



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLIVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE TESIS DE GRADO

ACTA

Los, abajo firmantes, Profesores: LISMAR VERA, JESUS ROMERO y FÉLIX RAMOS, constituidos en Jurado para el examen del Trabajo de Grado Titulado: **CONOCER LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN LA POBLACION DE ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD, CURSANTES DEL 9º GRADO DE EDUCACION BASICA EN LA EN LA U.E.C.P. "SAN FRANCISCO DE ASIS" Y U.E. N. "ERNESTO SIFONTES" DURANTE EL PERIODO ESCOLAR 2011-2012.** Del Bachiller: FUENMAYOR CARREÑO, DANY JOSE, C.I. 17.883.536 como requisito parcial para optar al Título de **MEDICO CIRUJANO** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar (*Aprobado*) dicho trabajo.

En fe de lo cual firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los *19* días del mes de *Marzo* de 2012

Dra. LISMAR VERA
Miembro Tutor

Dr. JESUS ROMERO
Miembro Principal

Dr. FELIX RAMOS
Miembro Principal

DRA. MERCEDES QUIROGA
Coord. Comisión Tesis de Grado



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLIVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE TESIS DE GRADO

ACTA

Los, abajo firmantes, Profesores: LISMAR VERA, JESUS ROMERO y FÉLIX RAMOS, constituidos en Jurado para el examen del Trabajo de Grado Titulado: **CONOCER LOS NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN LA POBLACION DE ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD, CURSANTES DEL 9º GRADO DE EDUCACION BASICA EN LA EN LA U.E.C.P. "SAN FRANCISCO DE ASIS" Y U.E. N. "ERNESTO SIFONTES" DURANTE EL PERIODO ESCOLAR 2011-2012.** Del Bachiller: FUENMAYOR CARREÑO, DANY JOSE, C.I. 17.883.536 como requisito parcial para optar al Título de **MEDICO CIRUJANO** en la Universidad de Oriente, acordamos declarar (*Aprobado*) dicho trabajo.

En fe de lo cual firmamos la presente Acta.

En Ciudad Bolívar, a los *19* días del mes de *Marzo* de 2012

Dra. LISMAR VERA
Miembro Tutor

Dr. JESUS ROMERO
Miembro Principal

Dr. FELIX RAMOS
Miembro Principal

DRA. MERCEDES QUIROGA
Coord. Comisión Tesis de Grado



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO BOLÍVAR
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
“Dr. Francisco Battistini Casalta”
DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL

NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN DE
ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD, CURSANTES DEL 9º
GRADO DE EDUCACIÓN BÁSICA EN LA U.E.C.P “SAN FRANCISCO DE ASÍS”
Y L.I.B “ERNESTO SIFONTES” DURANTE EL PERIODO ESCOLAR 2011-2012.

Asesor:

Dra. Lismar Vera

Trabajo de Grado presentado por:

Br. Albornoz Coa, Eduardo Luis

C.I 18.514.225

Br. Fuenmayor Carreño, Dany José

C.I 17.883.536

Como requisito parcial para optar por
el título de Médico Cirujano.

Ciudad Bolívar, Marzo 2012

ÍNDICE

	Pág.
Resumen.....	i
Agradecimientos.....	ii
Dedicatoria.....	iv
Introducción.....	1
Justificación.....	8
Objetivos.....	9
Metodología.....	10
Resultados.....	13
Discusión.....	21
Conclusiones.....	24
Recomendaciones.....	25
Referencias bibliográficas.....	26
Anexos	



NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESION EN ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD.

Asesor: Dra. Lismar Vera

Autores: Albornoz, E., Fuenmayor, D.,
Año 2012

RESUMEN

La obesidad constituye un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones ortopédicas, respiratorias, cardiovasculares, digestivas, dermatológicas, neurológicas, endocrinas, ciertas formas de cáncer y en general una menor esperanza de vida. Además de que los niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad tienen una pobre imagen de sí mismos y expresan sensaciones de inferioridad y rechazo. La depresión es uno de los desórdenes clínicos más frecuentes en la población en general y actualmente existe una co-dependencia entre depresión y ansiedad. Además es bien sabido los niveles de frustración, inconformidad y baja autoestima que generalmente acompañan, a quienes están en sobrepeso u obesos, sobretodo escolares y adolescentes. **Objetivo:** Conocer los niveles de ansiedad y depresión en la población de adolescentes con sobrepeso y obesidad, cursantes del 9º grado de educación básica en la U.E.C.P “San Francisco de Asís” y L.I.B “Ernesto Sifontes” durante el periodo escolar 2011-2012. **Metodología:** Para la recolección de la información se utilizó el Inventario de Depresión e Inventario de Ansiedad de Beck, además de las tablas de IMC de la OMS. La muestra la conformaron 54 adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión. **Resultados:** 26,1% de los adolescentes estudiados presentaba un estado nutricional “sobre la norma” según lo establecido por la OMS (85,2% con sobrepeso, y el 14,8% con obesidad), de estos, un 53,7% y 44,4% presentaron síntomas de Ansiedad y Depresión, respectivamente. De los cuales, la mayor cantidad eran adolescentes con sobrepeso versus adolescentes con obesidad y provenían de una institución educativa pública. **Conclusiones:** En la población de adolescentes con sobrepeso y obesidad estudiada, se encontró una prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos (leves, moderados y severos) similar a la expuesta en estudios en otras latitudes.

Palabras claves: depresión, ansiedad, adolescentes, sobrepeso, obesidad.

AGRADECIMIENTOS

Son numerosas las personas a las que debo agradecer por ayudarme en el logro de mi carrera, sin embargo resaltare algunas de ellas sin las cuales no hubiese podido cumplir con esta meta

Ante todo, a Dios, a la Virgen del Valle y al Dr. José Gregorio Hernández por darme paciencia durante el camino recorrido y permitirme disfrutar este triunfo, culminar con esta etapa de mi vida, para dar comienzo a otra en la cual sé que me acompañaran en todo momento.

A mi Madre y Padre a la vez Carmelina Coa, porque gracias a su Esfuerzo, consejos, valores, amor, motivación, constancia y apoyo incondicional estoy cumpliendo uno de los más grandes sueños de mi vida.

A mi hermana Iracema Brito por su apoyo incondicional y estar allí en todo momento siendo uno de los pilares mas importantes de mi vida.

A mi familia, que de alguna u otra forma estuvieron presentes a lo largo de este proceso, brindándome su apoyo incondicional

A la Dra. Lismar Vera y Dra. Rita Pérez; por su asesoría y colaboración para la realización de esta investigación

A la Universidad de Oriente, la casa más alta, en especial la Escuela Ciencias de la salud Francisco Battistini, por permitirme formarme como profesional.

Eduardo Albornoz

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a Dios, a la Virgen del Valle, a mis padres Delis Carreño y Jesus Gonzalez , por guiarme, apoyarme y por lo que me han permitido ser en la vida.

A la Universidad de Oriente, por ser mi casa de estudios, que hizo de mí un profesional con amor al desarrollo intelectual y personal, respetando siempre la condición humana.

A la Dra. Lismar Vera y Dra. Rita Pérez, por su valiosa orientación, comprensión y flexibilidad, lo cual fue oportuno para lograr los propósitos de este trabajo, por su asesoría y colaboración para la realización de esta investigación.

A todas aquellas personas que de una u otra forma, colaboraron o participaron en la realización de esta investigación.

Dany Fuenmayor

DEDICATORIA

Quiero dedicar este proyecto primeramente a Dios por guiarme en todo momento.

A mi familia por acompañarme en cada paso que di durante mi carrera, sin su ayuda hubiese sido difícil cumplir esta meta.

A mi padre Evodio Albornoz y en especial a mi madre Carmelina Coa por todo lo que me han dado en esta vida, por impartirme valores para conducirme correctamente, especialmente por sus sabios consejos y apoyo en los momentos difíciles.

A mis Hermanos José Félix, Trimarv y en especial a mi hermana Iracema por estar allí Día tras Día con sus buenos consejos, y apoyo en todo momento.

A mis sobrinas (os) Glorisé, Glorimar, Merihelys, Samuel que de una u otra manera con sus sonrisas, dulzura, amor llenan mi vida de alegría.

A mis amigos Victor Villalba e Islendys Díaz por su apoyo y hermandad en todo este tiempo, a mi amigo Gabriel Fuentes por su ayuda, grandes consejos, espíritu de lucha y superación me han servido de guía.

A mis distinguidos asesores y maestros, especialmente a la Dra. Lismar Vera y Dra. Rita Pérez por su desinteresada y generosa labor de transmisión de conocimientos y sus acertados consejos y sugerencias.

A mi compañero, amigo y hermano Dany Fuenmayor que juntos hemos recorrido este largo camino lleno de buenos y malos momentos manteniendo esa fuerza para seguir adelante y superar nuestras metas.

A todas aquellas personas que me apoyan, que siempre están conmigo en las buenas y en las malas.

Eduardo Albornoz

DEDICATORIA

A Dios y a mi familia, que guiaron mis pasos a lo largo de mi carrera, llenando mí camino de esperanza y fortaleza para enfrentar y vencer los retos que se me impusieron.

