



Universidad Femenina del Sagrado Corazón

Facultad de Psicología y Humanidades

Escuela Profesional de Psicología

## DEPRESIÓN EN ADULTOS DIAGNOSTICADOS CON CELIAQUÍA

Tesis presentada por:

MOIRA ALEJANDRA ABUSADA SARQUIS  
KATHERINE KAROL HERNANDEZ VALLEJOS

Para obtener el Título Profesional de:  
Licenciada en Psicología

Asesora:

Mg. Cecilia Genoveva Maquilón García  
Cód. Orcid: 0000-0003-2402-224X

Lima – Perú

2022

Los miembros del jurado han aprobado el estilo y el contenido de la tesis sustentada por:

MOIRA ALEJANDRA ABUSADA SARQUIS

KATHERINE KAROL HERNANDEZ VALLEJOS

---

Mg. Cecilia Genoveva Maquilón García, Asesora

---

Dr. Mario Santiago Bulnes Bedón, Miembro del Jurado.

---

Dr. Lisle Sobrino Chunga, Miembro del Jurado

---

Nombre(s) y Apellidos, Miembro del Jurado.

---

Dr. Lisle Sobrino Chunga  
Decano  
Facultad de Psicología y Humanidades



## RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo comparar el nivel de depresión en adultos diagnosticados con celiaquía según sexo, cumplimiento de la dieta sin gluten y tiempo de diagnóstico y ver si hay diferencia significativa entre dichas variables. Se trata de un estudio de tipo descriptivo comparativo, de enfoque cuantitativo, no experimental de tipo transversal, con una muestra de 50 adultos celíacos de Lima Metropolitana, 44 mujeres y 6 varones de 18 a 60 años. El instrumento que se utilizó para la evaluación fue el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II). Por otro lado, se analizó la confiabilidad de la escala total, mediante el Alfa de Cronbach, donde se obtuvo un coeficiente de 0.926, considerado como aceptable. Según los resultados adquiridos el 58% de los evaluados se encuentran en el nivel de depresión mínima, el 12% se encuentra en el nivel de depresión leve, el 22% se encuentra en el nivel moderado de depresión y el 8% se encuentra en un nivel de depresión grave. Por último, no se encontró diferencia significativa entre los niveles de depresión, según sexo, seguimiento de dieta sin gluten y tiempo de diagnóstico.

**Palabras Claves:** Enfermedad Celíaca, depresión, enfermedad autoinmune, enfermedad multisistémica, patologías.

## ABSTRACT

The main objective of this study was to compare the level of depression in adults diagnosed with celiac disease according to sex, compliance with the gluten-free diet and time of diagnosis and to see if there is a significant difference between these variables. This is a quantitative, descriptive, and non-experimental cross-sectional study of data. The instrument used for evaluation was the Beck Depression Inventory II (BDI-II). The reliability of the total scale was analyzed using Cronbach's Alpha, where a coefficient of 0.926 was obtained, considered acceptable. A total of 58% of those evaluated are at the minimal level of depression, 12% are at the mild level of depression, 22% are at the moderate level of depression and 8% are at a high level of depression. Finally, there is no significant difference between the levels of depression, according to sex, adherence to a gluten-free diet and time of diagnosis.

**Keywords:** Celiac disease, depression, autoimmune disease, multisystem disease, pathologies.

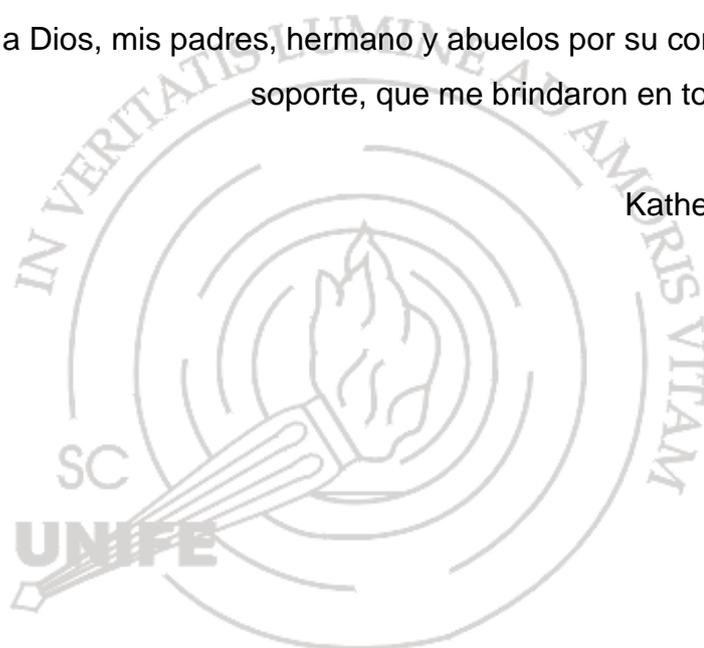
## DEDICATORIA

Agradezco a Dios y a mi familia por todo su apoyo incondicional durante mi carrera universitaria y por darme la motivación para salir adelante.

