	1	1	2	4	2
94	1	0	0	2	2	1
95	1	0	1	3	4	2
96	1	1	1	2	3	2
97	1	0	1	4	4	3
98	1	0	0	1	2	1
99	2	0	0	1	1	1
100	3	1	0	1	1	1
101	2	0	1	1	1	1
102	1	1	1	1	1	1
103	3	1	0	1	1	1
104	2	1	0	1	1	1
105	3	1	0	1	2	1
106	3	0	1	2	4	1
107	2	1	1	1	1	1
108	1	1	1	3	4	2

ID	Edad	Sexo	Adicción	Depresión	Ansiedad	Estrés
109	1	1	0	3	4	2
110	3	0	0	2	4	1
111	3	1	1	4	4	2
112	3	1	1	1	1	1
113	3	0	1	1	1	1
114	3	0	0	1	1	1
115	2	1	0	1	1	1
116	2	1	1	1	1	1
117	2	0	1	2	4	3
118	2	1	0	1	1	1
119	1	0	1	3	4	3
120	1	1	1	2	3	3
121	2	1	1	3	4	2
122	1	0	1	3	2	1
123	1	0	0	1	1	1
124	2	0	1	1	1	1
125	2	1	1	2	4	2
126	2	1	0	1	1	1
127	4	0	0	1	1	1
128	3	0	0	4	4	3
129	2	0	0	1	1	1
130	4	0	0	1	1	1
131	2	0	1	2	4	3
132	1	0	1	1	2	1
133	1	1	0	1	1	1
134	2	0	1	1	1	1
135	1	0	0	2	4	2
136	2	1	0	1	1	1
137	4	0	0	1	1	1
138	3	0	0	4	4	3
139	2	0	0	1	1	1
140	4	0	0	1	1	1
141	2	0	1	2	4	3
142	1	0	1	1	2	1
143	1	1	0	1	1	1
144	2	0	1	1	1	1
145	3	1	0	1	1	1
146	2	1	0	1	1	1
147	1	1	0	1	1	1
148	1	1	1	1	1	1
149	2	0	0	3	2	4
150	2	1	0	1	1	1

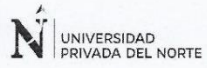
ID	Edad	Sexo	Adicción	Depresión	Ansiedad	Estrés
151	2	1	1	1	2	1
152	1	1	0	1	1	1
153	3	1	0	1	1	1
154	2	0	0	1	1	1
155	2	0	0	1	1	1
156	2	1	0	1	1	1
157	2	0	0	1	1	1
158	2	1	1	1	1	1
159	1	0	0	1	1	1
160	2	1	0	1	1	1
161	3	1	0	1	2	2
162	1	0	0	1	1	1
163	3	0	1	2	3	1
164	1	1	0	1	1	1
165	1	0	1	2	1	2
166	2	1	1	1	2	1
167	1	1	1	2	3	1
168	1	0	1	4	4	3
169	1	1	0	2	3	1
170	1	1	0	2	1	1
171	1	1	0	1	3	1
172	1	0	1	1	1	1
173	1	0	0	1	2	1
174	3	1	1	4	3	2
175	1	1	1	3	4	4
176	1	0	0	1	1	1
177	1	1	1	4	4	4
178	1	0	1	1	1	1
179	1	1	1	3	2	2
180	1	1	1	1	4	2
181	1	0	1	1	4	3
182	1	0	0	2	4	2
183	1	1	0	1	4	1
184	1	0	1	2	3	1
185	2	1	1	2	4	2
186	3	0	0	1	1	1
187	1	1	0	1	4	2
188	1	0	1	3	4	2
189	1	0	1	2	4	2
190	1	1	0	1	1	1
191	1	1	0	1	1	1
192	1	1	1	1	4	3

ID	Edad	Sexo	Adicción	Depresión	Ansiedad	Estrés
193	1	1	1	2	4	2
194	1	0	1	2	3	1
195	2	1	1	2	4	2
196	3	0	0	1	1	1
197	1	1	0	1	4	2
198	1	0	1	3	4	2
199	1	0	1	2	4	2
200	1	1	0	1	1	1
201	1	1	0	1	1	1
202	1	1	0	1	4	3
203	1	1	1	2	4	2
204	1	1	1	2	4	1
205	1	1	1	1	2	1
206	1	1	1	1	1	1
207	1	0	1	2	4	2
208	1	1	0	1	1	1
209	1	0	0	1	1	1
210	1	0	1	2	4	4
211	1	0	1	2	4	3
212	1	1	1	3	4	2
213	1	1	1	2	3	1
214	1	0	0	1	2	1
215	1	0	1	1	2	1
216	1	1	1	3	4	2
217	1	0	0	1	1	1
218	2	0	0	1	2	1
219	2	0	1	4	3	3
220	1	1	0	2	1	1
221	2	1	1	1	1	1
222	2	0	1	1	1	1
223	2	0	1	2	2	1
224	1	0	1	1	1	1
225	1	1	0	1	1	1
226	2	1	1	4	4	4
227	3	0	0	1	1	1
228	2	0	0	1	1	1
229	1	0	0	1	1	1
230	2	0	0	1	1	1
231	1	0	0	1	2	1
232	1	1	1	1	1	2
233	2	1	1	2	1	1
234	3	1	0	1	3	2