A mi madre Delis, a mi padre Jesús, que siempre han sido mi apoyo, inspiración, que me han brindado la mejor educación familiar y escolar que pudo darme, que ha sentido junto a mí, cada buen momento, y cada uno de aquellos que no lo son, cada aprendizaje, cada enseñanza, en fin, los amo.

A mi hermano José Palma que hemos vivido por todos estos años y la experiencia de vivir día a día, te amo hermano.

A mis tíos, por ser de gran ayuda todo este tiempo, muchas gracias de verdad.

A mi amigo Víctor y en especial a mi amiga Islendys por su apoyo y a todos los que me han acompañado en buenos y malos momentos, ustedes son también parte de este logro.

A mi hermano y amigo Eduardo Albornoz, cada día aprendo más de ti y siempre serás un apoyo en las buenas y malas amigo.

A ti por ser parte de mi vida por un buen tiempo y aun seguirlo siendo, gracias por ayudarme y brindarme tanto amor.

Dany Fuenmayor

INTRODUCCIÓN

Actualmente el sobrepeso y la obesidad se consideran un problema de salud pública a nivel mundial. Se puede señalar que entre el 15% y 20% de la población adulta de Europa es obesa, además se estima que el 64% de los estadounidenses adultos se encuentran en alguno de estos dos estados: sobrepeso y obesidad. Por su parte en Chile, para el año 2003, la Encuesta Nacional de Salud indicó que sobre el 60% de la población adulta está afectada por sobrepeso y obesidad (Tapia, A. 2006)

Pero también, es el trastorno nutricional más frecuente en la población infantojuvenil y tiene su origen en una interacción genética y ambiental-conductual, siendo esta última la más importante, ya que establece un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. El desarrollo del sobrepeso y, posteriormente, la obesidad gira en torno a vivir en “la sociedad de la abundancia” donde, junto a una importante oferta de alimentos hipercalóricos, coexisten cambios en los estilos de vida, como el sedentarismo, e inadecuados hábitos alimentarios, con una ingesta basada en las características organolépticas de los alimentos y un desconocimiento de sus características nutricionales (Muñoz, M. y Hidalgo, M. 2011)

La obesidad, según algunos autores, se entiende como una patología crónica caracterizada por “un incremento de la grasa corporal a un nivel que compromete la salud” que se ha definido internacionalmente como Índice de Masa Corporal (IMC) igual o mayor a 30 kg/m², a su vez que el sobrepeso se define con un IMC igual o superior a 25 kg/m², esto según lo estipulado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2000 para población adulta, en los adolescentes los valores varían de acuerdo a la edad y el sexo (Corada, L. y Montedónico, A. 2007)

De acuerdo al *Committee on Nutrition American Academy Pediatric* la clasificación de obesidad es la siguiente: Obesidad nutricional (simple o exógena); la mayoría de los niños y adolescentes que presentan obesidad es a causa de una ingesta energética excesiva y/o a un gasto calórico reducido esto corresponde al 95% de los casos. Obesidad orgánica (intrínseca o endógena) el 5% restante

corresponde a síndromes dimórficos, endocrinopatías y lesiones del sistema nervioso central o de causa iatrogénica causada por glucocorticoides, antihistamínicos, valproato o antidepresivos (Pompa, E. 2011)

Ahora bien, existe una estrecha relación entre las alteraciones nutricionales y las psicológicas y esto se fundamenta sobre la base del carácter eminentemente social que tiene la alimentación y la nutrición y por la influencia que puede tener en el desarrollo de los procesos psíquicos fundamentales y sobre todo, por todas las implicaciones psicológicas y en el orden de las relaciones sociales, que puede traer consigo una alteración nutricional, tanto por defecto como por exceso y en cualquier etapa de la vida, donde la infanto-juvenil, no constituye una excepción (Fuirellat, R. 2004)

Estudios epidemiológicos han identificado factores que en etapas tempranas de la vida pueden predisponer el desarrollo de obesidad en los niños y adolescentes, a saber; el peso materno (malnutrición por exceso), la diabetes gestacional, el bajo peso al nacer e incremento marcado de peso en los primeros meses de la vida, la alimentación con fórmulas diferentes de la leche materna, la introducción temprana de alimentos sólidos, hábito de fumar materno durante la gestación, bajo nivel educacional de los padres, elevado peso al nacer, obesidad familiar y elevado tiempo frente a la televisión y en juegos electrónicos (Guerra, C., *et al* 2009)

Además durante la infancia se añade un factor más: el ambiente familiar. Los hábitos alimentarios y la actividad física son tempranamente influenciados por los hábitos familiares: los niños aprenden de sus padres como alimentarse y a ser activos o inactivos. Y estos hábitos, que se establecen en la infancia, tienden a persistir en la adolescencia, y aún en la adultez (García, N., *et al* 2007)

Conviene definir la adolescencia como una etapa del ciclo vital entre la niñez y la adultez, que se inicia por los cambios puberales y se caracteriza por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, muchas de ellas generadoras de crisis, conflictos y contradicciones. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la adolescencia es la etapa que transcurre entre los 11 y 19 años, considerándose tres fases: la

adolescencia temprana de 11 a 13 años, la adolescencia media de 14 a 16 años y la adolescencia tardía de 17 a 19 años. (Pérez, S. 2006)

Según Fuirellat, en la adolescencia, las relaciones sociales, los eventos sociales y la integración al colectivo, constituyen principios, entre otros, que rigen y caracterizan esta etapa evolutiva de la vida, donde las grandes contradicciones y las grandes crisis, ocupan un espacio importante, que pueden determinar positiva o negativamente en el propio desarrollo del adolescente. El obeso, en esta etapa evolutiva de su vida, no constituye una excepción, porque también termina por imbuirse en el “*sentir social*”, llegando a verse, como culpable y responsable de todos los defectos que se le atribuyen (Fuirellat, R. 2004)

Para Collipal, los adolescentes, en esta etapa de la vida, están cambiando su estructura corporal y mental, la imagen corporal de un adolescente está estrechamente relacionada con su peso. La obesidad no es causada necesariamente por comer demasiado, si no por ingerir alimentos altos en calorías y tener una actividad física muy baja. Se ingieren más calorías de las que se queman. Considerando obviamente, que el problema es ocasionado por múltiples causas (Collipal, E., *et al* 2006)

La obesidad infantil constituye uno de los problemas de salud pública más importantes de nuestra sociedad. No sólo porque su incidencia está aumentando de forma considerable, la cual se estima, ha triplicado en los últimos quince años, sino porque la obesidad del niño tiende a perpetuarse en la adolescencia y la del adolescente en la vida adulta (García, N., *et al* 2007)

Los adolescentes con obesidad tienen mayor riesgo de desarrollar trastornos de la conducta alimentaria, alteraciones emocionales como depresión y ansiedad y ser víctimas de burlas por parte de sus iguales (Calderón, C., *et al* 2009)

Según cita Moreno, la ansiedad es un estado afectivo de temor, inseguridad, tensión o alerta. Es un afecto que mira al presente y al futuro. La depresión, al contrario, es la consecuencia de experiencias que tienen que ver con el pasado. La presencia de ansiedad y depresión no es, por sí misma, síntoma de trastorno mental alguno, lo que sí puede ser anómalo es cuando su intensidad y duración es desproporcionada al estímulo que las desencadena (Moreno, E., *et al* 2004)

El DSM-IV es la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la American Psychiatric Association, y los criterios establecidos en éste, para el diagnóstico del trastorno depresivo son: A) Durante al menos dos semanas, presencia casi diaria de al menos cinco de los siguientes síntomas, incluyendo necesariamente el 1 o el 2. Estos son: Estado de ánimo deprimido. Disminución del placer o interés en cualquier actividad. Aumento o disminución de peso/apetito. Insomnio o hipersomnio. Agitación o enlentecimiento psicomotor. Fatiga o pérdida de energía. Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa. Problemas de concentración o toma de decisiones. Ideas recurrentes de muerte o suicidio. B) Interferencia de los síntomas con el funcionamiento cotidiano. C) No debido a medicamentos, drogas o una condición médica general (por ejemplo, hipotiroidismo). D) No asociado a la pérdida de un ser querido ocurrida en los últimos dos meses (excepto en casos de marcado deterioro en el funcionamiento) (Díaz, L., *et al* 2005)

Mientras que para el trastorno de ansiedad el DSM IV plantea: Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de temas durante más de 6 meses (criterio A). Dificultad para controlar esa preocupación (criterio B). Junto a lo anterior aparecen, al menos, tres de los siguientes síntomas: inquietud, fatiga precoz, dificultades para la concentración, irritabilidad, tensión muscular y trastornos del sueño (criterio C). Las situaciones que generan ansiedad no son sólo las que la provocan en el resto de los trastornos del Eje I (criterio D). Que el individuo manifieste una dificultad importante a la hora de controlar las preocupaciones que le provocan, además, malestar subjetivo, deterioro social, laboral, etc. (criterio E). Finalmente, que la ansiedad no se deba a los efectos directos de una sustancia o a una enfermedad médica en general, o que no aparezca exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (criterio F) (Capafons, A. 2001).