Moira Abusada

Agradezco a Dios, mis padres, hermano y abuelos por su constante apoyo y soporte, que me brindaron en todo este tiempo.

Katherine Hernandez



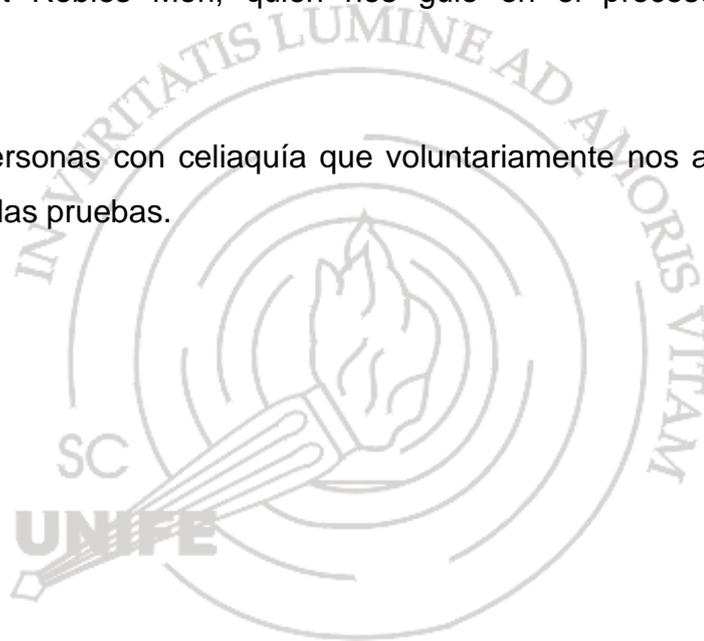
## AGRADECIMIENTOS

A la Universidad Femenina del Sagrado Corazón, Escuela Profesional de Psicología y Humanidades, que nos brindó una excelente educación en nuestra estadía universitaria con una plana docente de alta calidad humana.

A la Mg. Cecilia Genoveva Maquilón García, nuestra asesora, que nos brindó conocimientos claves para la presentación de esta investigación.

Al Dr. Herbert Robles Mori, quien nos guio en el proceso estadístico y metodológico.

A todas las personas con celiarquía que voluntariamente nos apoyaron con la realización de las pruebas.



# ÍNDICE

	Página
CARÁTULA.....	1
PÁGINA DE FIRMAS.....	2
RESUMEN/ABSTRACT.....	4
DEDICATORIA.....	5
AGRADECIMIENTOS.....	6
ÍNDICE.....	7
LISTA DE TABLAS.....	10
INTRODUCCIÓN.....	11
CAPÍTULO I: ANTECEDENTES.....	14
1.1 Marco teórico conceptual de Depresión.....	14
1.1.1 Definiciones de Depresión.....	14
1.1.2 Depresión según la Teoría cognitiva de Beck.....	16
1.1.3 Sintomatología de la Depresión.....	17
1.1.4 Niveles de Depresión.....	18
1.1.5 Diagnóstico.....	19
1.1.6 Tratamiento.....	19
1.1.7 Dimensiones del Inventario de Depresión de Beck – II (BDI-II).....	20
1.2 Marco teórico conceptual de Adultez.....	20
1.2.1 Definiciones de Adultez.....	20
1.2.1.1 Adultez temprana.....	21

	Página
1.2.1.2 Adultez intermedia .....	22
1.2.1.3 Adultez tardía .....	22
1.3 Marco teórico conceptual de Celiaquía .....	23
1.3.1 Definiciones de Celiaquía.....	23
1.3.2 Sintomatología de la Celiaquía .....	24
1.3.3 Diagnóstico .....	25
1.3.4 Consecuencias a nivel emocional.....	26
1.3.5 Tratamiento .....	26
1.4 Revisión de la literatura.....	27
1.4.1 Antecedentes Internacionales .....	27
1.4.2 Antecedentes Nacionales.....	30
1.5 Planteamiento del Problema .....	32
1.6 Objetivos .....	33
1.6.1 Objetivo general.....	33
1.6.2 Objetivos específicos .....	33
1.7 Hipótesis .....	33
1.7.1 Hipótesis general .....	33
1.7.2 Hipótesis específicas .....	33
1.8 Definiciones operacionales de términos.....	34
1.9 Importancia y limitaciones de la investigación.....	34