ID	Edad	Sexo	Adicción	Depresión	Ansiedad	Estrés
235	1	0	1	3	2	1
236	2	1	0	1	1	1
237	3	1	1	1	2	1
238	1	1	0	1	1	1
239	2	0	1	4	1	1
240	1	1	1	1	1	1
241	2	1	0	1	1	1
242	3	1	0	1	1	1
243	1	0	0	1	1	2
244	1	1	1	2	1	1
245	2	0	1	1	2	1
246	2	1	1	3	4	1
247	2	1	1	3	1	1
248	3	0	0	1	2	1
249	3	0	0	1	1	1
250	1	0	0	1	1	1
251	2	1	1	2	1	2
252	1	1	0	1	1	1
253	3	1	0	1	1	1
254	1	1	1	1	1	1
255	2	0	1	1	1	1
256	3	1	0	3	1	2
257	1	0	0	2	2	1
258	3	1	0	2	1	1
259	1	1	0	1	1	2
260	1	1	1	4	1	1
261	1	0	0	1	1	2
262	2	0	1	1	1	2
263	2	0	1	2	4	2
264	2	1	1	1	1	1
265	1	0	0	1	1	1
266	2	1	0	1	1	1
267	3	1	0	1	1	4
268	2	1	1	2	1	2
269	3	0	0	3	2	2
270	1	1	1	1	2	4
271	2	0	0	1	1	1
272	2	1	1	1	1	1
273	1	0	1	1	2	3
274	2	1	1	2	1	2

ID	Edad	Sexo	Adicción	Depresión	Ansiedad	Estrés
275	1	1	0	1	1	1
276	1	1	0	1	2	1
277	3	0	1	4	3	2
278	2	1	1	1	2	2
279	1	0	0	1	1	1
280	2	0	1	2	4	2
281	2	0	0	1	2	2
282	1	1	1	2	1	1
283	1	1	0	3	1	1
284	3	0	1	2	1	3
285	2	1	0	1	1	1
286	3	0	0	1	2	3
287	1	1	0	1	1	1
288	4	1	0	2	1	3
289	1	0	1	3	1	4
290	3	1	0	1	2	1
291	2	0	1	2	4	3
292	1	1	1	1	2	1
293	2	1	0	1	1	1
294	2	1	1	2	3	3
295	1	0	0	3	4	2
296	3	1	0	3	2	1
297	1	0	1	1	1	3

ANEXO 7. Carta de autorización

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE USO DE INFORMACIÓN DE EMPRESA	
---	---

Yo, Juana Maria Gamarra Paredes
(Nombre del representante legal o persona facultada en permitir el uso de datos)

Identificada con DNI 23249194, en mi calidad de Directora del Centro Médico ANCIJE
(Nombre del puesto del representante legal o persona facultada en permitir el uso de datos)

De la Gerencia de la Red Prestacional Almenara
(Nombre del área de la empresa)

De la empresa/institución: Centro Médico ANCIJE - ESSALUD
(Nombre de la empresa)

con R.U.C N° 20131257750, ubicada en la ciudad de Lima / Lima / Centro de Lima

OTORGO LA AUTORIZACIÓN,


A la señorita Francis Julibern Servan Garcia, identificada con DNI N°72759009, bachiller de la Carrera de Nutrición y Dietética, para que utilice la siguiente información de la institución como: hábitos alimenticios respecto a la adicción a la comida y el estado emocional dimensionado en depresión, ansiedad y estrés de los adultos del Centro Médico ANCIJE – ESSALUD, con el propósito de desarrollar la Tesis: "Asociación entre la adicción a la comida y la depresión, ansiedad y estrés en adultos del Centro Médico ANCIJE - Lima, 2022".

Con la finalidad de que pueda desarrollar su () Trabajo de Investigación, (X) Tesis o () Trabajo de suficiencia profesional para optar al grado de () Bachiller, () Maestro, () Doctor o (X) Título Profesional.

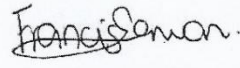
Recuerda que para el trámite deberás adjuntar también, el siguiente requisito según tipo de empresa:

- Vigencia de Poder. *(para el caso de empresas privadas)*.
- ROF / MOF / Resolución de designación, u otro documento que evidencie que el firmante está facultado para autorizar el uso de la información de la organización. *(para el caso de empresas públicas)*
- Copia del DNI del Representante Legal o Representante del área para validar su firma en el formato.

Indicar si el Representante que autoriza la información de la empresa, solicita mantener el nombre o cualquier distintivo de la empresa en reserva, marcando con una "X" la opción seleccionada.
() Mantener en Reserva el nombre o cualquier distintivo de la empresa; o
() Mencionar el nombre de la empresa.


Dra. Juana M. Gamarra Paredes
DIRECTORA
CENTRO MEDICO ANCIJE
RED PRESTACIONAL ALMENARA
Firma y sello del Representante Legal o
Representante del Área
DNI: 23249194

El Egresado/Bachiller declara que los datos emitidos en esta carta y en el Trabajo de Investigación, en la Tesis son auténticos. En caso de comprobarse la falsedad de datos, el Egresado será sometido al inicio del procedimiento disciplinario correspondiente; asimismo, asumirá toda la responsabilidad ante posibles acciones legales que la empresa, otorgante de información, pueda ejecutar.


Firma del Bachiller
DNI: 72759009

CÓDIGO DE DOCUMENTO	COR-F-REC-VAC-05.04	NÚMERO VERSIÓN	07	PÁGINA	Página 1 de 2
FECHA DE VIGENCIA	21/09/2020				

ANEXO 8. Evidencias