Diversos estudios sobre esta temática se han realizado sobre población adulta. Así, en España, en el año 2008, en un estudio que buscaba conocer los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida en pacientes obesos, se valoraron 296 pacientes con edades comprendidas entre 18 y 79 años, 61% mujeres y 39% hombres, con una media de 38,3 de IMC. Se encontró que los pacientes presentan una media en la escala de ansiedad de

Hamilton de 16 pts, lo cual significa que presentan una intensidad leve en la ansiedad, mientras que en la escala de depresión de Beck tienen una media de 12 pts, que corresponde a una depresión leve (Ríos, B., *et al* 2008)

En México, una investigación realizada para conocer la existencia de ansiedad y depresión en 14 niños con exceso de peso, de los cuales 6 eran niñas (42.9%) y 8 niños (57.1%), con una media de edad de 10,14 años, se encontró que la mediana de IMC fue de 29,2 y todos puntuaron la escala que se les aplicó, con niveles leves de ansiedad y depresión (Pompa, E., *et al* 2010)

Una investigación en Chile, que buscaba explorar los factores emocionales en adolescentes que presentaban obesidad, valoró a 25 adolescentes con exceso de peso, con edades entre 14 y 18 años, se encontró que, el 60% de la muestra presentaban trastornos de peso hace más de 2 años. El 20% lo ha tenido siempre y el 20% hacia menos de 2 años. Al 100% le preocupaba su peso. El 48 % tiene una actitud pasiva frente a la obesidad, el 20% es de negación y sólo el 32% tiene una actitud activa. Además los resultados de esta investigación mostraron que los adolescentes obesos presentaron tanto sintomatología psíquica (ansiedad y depresión), como una dificultad en la tolerancia y manejo de afectos intensos relacionada con fallas anteriores provenientes del contexto parental (Carrasco, D., *et al* 2009)

En España, un estudio de 2 años de duración, con el propósito de conocer los niveles de ansiedad y depresión en adolescentes obesos con trastornos de alimentación, evaluó de 281 jóvenes (56% mujeres) de entre 11 y 17 años, siendo la media de edad de 13,2 años. Dentro de los resultados se encontró que los jóvenes con obesidad severa mostraron más problemas psicológicos que los jóvenes con sobrepeso-obesidad leve-moderada, un 12% presentaban ansiedad y un 11% depresión (Calderón, C., *et al* 2010)

En Barcelona, España, un programa de intervención que tenía por objetivo disminuir el IMC y otros parámetros en una población de niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad evaluó a 81 de ellos, 46 (56,8%) hembras y 35 (43,2%) varones, con una edad media de 10 años (rango 7-13). Al inicio del programa, 14 niños (17,3%) presentaban valores del IMC en la categoría de sobrepeso y 67 (82,7%) en la de obesidad.

Al finalizar el programa, los valores del IMC estaban en la categoría de normalidad en 4 niños (4,9%), en la de sobrepeso en 25 (30,9%) y en la de obesidad en 52 (64,2%), consiguiéndose así una notable disminución. Por otro lado, el número de niños con riesgo de padecer un trastorno por ansiedad fue de 31 (38,8%) al iniciar el programa y disminuyó a 18 (22,5%) a su finalización, y por último, el número de niños con riesgo de padecer un trastorno por depresión fue de 9 (15%) al iniciar el programa y disminuyó a 5 (8,2%) a su finalización (García, N., *et al* 2007).

También en España, una investigación con el objetivo de evaluar la presencia de síntomas de ansiedad en adolescentes con exceso de peso, valoró a 297 adolescentes, 164 (55,2%) hembras y 133 (44,8%) varones, con edades entre 11 y 17 años (media de 13,2 años). Se encontró obesidad grave en un 49,8% (n=148), obesidad en un 21,9% (n=65), sobrepeso en 22,9% (n=68) y un grupo reducido de adolescentes normopeso 5,4% (n=16). Se observó cómo, mientras mayor era el IMC y por tanto mayor exceso de peso, los niveles de ansiedad eran también mayores. Así, los adolescentes con obesidad grave mostraron una elevada preocupación por su aspecto físico (insatisfacción corporal y obsesión por la delgadez, 85 y 79%, respectivamente) y por su entorno social (desconfianza interpersonal, 64%), y una moderada presencia de tensión subjetiva (63%) (Calderón, C., *et al* 2009)

En el país Vasco, en una investigación que buscaba conocer el perfil psicopatológico en adolescentes obesos y con sobrepeso, se evaluaron a 58 adolescentes con exceso de peso, compuesta por 30 hembras y 28 varones, con un rango de edad entre los 12 y los 18 años (media de 14,78 años). El IMC tuvo una media en las hembras de 31,57 y en los varones de 32,13. Se encontraron 22 casos (37,9%) con sobrepeso e igual número con obesidad grado 1. 10 casos (17,3%) con obesidad grado 2 y 4 casos (6,9%) con obesidad mórbida o grado 3. Dentro de los resultados destaca que, sin diferencias significativas respecto al sexo, los sujetos de 12-16 años y de 13-15 años puntuaron a niveles de sintomatología depresiva leve y ansiedad (rasgo y estado) respectivamente en comparación con los adolescentes de 17 y 18 años. (Barris, J., *et al* 2000)

La obesidad constituye un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones ortopédicas, respiratorias, cardiovasculares, digestivas, dermatológicas, neurológicas, endocrinas, ciertas formas de cáncer y en general una menor esperanza de vida. Además de

que los niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad tienen una pobre imagen de sí mismos y expresan sensaciones de inferioridad y rechazo (García, N., *et al* 2007)

Diversos Institutos de Salud han demostrado que la obesidad genera un efecto desfavorable en relación a la enorme carga psicológica, en términos de sufrimiento, dado por las consecuencias (estigmas) psicosociales que conlleva y también por el seguimiento de dietas y ciclos de pérdida-recuperación de peso que podrían conllevar a consecuencias psicopatológicas (Ríos, B., *et al* 2008).

Por todo lo antes expuesto, resalta la importancia de conocer los niveles de ansiedad y depresión en una muestra de adolescentes escolarizados con exceso de peso, de ciudad Bolívar, pudiendo de forma oportuna realizar las intervenciones necesarias al caso.

JUSTIFICACIÓN

El incremento de la obesidad entre niños y adolescentes es uno de los principales problemas de salud a los que se enfrentan los países desarrollados. Por ejemplo en España, la prevalencia de sobrepeso es de un 12,4% y la de obesidad es de un 13,9% en jóvenes de entre 13 y 18 años (Calderón, C., *et al* 2009).

Pero la obesidad en niños no se limita a países industrializados; también los países en desarrollo muestran un incremento en su prevalencia. De 38 países que cuentan con datos disponibles, 16 mostraron un incremento de tendencia a la obesidad; 14 se mantuvieron estáticos y sólo ocho mostraron un descenso. En total se estima que hasta 155 millones de individuos entre 5 y 17 años de edad tienen sobrepeso y 30 a 45 millones de ellos son obesos (Perea, A., *et al* 2009). Esta prevalencia de obesidad en la adolescencia ha experimentando un gran aumento en los últimos tiempos, llegando a considerarse según la OMS como la epidemia del siglo XXI (Gómez, M. 2006)

La depresión es uno de los desórdenes clínicos más frecuentes en la población en general y actualmente existe una co-dependencia entre depresión y ansiedad. Además es bien sabido los niveles de frustración inconformidad y baja autoestima que generalmente acompañan, a quienes están en sobrepeso u obesos, sobretodo escolares y adolescentes. Un reciente estudio que evaluó a 120 escolares de planteles públicos y privados de Ciudad Bolívar, mostró que el 31,7% de la muestra estudiada resultó con obesidad (Coto y Díaz, 2012) por ello, es de vital importancia conocer la presencia de síntomas de ansiedad y depresión estimando el nivel de afectación que estos trastornos pueden tener sobre la población de estudio, promoviendo intervenciones oportunas en los distintos niveles de atención.

OBJETIVOS

Objetivo General:

Conocer los niveles de ansiedad y depresión en la población de adolescentes con sobrepeso y obesidad, cursantes del 9º grado de educación básica en la U.E.C.P “San Francisco de Asís” y L.I.B “Ernesto Sifontes” durante el periodo escolar 2011-2012.

Objetivos Específicos:

- Precisar el estado nutricional de los adolescentes de ambos colegios según índice de masa corporal.
- Conocer el estado nutricional en adolescentes de ambos colegios según el sexo y el índice de masa corporal.
- Determinar la frecuencia los adolescentes con sobrepeso y obesidad que presenten síntomas de ansiedad.
- Identificar la frecuencia los adolescentes con sobrepeso y obesidad que presenten síntomas de depresión.
- Agrupar a los adolescentes con sobrepeso y obesidad según los niveles de severidad de ansiedad.
- Distribuir a los adolescentes con sobrepeso y obesidad según los niveles de severidad de depresión.
- Comparar a los adolescentes con sobrepeso y obesidad que presenten síntomas de ansiedad según el tipo de colegio (público o privado)
- Cotejar a los adolescentes con sobrepeso y obesidad que presenten síntomas de depresión, según el tipo de colegio (público o privado)

METODOLOGÍA

Tipo de estudio

Estudio descriptivo de corte transversal, comparativo, no experimental.