	Página
1.9.1 Importancia .....	34
1.9.2 Limitaciones .....	35
CAPÍTULO II: MÉTODO .....	36
2.1 Tipo y diseño de investigación .....	36
2.2 Participantes .....	36
2.2.1 Muestra .....	36
2.3 Materiales.....	37
2.4 Procedimiento .....	40
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	41
3.1 Análisis descriptivo.....	41
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	53
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	56
5.1 Conclusiones.....	56
5.2 Recomendaciones .....	58
REFERENCIAS.....	59
APÉNDICES .....	70
APÉNDICE A: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	71
APÉNDICE B: PERMISO DE AUTORES.....	72

## LISTA DE TABLAS

Tabla	Página
1. Instrumento de recolección de datos.....	39
2. Características sociodemográficas.....	41
3. Descriptivos de los puntajes directos de Depresión en adultos diagnosticados con Celiaquía.....	42
4. Nivel de depresión en adultos diagnosticados con Celiaquía....	43
5. Comparar el nivel de Depresión en adultos diagnosticados con celiaquía según sexo.....	44
6. Comparar el nivel de Depresión en adultos diagnosticados con celiaquía según el cumplimiento de la dieta sin gluten.....	45
7. Comparar el nivel de Depresión en adultos con celiaquía según tiempo de diagnóstico.....	46
8. Identificar las diferencias significativas de la depresión según sexo, cumplimiento de la dieta sin gluten y tiempo de diagnóstico en adultos con celiaquía.....	47
9. Tabla 9.....	48
10. Tabla 10.....	49
11. Tabla 11.....	50
12. Tabla 12.....	51
13. Tabla 13.....	52

## INTRODUCCIÓN

Según el Protocolo para el Diagnóstico Precoz de la Enfermedad Celiaca (2018) la celiacía ha presentado un crecimiento considerable de su prevalencia hasta la actualidad, llegando a ser uno de los padecimientos de transmisión genética más frecuente. En Perú se realizó un estudio por la Universidad Cayetano Heredia el cual estima que 341783 peruanos se encuentran viviendo con esta enfermedad, siendo la prevalencia similar al promedio mundial. (Baldera et al., 2020)

La celiacía es una enfermedad sistémica, crónica y autoinmune. Existe una gran cantidad de signos, síntomas y enfermedades causadas por la celiacía (Miró et al., 2021). El portal web MedlinePlus (2022) define a la celiacía como una enfermedad autoinmune causada por el consumo de gluten.

El consumo de estos alimentos ocasiona cambios en la mucosa intestinal, lo que atrofia las vellosidades intestinales, provocando una lesión en el intestino delgado y mala absorción de nutrientes. (Murillo et al., 2019) Según Calle, et al. (2020) las principales consecuencias se orientan al padecimiento de cáncer, específicamente, gastrointestinal, así como alteraciones emocionales, etc.

La celiacía no es tan solo una enfermedad digestiva, sino también es considerada una enfermedad multisistémica. (Rodríguez, 2010) Lou y Calvo (2019) explican que, cuando se recibe el diagnóstico se debe realizar evaluaciones para verificar que no existan otras enfermedades como pueden ser la anemia, osteoporosis, diabetes, alteraciones del ánimo, etc.

Adicionalmente, en un estudio realizado por Hallert y Astrom (citado por Lou y Calvo, 2019) se halló que los participantes con celiaquía presentan niveles significativamente altos de depresión. Por último, se llegó a la conclusión de que la psicopatología depresiva era un rasgo de la celiaquía y que probablemente se deba a la dificultad para absorber los nutrientes.

Por ello, este trabajo surge como alternativa ante la escasez de investigaciones en nuestro contexto con respecto a las consecuencias a nivel psicológico de la celiaquía. Por otro lado, busca concientizar e informar a las personas sobre lo que implica tener la enfermedad celíaca y la importancia de tener un abordaje psicológico al recibir este diagnóstico.