Universo

Representado por la totalidad de la población adolescente cursante de 9º grado de educación básica en la U.E.C.P “San Francisco de Asís” y L.I.B “Ernesto Sifontes” durante el periodo escolar 2011-2012, que juntos sumó un total de 207 individuos.

Muestra

Representada por 54 adolescente con sobrepeso y obesidad cursante de 9º grado de educación básica en la U.E.C.P “San Francisco de Asís” y L.I.B “Ernesto Sifontes” durante el periodo escolar 2011-2012.

Criterios de inclusión

- Adolescentes con sobrepeso y obesidad, según IMC por encima del percentil 95

Criterios de exclusión

- Adolescentes con diagnóstico previo de ansiedad y/o depresión.
- Adolescentes en tratamiento con antidepresivos y/o ansiolíticos.

Métodos e Instrumentos

Se utilizaron 2 instrumentos, el primero de ellos, el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI por sus siglas en Inglés) original de Beck y Steer en 1988. Con traducciones o adaptaciones a los idiomas: alemán, árabe, coreano, chino, finés, francés canadiense, español, italiano, noruego, portugués, sueco y turco. Es elementalmente un inventario de autoinforme de lápiz y papel que se administra en unos 5 minutos. No obstante, se puede administrar como una entrevista si es necesario. Fue creado con el objetivo de valorar la presencia de síntomas de ansiedad y su gravedad y discriminar de manera más fiable entre ansiedad y depresión.

El BAI se distingue, en cuanto a su contenido, por evaluar sobre todo síntomas fisiológicos: 14 de sus 21 ítems (el 67%) se refieren a síntomas fisiológicos, mientras que sólo 4 de sus ítems evalúan aspectos cognitivos y 3 aspectos afectivos. Por otro lado, 19 de los 21 ítems del BAI (el 90%) se refieren a síntomas característicos de las crisis de angustia o pánico. Aunque las crisis de angustia pueden aparecer en el contexto de todos los trastornos de ansiedad, se echa de menos en el BAI la alusión a síntomas de ansiedad no relacionados con las crisis de angustia que bien pueden ser comunes a muchos trastornos de ansiedad.

Cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la respuesta dada por la persona evaluada, en una escala tipo Likert de cuatro puntos: 0 (Nada en absoluto), 1 (Levemente, no me molestó mucho), 2 (Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo), ó 3 (Gravemente, casi no podía soportarlo), tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total cuyo rango es de 0 a 63. Los autores proponen los siguientes puntos de corte para delimitar distintos niveles de gravedad de la sintomatología ansiosa, a saber; 0-7 = “normal”; 8-15 = “leve”; 16-25 = “moderada”, y 26-63 = “grave”.

El segundo instrumento, también Original de Beck es el Inventario de Depresión de Beck, versión corregida o versión de 1978 (BDI-IA). Un inventario de autoinforme de lápiz y papel. No obstante, se puede administrar como una entrevista si es necesario, creado con el propósito de valorar la presencia de síntomas depresivos y su gravedad. Teniendo en cuenta los criterios diagnósticos sintomáticos del DSM-IV, el BDI-IA cubre el 100% de los síntomas que definen el trastorno distímico y el 88,9% de los síntomas que definen el episodio depresivo mayor, mientras que si se toma como referencia los criterios sintomáticos de la CIE-10, el BDI-IA cubre el 75% de los síntomas de la distimia y el 90% de los síntomas del episodio depresivo.

El BDI-IA es la versión revisada del BDI original publicado en 1961, consta de 21 ítems que evalúan los síntomas depresivos, cada uno de esos ítems presenta 4 afirmaciones o alternativas de respuesta de las cuales la persona evaluada tiene que elegir una, cada ítem se valora de 0 a 3 puntos en función de la alternativa escogida y, tras sumar directamente la puntuación de cada ítem, se obtiene una puntuación total cuyo rango es de 0 a 63 y que cuantifica la presencia y gravedad de sintomatología depresiva. A veces se da la

circunstancia de que la persona evaluada elige más de una alternativa en un ítem dado. En este caso se elige la puntuación de mayor gravedad. Por otro lado, el ítem de Pérdida de Peso (ítem 19) sólo se valora si la persona evaluada indica que no está bajo dieta para adelgazar. Los autores proponen como puntos de corte, 0-9 = “depresión mínima”; 10-16 = “depresión leve”; 17-29 = “depresión moderada”, y 30-63 = “depresión grave”.

Procedimientos

Se acudió a la U.E.C.P “San Francisco de Asís” y el L.I.B “Ernesto Sifontes” donde se determinó la cantidad de adolescentes que cursan 9º grado de educación básica. Así mismo, de forma escrita y personal, se les explicó a los directores de ambas instituciones el objetivo del estudio, con la finalidad de obtener su consentimiento (Apéndice A y B).

En una primera fase se procedió a la toma de medidas antropométricas como peso y talla para calcular el índice de masa corporal en cada adolescente (Anexos 1 y 2). El Índice de Masa Corporal o índice de Quetelet se calculó de la siguiente forma $IMC = \text{Peso (Kg)} / (\text{Talla (m)})^2$. De esta manera se seleccionó a los adolescentes con sobrepeso y obesidad, como muestra para el estudio (Sobrepeso: $> 1 \text{ SD}$ (equivalente a $IMC 25 \text{ kg/m}^2$ a 19 años) Obesidad: $>2SD$ (equivalente a $IMC 30\text{kg/m}^2$ a 19 años) (OMS, 2007) .

Así mismo, los instrumentos para recolectar la información requerida fueron revisados y reproducidos, luego se procedió a aplicar los instrumentos (Anexos 3 y 4), a la población a estudiar, por último, bajo la asesoría de un experto estadístico, se procesaron los datos obtenidos.

Tabulación y Análisis

Los datos fueron manejados con resultados de estadística descriptiva y se presentan con tablas de frecuencia simple y de doble entrada con cifras absolutas y relativas. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó la Prueba Chi-cuadrado con un nivel de significancia $p < 0,05$. Para el manejo estadístico de los resultados del estudio se utilizó el paquete estadístico SPSS para Windows, Versión 15.0

RESULTADOS

Tabla 1

Distribución del estado nutricional de los adolescentes según índice de masa corporal. U.E.C.P “San Francisco de Asís” y L.I.B “Ernesto Sifontes”. Periodo escolar 2011-2012.

Estado Nutricional	Cantidad	Porcentaje
IMC \geq p95	N°	%
Sobrepeso/obesidad	54	26,1
Normal	144	69,6
Desnutrición	9	4,3
Desnutrición Severa	0	0
Total	207	100

De la población total 100% (n= 207), 69,6% (n=144) presento un índice de masa corporal normal, 26,1% (n=54) presento sobrepeso/obesidad y 4,3% (n=9) desnutrición.

Tabla 2

**Distribución del estado nutricional de los adolescentes según peso/talla y sexo. U.E.C.P
“San Francisco de Asís” y L.I.B “Ernesto Sifontes”. Periodo escolar 2011-2012.**

Estado Nutricional IMC \geq p95	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Sobrepeso/obesidad	26	12,5	28	13,5	54	26,1
Normal	87	42	57	27,6	144	69,6
Desnutrición Leve	6	2,9	3	1,5	9	4,3
Desnutrición Severa	0	0	0	0	0	0
Total	119	57,4	88	42,6	207	100

$\chi^2 = 2,74$; nivel de significancia: 0,254, $p > 0,05$ (No significativo); G.L.= 2.

Del total de los adolescentes estudiados 100% (n=207), 57,4% (n=119) eran del sexo masculino y 42,6% (n=88) eran del sexo femenino. 26,1% (n=54) presento sobrepeso/obesidad siendo 13,5% (n=28) del sexo femenino y 12,5% (n=26) del sexo masculino. El chi cuadrado calculado resultó no significativo ($\chi^2 = 2,74$; $p > 0,05$), es decir, que no existe asociación entre el sexo y el IMC \geq p95 de los adolescentes evaluados.

Tabla 3

Distribución de adolescentes con sobrepeso y obesidad según presencia de síntomas de Ansiedad. U.E.C.P “San Francisco de Asís” y L.I.B “Ernesto Sifontes”. Periodo escolar 2011-2012.

Estado Nutricional	Síntomas de Ansiedad				Total	
	SI		NO			
IMC \geq p95	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sobrepeso	26	48,2	20	37	46	85,2
Obesidad	3	5,6	5	9,2	8	14,8
Total	29	53,8	25	46,2	54	100

$\chi^2 = 1,00$; nivel de significancia: 0,319, $p > 0,05$ (No significativo); G.L.= 1.

De la muestra de adolescentes con un IMC \geq P95 53,8% (n=29) presento síntomas de ansiedad de los cuales 48,2% (n=26) tenían sobrepeso y 5,6% (n=3) obesidad. El chi cuadrado calculado resultó no significativo ($\chi^2 = 1,00$; $p > 0,05$), es decir, que no existe asociación entre los estados con un IMC \geq p95 y la presencia de síntomas de ansiedad en los adolescentes evaluados.

Tabla 4

Distribución de adolescentes con sobrepeso y obesidad según presencia de síntomas de Depresión. U.E.C.P “San Francisco de Asís” y L.I.B “Ernesto Sifontes”. Periodo escolar 2011-2012.