En esta oportunidad, el objetivo fue comparar el nivel de depresión en adultos diagnosticados con celiaquía según sexo, cumplimiento de la dieta sin gluten y tiempo de diagnóstico. Los participantes de esta investigación fueron 50 adultos, de 18 a 60 años. Con los resultados, se pretende contribuir a la investigación de la enfermedad celíaca y sus consecuencias psicológicas, con la finalidad de crear mayor conciencia sobre ella.

En consecuencia, la presente investigación consta de cinco capítulos. En el primero, se describe el marco teórico que proporciona la información necesaria para comprender los conceptos más sobresalientes de la investigación, así como los antecedentes internacionales y nacionales, que serán los cimientos de nuestro estudio, y las dimensiones del Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II), que serán nuestras guías en la evaluación. Por tal motivo, se presenta la formulación del problema, las definiciones operacionales, los objetivos, la importancia y las limitaciones.

En el segundo capítulo, se expone la metodología de la investigación, determinando así, el tipo y diseño del estudio. Por otro lado, se muestra el instrumento y el procedimiento que se utilizó para la realización de la investigación.

En el tercer capítulo, se explican y describen los resultados obtenidos, los cuales van a ser expuestos, discutidos y analizados en el siguiente capítulo.

Para finalizar, en el cuarto capítulo, se presentan las conclusiones y en el último capítulo las recomendaciones de la presente investigación.



# CAPÍTULO I: ANTECEDENTES

## 1.1 Marco teórico conceptual de Depresión

### 1.1.1 Definiciones de Depresión

La Clínica Universidad de Navarra (2022) define la depresión como “un trastorno mental caracterizado principalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, del grado de actividad y del pensamiento.”

Coryell, W (2020) define la depresión como “un trastorno frecuente que implica un estado de ánimo deprimido y/o la pérdida de interés o placer en actividades que antes se disfrutaban; son frecuentes las manifestaciones somáticas (cambio de peso, alteraciones del sueño) y las cognitivas (dificultad para concentrarse).”

La OPS (2020) la define como “una enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria, con la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida. La depresión es causada por una combinación de factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos. Es decir que la depresión viene siendo una enfermedad bastante usual, pero, aun así, no deja de ser considerada peligrosa. Dicha enfermedad llega a ocasionar dificultades en la vida personal. Por ejemplo, las personas ya no realizan sus actividades como antes, duermen mucho o no duermen, no logran concentrarse cuando estudian, comen mucho o poco y ya no disfrutaban de las actividades que antes les eran placenteras. (OPS, 2020) Por tal motivo, los individuos experimentan sentimientos profundos de tristeza que pueden resultar invalidantes. Empiezan

a perder la motivación de cumplir sus actividades y se sumergen en un estado de desesperanza con respecto a su vida (MINSA, 2005).

La depresión se expresa con sentimientos de tristeza, desesperanza y melancolía. Una gran cantidad de personas se sienten así en algunas ocasiones durante un corto período de tiempo. Sin embargo, si estos síntomas persisten durante varias semanas, el diagnóstico que se recibe será de trastorno depresivo (Medline Plus, 2022).

Se encuentran una amplia variedad de trastornos depresivos y lo que caracteriza a estos trastornos es un estado de ánimo triste, vacío o irritable, y cambios a nivel neurológico y cognitivo que aquejan de forma significativa el funcionamiento de la persona. Se diferencian por la duración, la forma en que se presentan y la causa (DSM-V, 2013).

Según el DSM-V (2013), los trastornos depresivos están constituidos por varios tipos, estos son:

*Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo:* La persona constantemente se siente irritable, llegando a niveles altos y encontrándose la mayor cantidad del tiempo así. Por otro lado, expresan una cólera difícil de manejar y dicha emoción está en la mayor parte de su día.

*Trastorno de depresión mayor:* En este caso, la persona se siente triste durante todo su día y casi a diario, en al menos 2 semanas. Los síntomas más frecuentes son el insomnio, la fatiga, poco interés, presencia de una culpa delirante o casi delirante, generando malestar en áreas de su vida, como en lo laboral y social.

*Trastorno depresivo persistente (distimia):* La persona muestra un sentimiento de tristeza que está presente durante todo su día, en la mayoría de

los días, durante al menos 2 años. Si los síntomas de un trastorno depresivo mayor permanecen en el tiempo, la persona también recibe el diagnóstico de trastorno depresivo persistente.