Estado Nutricional	Síntomas de Depresión				Total	
	SI		NO			
IMC \geq p95	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Sobrepeso	21	38,9	25	46,3	46	85,2
Obesidad	3	5,6	5	9,2	8	14,8
Total	24	44,5	30	55,5	54	100

$\chi^2 = 0,18$; nivel de significancia: 0,668, $p > 0,05$ (No significativo); G.L.= 1.

De la muestra de adolescentes que presentaron un IMC \geq p95 100% (n=54), 44,5% (n=24) presentaron síntomas de depresión de los cuales 38,9% (n=21) tenían sobrepeso y 5,6% (n=3) obesos. El chi cuadrado calculado resultó no significativo ($\chi^2 = 0,18$; $p > 0,05$), es decir, que no existe asociación entre los estados nutricionales con un IMC \geq p 95 y la presencia de síntomas de depresión en los adolescentes evaluados.

Tabla 5

Distribución de adolescentes con sobrepeso y obesidad según niveles de ansiedad (escala de Beck). U.E.C.P “San Francisco de Asís” y L.I.B “Ernesto Sifontes”. Periodo escolar 2011-2012.

IMC \geq p 95	Niveles de Ansiedad (según Escala de Beck)								Total	
	Ausente		Leve		Moderada		Severa		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Sobrepeso	20	37	17	31,5	6	11,1	3	5,6	46	85,2
Obesidad	5	9,2	0	0	3	5,6	0	0	8	14,8
Total	25	46,2	17	31,5	9	16,7	3	5,6	54	100

$X^2= 5,30$; Nivel de significancia: 0,022 ($p < 0,05$); G.L.: 1.

El 37% (n=20) de los adolescentes con sobrepeso y el 9,2% (n=5) de los adolescentes obesos, no presentaron síntomas de ansiedad. 31,5% (n=17) de los adolescentes con sobrepeso presento síntomas de ansiedad leve, 16,7% (n=9) moderada de los cuales 11,1% (n=6) tenían sobrepeso y 5,6% (n=3) obesos y 5,6% (n=3) severa siendo estos obesos. El chi cuadrado calculado muestra que existe asociación estadísticamente significativa ($X^2= 5,30$; $p < 0,05$); es decir, que en la muestra evaluada los niveles de ansiedad son dependiente del sobrepeso como estado nutricional.

Tabla 6

Distribución de adolescentes con sobrepeso y obesidad según niveles de depresión (escala de Beck). U.E.C.P “San Francisco de Asís” y L.I.B “Ernesto Sifontes”. Periodo escolar 2011-2012.

IMC \geq p 95	Niveles de depresión (según Escala de Beck)								Total	
	Ausente		Leve		Moderada		Severa		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Sobrepeso	25	46,3	12	22,2	7	13	2	1	46	85,2
Obesidad	5	9,3	2	3,7	1	0,5	0	0	8	14,8
Total	30	55,6	14	25,9	8	13,5	2	1	54	100

$X^2= 6,22$; Nivel de significancia: 0,018 ($p < 0,05$); G.L.: 1.

El 46,3% (n=25) de los adolescentes con sobrepeso y el 9,3% (n=5) obesos no presentaron síntomas de depresión. 25,9% (n=14) presento síntomas de depresión leve de los cuales 22,2% (n=12) tenían sobrepeso y 3,7% (n=2) obesos, 13,5% (n=8) síntomas de depresión moderada de los cuales 13%(n=7) tenían sobrepeso y 0,5% (n=1) obesos y 1%(n=2) síntomas de depresión severa de los cuales todos tenían sobrepeso. El chi cuadrado calculado muestra que existe asociación estadísticamente significativa ($X^2= 6,22$; $p < 0,05$); es decir, que en la muestra evaluada los niveles de depresion son dependiente del sobrepeso como estado nutricional.

Tabla 7

Distribución de adolescentes con sobrepeso y obesidad según síntomas de ansiedad y tipo de plantel. U.E.C.P “San Francisco de Asís” y L.I.B “Ernesto Sifontes”. Periodo escolar 2011-2012.

Síntomas de Ansiedad	Tipo de Plantel				Total	
	“San F. de Asís” (Privado)		“Ernesto Sifontes” (Público)		N°	%
	N°	%	N°	%		
SI	6	11,1	23	42,6	29	53,7
NO	9	16,6	16	29,7	25	46,3
Total	15	27,7	39	72,3	54	100

$\chi^2 = 2,87$; nivel de significancia: 0,090, $p > 0,05$ (No significativo); G.L.= 1.

De los adolescentes con sobrepeso y obesidad, que presentaron síntomas de ansiedad (53,7%; n=29), el 42,6% (n=23) provenían de la institución educativa de tipo pública y solo el 11,1% (n=6) restante, de la privada. El chi cuadrado calculado resultó no significativo ($\chi^2 = 2,87$; $p > 0,05$), es decir, que en la muestra analizada no existió asociación entre el tipo de plantel y la presencia de síntomas de ansiedad.

Tabla 8

Distribución de adolescentes con sobrepeso y obesidad según síntomas de depresión y tipo de plantel. U.E.C.P “San Francisco de Asís” y L.I.B “Ernesto Sifontes”. Periodo escolar 2011-2012.

Síntomas de Depresión	Tipo de Plantel				Total	
	“San F. de Asís” (Privado)		“Ernesto Sifontes” (Público)		N°	%
	N°	%	N°	%		
SI	4	7,4	20	37	24	44,4
NO	11	20,4	19	35,2	30	55,6
Total	15	27,8	39	72,2	54	100

$\chi^2 = 1,42$; nivel de significancia: 0,234, $p > 0,05$ (No significativo); G.L.= 1.

De los adolescentes con sobrepeso y obesidad, que presentaron síntomas de depresión (44,4%; n=24), el 37% (n=20) provenían de la institución educativa de tipo pública y solo el 7,4% (n=4) restante, de la privada. El chi cuadrado calculado resultó no significativo ($\chi^2 = 1,42$; $p > 0,05$), es decir, que en la muestra estudiada no se comprobó asociación entre el tipo de plantel y la presencia de síntomas de depresión.

DISCUSIÓN

La presente investigación fue llevada a cabo con una muestra de 207 adolescentes cursantes del 9º grado de educación básica en la U.E.C.P “San Francisco de Asís” y L.I.B “Ernesto Sifontes” durante el periodo escolar 2011-2012. De los cuales, el 26,1% (n=54) tenían un estado nutricional por exceso, según lo establecido por la OMS, 85,2% (n=46) presentaban sobrepeso, y el 14,8% restante (n=8) obesidad.

Según Muñoz *et al*, la obesidad, es el trastorno nutricional más frecuente en la población infantojuvenil y tiene su origen en una interacción genética y ambiental-conductual, siendo esta última la más importante, ya que establece un desequilibrio entre la ingesta y el gasto energético. El desarrollo del sobrepeso y, posteriormente, la obesidad gira en torno a vivir en “la sociedad de la abundancia” donde, junto a una importante oferta de alimentos hipercalóricos, coexisten cambios en los estilos de vida, como el sedentarismo, e inadecuados hábitos alimentarios, con una ingesta basada en las características organolépticas de los alimentos y un desconocimiento de sus características nutricionales (Muñoz, y Hidalgo 2011).

Además durante la infancia se añade un factor más: el ambiente familiar. Los hábitos alimentarios y la actividad física son tempranamente influenciados por los hábitos familiares: los niños aprenden de sus padres como alimentarse y a ser activos o inactivos. Y estos hábitos, que se establecen en la infancia, tienden a persistir en la adolescencia, y aún en la adultez (García, N., *et al* 2007)

De acuerdo al *Committee on Nutrition American Academy Pediatric* la mayoría de los niños y adolescentes presentan obesidad nutricional (simple o exógena); debida a una ingesta energética excesiva y/o a un gasto calórico reducido, esto corresponde al 95% de los casos (Pompa, E. 2011)

Aunque para Collipal, los adolescentes, en esta etapa de la vida, están cambiando su estructura corporal y mental, y la imagen corporal de un adolescente está estrechamente relacionada con su peso. La obesidad no es causada necesariamente por comer demasiado, si no por ingerir alimentos altos en calorías y tener una actividad física muy baja. Se ingieren más calorías de las que se queman. Considerando obviamente, que el problema es ocasionado por múltiples causa (Collipal, E., *et al* 2006)

En nuestro estudio, el 53,8% y 44,5% de los adolescentes con sobrepeso y obesidad, presentaron síntomas de Ansiedad y Depresión, respectivamente. Así mismo, de los adolescentes con sobrepeso, el 31,5%, el 11,1% y el 5,6%, presentaron niveles de ansiedad leve, moderada y severa, respectivamente. Y respecto a los niveles de depresión, de los adolescentes con sobrepeso, el 22,2%, el 13% y el 3,7%, presentaron niveles de depresión leve, moderada y severa, respectivamente. Cabe la pena resaltar que la mayoría de los adolescentes estudiado tenían sobrepeso en comparación a los adolescentes obesos, es decir el numero entre estos no eran equitativos motivo por el cual se muestran mayor número de adolescentes con síntomas de ansiedad y/o depresión en los que tienen sobrepeso en comparación con los obesos.