*Trastorno disfórico premenstrual:* Durante la fase premenstrual, la persona presenta labilidad afectiva, disforia y ansiedad. Los síntomas suceden durante casi todos los ciclos menstruales en el último año y deben haber tenido un impacto negativo en el trabajo o en el aspecto social.

*Trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento:* Dentro de este trastorno se encierra la sintomatología de un trastorno depresivo, sin embargo, la sintomatología está asociado al consumo de una sustancia.

*Trastorno depresivo debido a otra afección médica:* La persona demuestra episodios de tristeza severos y persistente, que se observa con claridad en el cuadro clínico y se cree que está vinculado con otras condiciones médicas.

Existen distintas teorías que explican la depresión, sin embargo, esta investigación se centra en la Teoría Cognitivo Conductual.

### **1.1.2 Depresión según la Teoría cognitiva de Beck**

Desde la perspectiva cognitiva de Aaron Beck (1967, citado por Dahab, et al., 2002) la depresión se expresa en diferentes áreas. En primer lugar, se encuentra el Estado de ánimo, en el cual la persona presenta sentimientos de tristeza, intranquilidad y nostalgia constante. Luego de ello, encontramos el área Cognoscitiva, en donde la persona presenta pensamientos dañinos, culpa e ideas suicidas de manera persistente. Por otro lado, encontramos la Conducta, donde la persona demuestra alejamiento de su entorno, llanto constante y actitudes que atentan contra su vida. Para finalizar, está el área

Somática, en donde la persona presenta dificultades para conciliar el sueño o duerme en exceso, cansancio constante y/o pocas ganas de comer o, al contrario.

La teoría cognitiva presenta tres conceptos para entender la depresión, las cuales son: tríada cognitiva, esquemas y errores en el procesamiento de información. (Beck, citado por Guillen y Ordoñez, 2017)

Dentro de la triada cognitiva encontramos a la visión negativa acerca de sí mismo, la interpretación negativa de experiencias y la visión negativa acerca del futuro. Luego de ello, encontramos a los esquemas, el cual se define como patrones a nivel cognitivo que se fundamentan en los esclarecimientos de un contexto. Por último, los errores en el procesamiento de la información se muestran como variaciones del pensamiento, donde se procesa la información de manera equivocada. (Beck, citado por Guillen y Ordoñez, 2017)

### **1.1.3 Sintomatología de la depresión**

El MINSA (2005) indica que la sintomatología de la depresión se caracteriza por sentimientos de tristeza, tensión, desánimo, desilusión con respecto a su futuro, sentimientos de culpa, poco disfrute en actividades que antes se disfrutaban, falta de energía y cansancio.

Asimismo, se menciona que las personas que recibieron este diagnóstico muestran problemas para poner atención, recordar y tomar una decisión. Por otro lado, es usual que la persona baje de peso o coma mucho o poco, tenga ideas de muerte o conductas que atenten contra su vida. Además, puede presentar síntomas físicos como son problemas digestivos, dolores de cabeza o musculares, etc (MINSA, 2005).

Por otro lado, Mayo Clinic (2018), menciona otros síntomas, los cuales son: cólera, frustración, a pesar de ser una situación que no amerite que dicha emoción aparezca en niveles tan altos, dificultades para dormir (dormir poco o mucho), problemas para resolver una situación cotidiana, pensar, concentrarse, tomar decisiones y recordar.

#### **1.1.4 Niveles de depresión**

La depresión presenta episodios, los cuales se diferencian según el nivel de gravedad, sin embargo, en todos los casos la persona con este diagnóstico muestra esta sintomatología:

CIE (1994) declara que los síntomas más usuales son estados de ánimo bajo y energía disminuida. Además, el interés propio y la atención se reducen, y la fatiga se da a pesar de no haber hecho mucho esfuerzo. Igualmente, presentan problemas para dormir y comer. Del mismo modo, la autoestima, autoconcepto y la seguridad en uno mismo disminuyen. En consecuencia, se presentan síntomas somáticos, los cuales son: lentitud psicomotora y reducción de la libido. (CIE-10, 1994)

Con respecto a los episodios depresivos, el CIE-10 (1994) explica que se dividen en: Episodio depresivo leve, en el cual están presentes hasta tres de los síntomas, sin embargo, aun podrá realizar sus actividades a pesar del malestar. De igual manera, el episodio depresivo moderado exhibe cuatro o más de los síntomas, en este caso habrá gran dificultad para hacer sus actividades. Asimismo, en el episodio depresivo grave sin síntomas psicóticos se presenta varios de los síntomas y es común que haya pérdida de la autoestima, ideas de autodesprecio, ideas o actos de suicidio. Por finalizar, en

el episodio depresivo grave con síntomas psicóticos se dan alucinaciones, ideas delirantes, lentitud psicomotora grave.