Resultados similares a los expuestos en una investigación en Chile, donde se valoró a 25 adolescentes con exceso de peso, y se encontró que, el 60% de la muestra presentaban trastornos de peso hace más de 2 años. Además los resultados de esta investigación mostraron que los adolescentes obesos presentaron tanto sintomatología psíquica (ansiedad y depresión), como una dificultad en la tolerancia y manejo de afectos intensos relacionada con fallas anteriores provenientes del contexto parental (Carrasco, D., *et al* 2009)

En Barcelona, España, se evaluó a 81 niños y adolescentes con sobrepeso y obesidad, y el numero de ellos con riesgo de padecer un trastorno por ansiedad fue de 31 (38,8%) y el número con riesgo de padecer un trastorno por depresión fue de 9 (15%) (García, N., *et al* 2007).

También en España, una investigación valoró a 297 adolescentes, en los que se encontró obesidad grave en un 49,8% (n=148), obesidad en un 21,9% (n=65), sobrepeso en 22,9% (n=68). Se observó cómo, mientras mayor era el IMC y por tanto mayor exceso de peso, los niveles de ansiedad eran también mayores. Así, los adolescentes con obesidad grave mostraron una elevada preocupación por su aspecto físico y por su entorno social (Calderón, C., *et al* 2009).

En nuestro estudio, de los adolescentes con sobrepeso y obesidad, que presentaron síntomas de ansiedad, y depresión el 42,6% y el 37% respectivamente provenían de la institución pública, esto probablemente debido al hecho de que eran de esta institución donde provenían la mayor cantidad de adolescentes del universo estudiado.

Así que, como menciona Garcia, la obesidad constituye un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones ortopédicas, respiratorias, cardiovasculares, digestivas, dermatológicas, neurológicas, endocrinas, ciertas formas de cáncer y en general una menor esperanza de vida. Además de que los niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad tienen una pobre imagen de sí mismos y expresan sensaciones de inferioridad y rechazo (García, N., *et al* 2007)

CONCLUSIONES

De la población estudiada de ambos colegios el 26,1% presento sobrepeso/obesidad y el 4,3% desnutrición.

En relación al sexo el mayor porcentaje lo de sobrepeso/obesidad lo obtuvo el sexo femenino 13,5% y 1,5% con desnutrición leve.

Del total de adolescentes estudiados 53,8% presento síntomas de ansiedad de los cuales 48,2% tenían sobrepeso y 5,6% obesos.

En relación la población escolar estudiados 44,5% presentaron síntomas de depresión de los cuales 38,9 % tenían sobrepeso y 5,6% eran obesos.

Los estudiantes con sobrepeso presentaron en un 31,5% síntomas de ansiedad leve y los adolescentes obesos 5,6% su totalidad ansiedad moderada.

Del total de adolescentes estudiados los pacientes con sobrepeso presentaron 22,2% síntomas de depresión leve y los adolescentes obesos 3,7% síntomas de depresión leve.

En relación al tipo de plantel y presencia de síntomas de ansiedad el mayor porcentaje 42,6% lo obtuvo al plantel público.

En relación al tipo de plantel y presencia de síntomas de depresión la mayoría 37% perteneció al plantel público.

RECOMENDACIONES

Informar sobre los riesgos que conllevan la obesidad y sobrepeso, orientándolos para evitar complicaciones cardiovasculares, endocrinas y metabólicas.

Suministrar charlas a la población adolescente respecto a la autoestima, el valor por si mismos, el autoconcepto y el verdadero significado de la imagen corporal

Dar a conocer a padres y profesores, las características básicas de los síntomas de ansiedad y depresión que pudieran presentarse en la población adolescente susceptible a fin de proporcionarle apoyo profesional y multidisciplinario al adolescente en riesgo.

Fomentar este tipo de investigaciones a lo largo del territorio nacional para estimar de forma real y contextualizada a cada región la prevalencia de estos síntomas, generando intervención y atención oportuna en los distintos niveles de atención.

Suministrar información respecto a la obesidad y sobrepeso y sus futuras complicaciones desde las edades pediátricas y tomar en consideración todos los aspectos: sedentarismo en los niños, el acceso a la comida chatarra, los juegos de videos y su predisposición al sedentarismo y los conflictos de auto imagen que puedan tener en un futuro por su aspecto físico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barris, J., Sibel, A., Quiles, I., Bassas, N., Tomàs, J. 2000. Perfil psicopatológico en una muestra de adolescentes obesos. Unitat Psiquiatria. HUMI Vall d'Hebron. BCN 1-27 [En Línea] Disponible: http://www.centrelondres94.com/files/Perfil_psicopatologico_en_una_muestra_de_adolescentes_obesos.pdf [Octubre 2011].
- Calderón, C., Forns, M., Varea, V. 2009. Obesidad infantil: ansiedad y síntomas cognitivos y conductuales propios de los trastornos de alimentación. *An Ped Barc* 71 (6): 489–494 [En Línea] Disponible: <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/37/37v71n06a13145291pdf001.pdf> [Octubre 2011].
- Calderón, C., Forns, M., Varea, V. 2010. Implicación de la ansiedad y la depresión en los trastornos de alimentación de jóvenes con obesidad. *Nutr Hosp.* 25 (4): 641-647 [En Línea] Disponible: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v25n4/original13.pdf> [Octubre 2011].
- Capafons, A. 2001. Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema* 13 (3): 442-446 [En Línea] Disponible: <http://www.psicothema.com/pdf/466.pdf> [Octubre 2011].
- Carrasco, D., Gómez, E., Staforelli, A. 2009. Obesidad y Adolescencia: Exploración de Aspectos Relacionales y Emocionales. *Ter psicol* 27 (1): 143-149 [En Línea] Disponible: <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v27n1/art14.pdf> [Octubre 2011].
- Collipal, E., Silva, H., Vargas, R., Martínez, C. 2006. Significado de la Obesidad para los Adolescentes de Temuco-Chile. *Int. J. Morphol.* 24 (2): 259-262 [En Línea] Disponible: <http://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v24n2/art22.pdf> [Octubre 2011].

- Corada, L., Montedónico, A. 2007. Estudio del aporte de un instrumento (test de actitudes alimentarias EAT-26), en la evaluación de cambios en adolescentes sometidos a un programa de prevención de obesidad. Tesis de Grado. Universidad de Chile. Facultad de Ciencias Sociales. Carrera de Psicología. [En Línea] Disponible: http://www.cybertesis.cl/tesis/uchile/2007/corada_1/sources/corada_1.pdf [Septiembre 2011].
- Coto, C., Díaz, R. 2012. Evaluación obesidad en escolares. Colegios “Ciudad Bolívar” y “Juan Bautista Farreras”. Año escolar 2011-2012. Tesis de Grado. Departamento de Pediatría. UDO Bolívar. pp 40 (Multígrafo)
- Díaz, L., Campo, A., Rueda, G., Barros, J. 2005. Propuesta de una versión abreviada de la escala de Zung para depresión. *Colomb Med* 36 (3): 168-172 [En Línea] Disponible: <http://www.bioline.org.br/pdf?rc05038> [Septiembre 2011].
- Fuirellat, R. 2004. Psicología y nutrición en el desarrollo ontogenético en la edad infanto-juvenil. *Nutr. Hosp.* 19 (4) 209-224 [En Línea] Disponible: <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v19n4/original2.pdf> [Octubre 2011].
- García, N., Gussinyer, S., Gussinyer, M., Carrascosa, A. 2007. “Niñ@s en movimiento”. Un programa para el tratamiento de la obesidad infantil. XXIV Jornada de Pediatría de Gipuzkoa 1-26 [En Línea] Disponible: <http://avpap.org/documentos/gipuzkoa2007/nensmovimiento.pdf> [Octubre 2011].
- Gómez, M. 2006. Intervención integral en la obesidad del adolescente. *Rev Med Univ Navarra* 50 (4): 23-25 [En Línea] Disponible: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2212744> [Octubre 2011].

- Guerra, C., Vila, J., Apolinaire, J., Cabrera, A., Santana, I., Almaguer, P. 2009. Factores de riesgo asociados a sobrepeso y obesidad en adolescentes. *Medisur* 7 (2): 25-34 [En Línea] Disponible: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v7n2/v7n2a632.pdf> [Octubre 2011].
- Moreno, E., Arenas, M., Porta, E., Escalant, L., Cantó, M., Castell, G. et al 2004. Estudio de la prevalencia de trastornos ansiosos y depresivos en pacientes en hemodiálisis. *Rev Soc Esp Enferm Nefrol* 7 (4): 225/233 [En Línea] Disponible: <http://scielo.isciii.es/pdf/nefro/v7n4/art03.pdf> [Octubre 2011].
- Muñoz, M., Hidalgo, M. 2011. Obesidad en la infancia y en la adolescencia. *Pediatr Integ* 15 (6): 567-579 [En Línea] Disponible: http://www.sepeap.org/secciones/documentos/pdf/Obesidad_PI_6.pdf [Octubre 2011].
- OMS, 2007. IMC para la edad (5-19 años). [En Línea] Disponible: http://www.who.int/growthref/who2007_bmi_for_age/en/index.html [Octubre 2011].
- Perea, A., López, L., Bárcena, E., Greenawalt, S., Caballero, T., Carbajal, L., et al. 2009. Propuestas para la atención continua de niños y adolescentes obesos. *Act Ped Mex* 30 (1): 54-68 [En Línea] Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actpedmex/apm-2009/apm091i.pdf> [Octubre 2011].
- Pérez, S. 2006. Suicidio en Adolescentes. *Futuros*. 14 (4): 4 [Artículo En Línea] Disponible: http://www.revistafuturos.info/futuros14/suicidio_adoles1.htm [Noviembre 2011].
- Pompa, E., González, M., Torres, F. 2010. Ansiedad y Depresión en niños con sobrepeso y obesidad: Resultados de un Campo de Verano. *SUMMA Psicológica UST* 7 (2): 67-

74 [En Línea] Disponible: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3423960> [Octubre 2011].