### **1.1.5 Diagnóstico**

Antes de examinar la sintomatología, se recomienda hacer una exploración física (descartar alguna enfermedad orgánica, por medio de exámenes de hemograma, electrolitos y hormona tiroideo estimulante (TSH), vitamina B12 y folato) y social (evaluar sus relaciones, situación económica, laboral, estrategias de afrontamiento, etc.) (Terroso et al., 2009)

Luego de haber realizado dicha exploración, se debe continuar con la evaluación de la sintomatología. Para brindar el diagnóstico de depresión, debe haber angustia significativa o una afectación en los aspectos sociales, de trabajo o en otras áreas importantes para la persona (Coryell, 2020).

Por último, se explica que para evaluar la intensidad se debe determinar el nivel de dolor e inhabilidad (físico, social, ocupacional) y la permanencia de la sintomatología (Coryell, 2020).

### **1.1.6 Tratamiento**

El tratamiento debe ser integral, donde se incluyan diferentes tipos de intervenciones psicoterapéuticas y farmacológicas, que permitan una mejoría en el bienestar de la persona. Dentro de la intervención es importante que haya psicoeducación, apoyo individual y familiar. Aparte, se debe incluir a otros profesionales para una mejor atención y control del estado mental y físico. (GPC, 2014)

Para el tratamiento, es fundamental tener un plan de seguimiento específico para la persona que ha recibido el diagnóstico. Para la valoración de la periodicidad de la evaluación y control de síntomas, es importante que se

realice en función de la gravedad, comorbilidad, colaboración con el tratamiento, apoyo social y frecuencia y gravedad de los efectos secundarios del tratamiento. Sin olvidar la atención que la familia debe de recibir, ya que esto le permitirá tener estrategias de afrontamiento. (GPC, 2014)

Para finalizar, se sugiere aplicar el Modelo escalonado en el manejo de la depresión, el cual consiste en definir el tratamiento según la gravedad. Si es una depresión leve, la intervención consta de una evaluación, psicoeducación, intervenciones psicológicas y tratamiento farmacológico, si fuera necesario. Si la depresión es moderada, la intervención sería intervenciones psicológicas, antidepresivos y tratamiento combinado. Por último, si la depresión es grave se utilizan intervenciones psicológicas o tratamiento farmacológico o tratamiento combinado. (GPC, 2014)

#### **1.1.7 Dimensiones del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)**

Para determinar la medición, el Inventario de Depresión de Beck explica sobre “tres áreas, estas son: área cognitiva, área física /conductual y área afectiva / emocional” (Beck, citado por Mejía, 2019).

Dentro de la Dimensión cognitiva, encontramos síntomas de tristeza, desesperanza, ideas de suicidio, desvalorización, etc. Mientras que, en la Dimensión física-conductual, están las conductas de indecisión, autocrítica, culpa, fracaso, llanto, etc. Para finalizar, está la Dimensión afectivo-emocional, la cual consiste en poca energía, irritabilidad, cambios en el apetito, sueño y hábitos, etc. (Barreda, citado por Mejía, 2019)

### **1.2 Marco teórico conceptual de Adultez**

#### **1.2.1 Definiciones de Adultez**

Cuyubamba (2003) define a la adultez como la etapa donde se aprecia la responsabilidad, identidad y aptitud, las cuales se encuentran establecidas adecuadamente, además las creencias y valores y ajustando a los cambios habituales de la vida.

Asimismo, es preciso indicar que, la adultez está representada por componentes sociales, y como resultado se conceptualiza a la persona madura, como quien es capaz de vivir de manera independiente, sin requerir de un apoyo de índole afectiva, emocional, social y económica (Uriarte, 2005).

Nassar y Abarca (1983, citado por Alpízar, 2005), muestran que un adulto es un ser humano que se ha desarrollado completamente a nivel biológico. Asimismo, tiene una economía estable y es autónomo. Además, es un ser humano que se hace responsable de sus comportamientos y aporta a la sociedad, de igual manera, demuestra criterio.

Para finalizar es importante resaltar que el desarrollo adulto es complejo, ya que, aparecen una gran variedad de cambios en aspectos del yo. Estos cambios se dan a nivel físico, intelectual, de personalidad y social, y a pesar que se nombren como términos separados, estos campos están interrelacionados, lo que significa que se influyen entre sí (Papalia et al., 2009).

La adultez se divide en tres partes y según la teoría de la personalidad de Erik Erikson estas consisten en: Adultez temprana, adultez intermedia y adultez tardía.

#### **1.2.1.1 Adultez temprana**

La adultez temprana dura entre los 18 y los 30 años aproximadamente. En esta etapa la persona busca acercarse a otros, ya sea como una relación de pareja o de amistad; ya es un participante de la colectividad. Asimismo,

reconoce quien es y no tiene miedo a “perderse” a sí mismo, como cuando era adolescente (Boeree, 1994). Por otro lado, empiezan a desarrollar sus habilidades cognitivas y juicios morales, lo que les permitirá elegir sus elecciones educativas. Sin embargo, sus relaciones interpersonales pueden influir en sus decisiones (Papalia et al., 2009).

#### **1.2.1.2 Adultez intermedia**

La adultez intermedia o media es percibida entre los 20 y los 50 años. En este período se busca lograr un equilibrio apropiado. Pueden presentar la “crisis de la mediana edad”, donde empiezan a tener estas interrogantes sobre qué están haciendo con su vida o a donde quieren llegar (Boeree, 1994). En esta etapa casi todas las habilidades se han desarrollado, pero aún siguen desarrollando su identidad y esto puede resultar desgastante. (Papalia et al., 2009).

#### **1.2.1.3 Adultez tardía**

La adultez tardía o madurez empieza alrededor de los 60 años, cuando se recibe la jubilación o cuando los hijos han formado una familia. Esta es una etapa de muchos cambios, ya que muchos se jubilan, se dan cuenta que su labor como papás ha terminado y opinan que sus contribuciones ya no son necesarias. Por otro lado, esto supone también un cambio a nivel físico, debido a que su cuerpo ya no responde como antes. Incluso empiezan a tener preocupaciones con respecto a la muerte (Boeree, 1994). En esta etapa ya se muestra un deterioro en sus habilidades cognitivas, lo que lleva a generarle dificultades en diferentes áreas de su vida. Asimismo, sus relaciones interpersonales llegan a jugar un papel fundamental, ya que les proporcionan un apoyo importante (Papalia et al., 2009).

## **1.3 Marco teórico conceptual de Celiaquía**

### **1.3.1 Definiciones de Celiaquía**

La celiaquía es una de las enfermedades donde el sistema inmunológico provoca daños en el organismo, por ende, se le considera una enfermedad autoinmune, y en este caso se da por el consumo del gluten. Para entender mejor la celiaquía, debemos explicar que, en las personas con celiaquía su sistema inmunológico al recibir gluten, actúa defendiéndose de él, lo que ocasiona un deterioro de las vellosidades intestinales y finalmente se atrofia, por esta razón no hay una correcta absorción de los nutrientes. (Celicidad, 2021)

Es decir que el sistema inmunitario del celíaco confunde el gluten como si fuese algo peligroso para el organismo, por esta razón, el cuerpo reacciona en defensa. Por ende, el sistema inmunológico no trabaja de forma adecuada, por lo tanto, es una enfermedad autoinmune ocasionado por el gluten. (Pérez, 2015)

Medlineplus (2016) afirma que, la celiaquía es una enfermedad autoinmune que ocasiona un daño en el revestimiento del intestino delgado, proveniente de una reacción por el consumo del gluten, asimismo, recalca que el gluten está presente en alimentos que contienen trigo, cebada, centeno y avena.

NIDDKD (2020), precisa que la celiaquía es una enfermedad digestiva que produce un deterioro en el intestino delgado. Dicha enfermedad es ocasionada por la ingesta de alimentos que contienen gluten, la cual es una proteína que se haya de manera natural en el trigo, la cebada y el centeno; los cuales procesados los encontramos en el pan, pasta, galletas y pasteles.

La celiacía es el efecto de una interacción entre la predisposición genética, el sistema inmunológico, el consumo de alimentos con gluten y otros componentes ambientales, aún no existe la causa exacta (CuidatePlus, 2021). La celiacía, en ocasiones, puede aparecer a raíz de una cirugía, embarazo, infección viral o también estrés emocional agudo (Herrera, et al., 2009).