Pompa, E. 2011. Evaluación de un programa multidisciplinario para reducir los niveles de ansiedad, depresión e índice de masa corporal en niños con sobrepeso y obesidad. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Nuevo León. [En Línea] Disponible: http://eprints.uanl.mx/2818/1/Tesis_Original.pdf [Octubre 2011].

Ríos, B., Rangel, G., Álvarez, R., Castillo, F., Ramírez, G., Pantoja, J., et al. 2008. Ansiedad, depresión y calidad de vida en el paciente obeso. *Act Méd Grup Áng 6 (4): 147-153* [En Línea] Disponible: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2008/am084a.pdf> [Octubre 2011].

Riveros, M., Hernández, H., Rivera, J. 2007. Niveles de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios de lima metropolitana. *Rev Inv Psicol 10 (1): 91-102* [En Línea] Disponible: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rip/v10n1/a05v10n1.pdf> [Septiembre 2011].

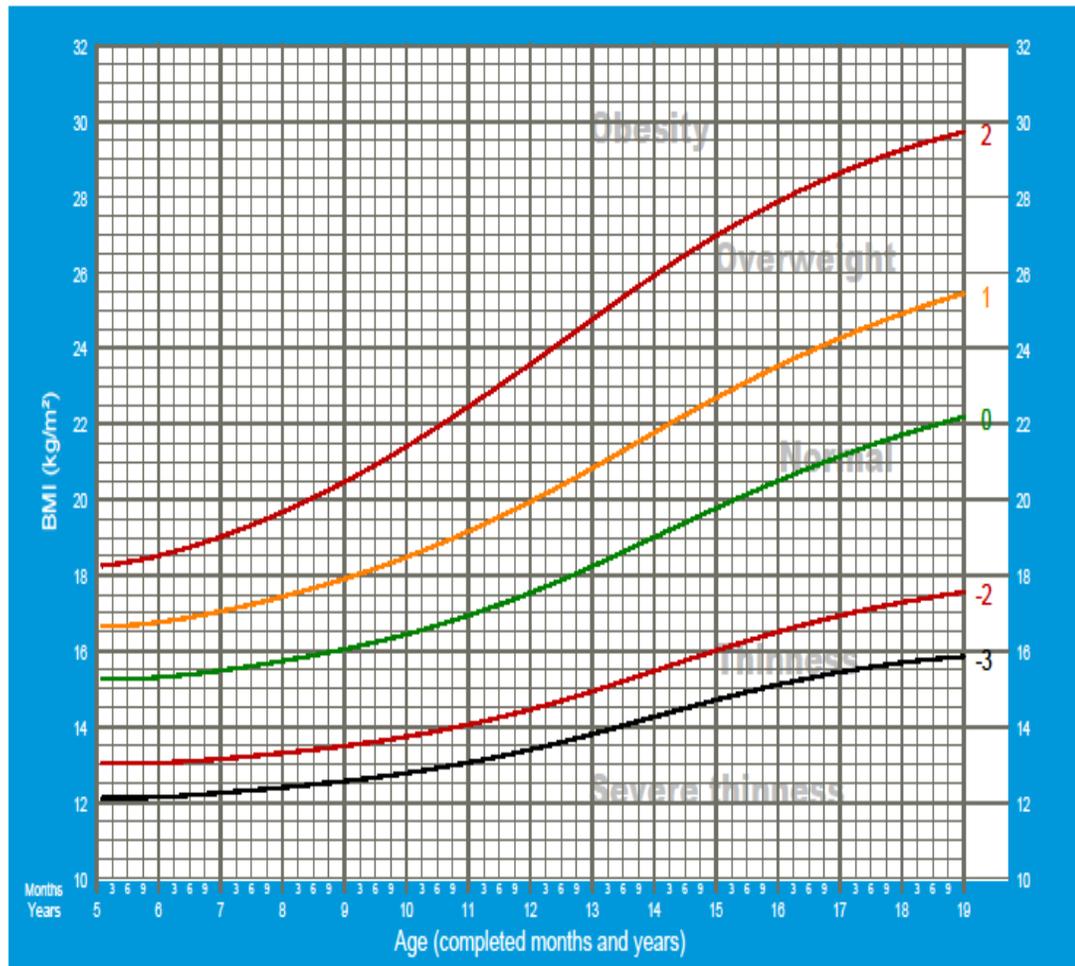
Tapia, A. 2006. Ansiedad, un importante factor a considerar para el adecuado diagnóstico y tratamiento de pacientes con sobrepeso y obesidad. *Rev Chil Nutr 33 (2): 352-357* [En Línea] Disponible: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182006000400003 [Octubre 2011].

ANEXOS

ANEXO 1

BMI-for-age BOYS

5 to 19 years (z-scores)

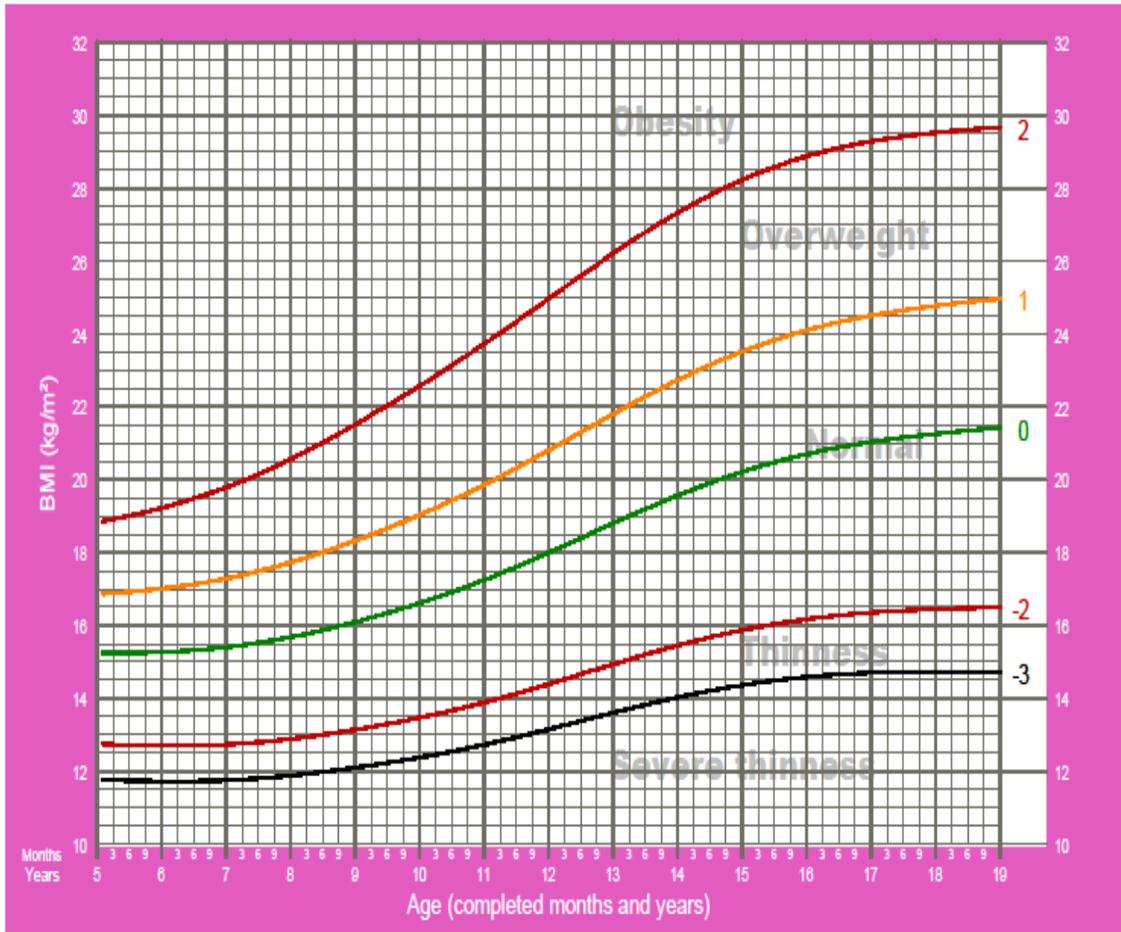


2007 WHO Reference

ANEXO 2

BMI-for-age GIRLS

5 to 19 years (z-scores)



2007 WHO Reference

ANEXO 3

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Edad: _____ Sexo: _____ Tipo de colegio: _____

INSTRUCCIONES: A continuación hay una lista de síntomas frecuentes de ansiedad. Léalos atentamente e indique el grado en que se ha visto afectado por cada uno de ellos durante la última semana, colocando el número adecuado en el espacio correspondiente.

0: Nada en absoluto.

1: Levemente, no me molestó mucho.

2: Moderadamente, fue muy desagradable pero podía soportarlo.

3: Gravemente, casi no podía soportarlo.

1. Hormigueo o entumecimiento	
2. Sensación de calor	
3. Debilidad en las piernas	
4. Incapacidad para relajarme	
5. Miedo a que suceda lo peor	
6. Mareos o vértigos	
7. Palpitaciones o taquicardia	
8. Sensación de inestabilidad	
9. Sensación de estar aterrorizado	
10. Nerviosismo	
11. Sensación de ahogo	
12. Temblor de manos	
13. Temblor generalizado o estremecimiento	
14. Miedo a perder el control	
15. Dificultad para respirar	
16. Miedo a morir	
17. Estar asustado	
18. Indigestión o molestias en el abdomen	
19. Sensación de irme a desmayar	
20. Rubor facial	
21. Sudoración (no debida al calor)	

ANEXO 4

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-IA)

Edad: _____ Sexo: _____ Tipo de colegio: _____

INSTRUCCIONES: En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada uno de ellos. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido DURANTE ESTA ÚLTIMA SEMANA, INCLUIDO EL DÍA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márquela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. 0 No me siento triste.
1 Me siento triste.
2 Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
3 Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.
2. 0 No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
1 Me siento desanimado respecto al futuro.
2 Siento que no tengo que esperar nada.
3 Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.
3. 0 No me siento fracasado.
1 Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
2 Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
3 Me siento una persona totalmente fracasada.
4. 0 Las cosas me satisfacen tanto como antes.
1 No disfruto de las cosas tanto como antes.
2 Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
3 Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5. 0 No me siento especialmente culpable.
1 Me siento culpable en bastantes ocasiones.
2 Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
3 Me siento culpable constantemente.
6. 0 No creo que esté siendo castigado.
1 Siento que quizá pueda ser castigado.
2 Espero ser castigado.
3 Siento que estoy siendo castigado.
7. 0 No estoy decepcionado de mí mismo.
1 Estoy decepcionado de mí mismo.

- 2 Me avergüenzo de mí mismo.
- 3 Me detesto.
- 8. 0 No me considero peor que cualquier otro.
 - 1 Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.
 - 2 Continuamente me culpo por mis faltas.
 - 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9. 0 No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 - 1 A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
 - 2 Desearía suicidarme.
 - 4 Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10. 0 No lloro más de lo que solía.
 - 1 Ahora lloro más que antes.
 - 2 Lloro continuamente.
 - 3 Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera.
- 11. 0 No estoy más irritado de lo normal en mí.
 - 1 Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
 - 2 Me siento irritado continuamente.
 - 3 No me irrito en absoluto por las cosas que antes solían irritarme.
- 12. 0 No he perdido el interés por los demás.
 - 1 Estoy menos interesado en los demás que antes.
 - 2 He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 - 3 He perdido todo interés por los demás.
- 13. 0 Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
 - 1 Evito tomar decisiones más que antes.
 - 2 Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 - 3 Ya me es imposible tomar decisiones.
- 14. 0 No creo tener peor aspecto que antes.
 - 1 Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
 - 2 Siento que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
 - 3 Creo que tengo un aspecto horrible.
- 15. 0 Trabajo igual que antes.
 - 1 Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 - 2 Tengo que obligarme mucho para hacer todo.
 - 3 No puedo hacer nada en absoluto.
- 16. 0 Duermo tan bien como siempre.
 - 1 No duermo tan bien como antes.
 - 2 Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
 - 3 Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
- 17. 0 No me siento más cansado de lo normal.

- 1 Me canso más que antes.
 - 2 Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
 - 3 Estoy demasiado cansado para hacer nada.
18. 0 Mi apetito no ha disminuido.
- 1 No tengo tan buen apetito como antes.
 - 2 Ahora tengo mucho menos apetito.
 - 3 He perdido completamente el apetito.
19. 0 Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- 1 He perdido más de 2 kilos.
 - 2 He perdido más de 4 kilos.
 - 3 He perdido más de 7 kilos.
- 19b. Estoy bajo dieta para adelgazar: SI NO
20. 0 No estoy más preocupado por mi salud que lo normal.
- 1 Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago, o estreñimiento.
 - 2 Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en algo más.
 - 3 Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier otra cosa.
21. 0 No he observado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1 Estoy menos interesado por el sexo que antes.
 - 2 Estoy mucho menos interesado por el sexo.
 - 3 He perdido totalmente mi interés por el sexo.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD, CURSANTES DEL 9º GRADO DE EDUCACIÓN BÁSICA EN LA U.E.C.P “SAN FRANCISCO DE ASÍS” Y L.I.B “ERNESTO SIFONTES” DURANTE EL PERIODO ESCOLAR 2011-2012.
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CVLAC / E MAIL
Albornoz Coa, Eduardo Luis	CVLAC: 18.514.225 E MAIL: dc_eduardo85@hotmail.com
Fuenmayor Carreño, Dany José	CVLAC: 17.883.536 E MAIL: dany.fuenmayor@gmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES: depresión, ansiedad, adolescentes, sobrepeso, obesidad.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA	SUBÀREA
Dpto de Psiquiatría	

RESUMEN (ABSTRACT):

La obesidad constituye un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones ortopédicas, respiratorias, cardiovasculares, digestivas, dermatológicas, neurológicas, endocrinas, ciertas formas de cáncer y en general una menor esperanza de vida. Además de que los niños y adolescentes con sobrepeso u obesidad tienen una pobre imagen de sí mismos y expresan sensaciones de inferioridad y rechazo. La depresión es uno de los desórdenes clínicos más frecuentes en la población en general y actualmente existe una co-dependencia entre depresión y ansiedad. Además es bien sabido los niveles de frustración inconformidad y baja autoestima que generalmente acompañan, a quienes están en sobrepeso u obesos, sobretodo escolares y adolescentes. Objetivo: Conocer los niveles de ansiedad y depresión en la población de adolescentes con sobrepeso y obesidad, cursantes del 9º grado de educación básica en la U.E.C.P "San Francisco de Asís" y L.I.B "Ernesto Sifontes" durante el periodo escolar 2011-2012. Metodología: Para la recolección de la información se utilizó el Inventario de Depresión e Inventario de Ansiedad de Beck, además de las tablas de IMC de la OMS. La muestra la conformaron 54 adolescentes que cumplieron los criterios de inclusión. Resultados: 26,1% de los adolescentes estudiados presentaba un estado nutricional "sobre la norma" según lo establecido por la OMS (85,2% con sobrepeso, y el 14,8% con obesidad), de estos, un 53,7% y 44,4% presentaron síntomas de Ansiedad y Depresión, respectivamente. De los cuales, la mayor cantidad eran adolescentes con sobrepeso versus adolescentes con obesidad y provenían de una institución educativa pública. Conclusiones: En la población de adolescentes con sobrepeso y obesidad estudiada, se encontró una prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos (leves, moderados y severos) similar a la expuesta en estudios en otras latitudes.

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU X	JU
Vera Freites, Lismar Josefina	CVLAC:	10.063.395			
	E_MAIL	lismarvera@hotmail.com			
	E_MAIL				
	E_MAIL				
Romero Castro, Jesús José	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:	5.690.955			
	E_MAIL	jesusjrc@gmail.com			
	E_MAIL				
Ramos, Félix	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:	5.076.178			
	E_MAIL	psiquiatra@hotmail.com			
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:				
	E_MAIL				
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2012	3	19
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis. NIVELES DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN EN LA POBLACIÓN DE ADOLESCENTES CON SOBREPESO Y OBESIDAD, CURSANTES DEL 9º GRADO DE EDUCACIÓN BÁSICA EN LA U.E.C.P “SAN FRANCISCO DE ASÍS” Y L.I.B “ERNESTO SIFONTES” DURANTE EL PERIODO ESCOLAR 2011-2012.	. MS.word

ALCANCE

ESPACIAL: U.E.C.P “SAN FRANCISCO DE ASÍS” Y L.I.B “ERNESTO SIFONTES”

TEMPORAL: 1 año

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO: PREGRADO

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

ÁREA DE ESTUDIO: Ciencias de la Salud

INSTITUCIÓN: Universidad de Oriente

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CU N° 0975

Cumaná, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda **"SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009"**.

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR Ragely
FECHA 5/8/09 HORA 5:30

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

Cordialmente,

JUAN A. BOLAÑOS CUNDELE
Secretario



C.C.: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Teleinformática, Coordinación General de Postgrado.

JABC/YGC/manuja

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009)

“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al Consejo Universitario “

AUTOR
Albornoz Eduardo

AUTOR
Fuenmayor Dany

TUTOR
Dra. Lismar Vera

JURADO
Dr. Felix Ramos

JURADO
Dr. Jesus Romero

POR LA SUBCOMISION DE TESIS