La Universidad de Iowa (2020) señala que los individuos con enfermedad celíaca que consumen gluten, generan que su sistema inmunológico reaccione generando daños a las vellosidades intestinales. Asimismo, las vellosidades no logran impregnar el hierro, vitaminas y nutrientes de manera correcta. Por esta razón, las personas con celiacía presentan diferentes síntomas y diversos problemas de salud.

### **1.3.2 Sintomatología de la Celiacía**

Según Ruis (2016, citado por Galindo, 2018), la enfermedad es diferente de acuerdo a la persona. Es posible que algunos presenten una gran variedad de síntomas, o, todo lo contrario, no presenten ningún síntoma.

INDDR (2017) declara que hay que saber diferenciar la celiacía de otros dos términos más, estos son: sensibilidad al gluten y alergia al trigo.

Cuando una persona presenta sensibilidad al gluten muestra síntomas similares a los de una persona con celiacía, como son el dolor abdominal y la fatiga, pero no presenta daños en su intestino delgado (BioChefDaisy, 2017)

Por otro lado, encontramos la alergia al trigo. En este caso, el sistema inmunológico también reacciona al trigo, pero los síntomas son diferentes a la celiacía, ya que, los síntomas pueden ser picazón en los ojos o problemas

para respirar (BioChefDaisy, 2017). En otras palabras, la alergia al trigo tampoco genera daños en el intestino delgado.

Según Mayo Clinic (2020) “los síntomas pueden variar ampliamente.” Por ende, los síntomas tanto en los niños, adolescentes y adultos, son diferentes. En el caso de los adultos, suele haber dolor abdominal, vómitos, estreñimiento, cansancio y pérdida de peso.

De igual manera, los adultos no necesariamente presentan problemas digestivos. Otros síntomas pueden ser: Anemia, pérdida de densidad ósea, erupción cutánea, cansancio, dolores articulares, deterioro cognitivo, úlceras bucales, hormigueos en los pies y manos, y deterioro en el funcionamiento del bazo (Mayo Clinic, 2020).

En conclusión, la celiaquía ocasiona que el sistema inmunológico agrede a las células sanas, por esta razón, pertenece al grupo de enfermedades autoinmunes. Por ende, esta enfermedad puede producir daños en el intestino e incluso otros órganos y/o áreas, como, por ejemplo: piel, bazo, huesos, articulaciones e incluso el sistema nervioso (NIDDKD, 2017).

### **1.3.3 Diagnóstico**

Mayo Clinic (2020) explica que existen dos tipos de pruebas que se utilizan para el diagnóstico de la celiaquía, estas consisten en análisis de sangre. La primera son las pruebas serológicas que rastrean anticuerpos en la sangre y la segunda son las pruebas genéticas para antígenos leucocitarios humanos (HLA-DQ2 y HLA-DQ8).

Así mismo, es importante realizarse esta evaluación, antes de cambiar su alimentación a una dieta sin gluten. Cuando se haya eliminado el gluten de

los alimentos que se consumen, los resultados de dicha evaluación podrían salir normales.

#### **1.3.4 Consecuencias a nivel emocional**

Desde el momento del diagnóstico las personas tienen que enfrentarse a una variedad de cambios y a diferentes contextos que intervienen en su área emocional de forma negativa. Por muy comunes que puedan parecer los síntomas, como son hinchazón abdominal, diarreas o dolores de estómago, si estos se dan diariamente ocasionan consecuencias a nivel psicológico, por lo que, es probable que se produzca ansiedad, depresión, estrés, etc. (Borja, 2021).

El adaptarse a esta nueva etapa de vida puede ocasionar que diversos sentimientos y emociones broten. En este caso, es posible que sienta vergüenza de estar molestando a los demás por tener que comer o preparar algo diferente, estar preocupado o alerta para ver si la comida contiene gluten o no, angustiado porque no existen muchos alimentos que no la contengan y trabajar el doble para conseguirlos, tener que ser el centro de atención, a pesar que no se quiera, en reuniones. Por consiguiente, estos cambios generan ansiedad, desánimo, estrés, que ocasiona al aislarse socialmente con el fin de evitar dichas situaciones (Borja, 2021). Si la persona recibe este diagnóstico y realiza un seguimiento adecuado de la enfermedad, los síntomas y las consecuencias a nivel emocional irán desapareciendo a medio plazo.

#### **1.3.5 Tratamiento**

Según la Clínica Universidad de Navarra (2020) solo hay un único tratamiento para la celiaquía, la cual consiste en evitar consumir alimentos que contengan gluten como ingredientes, así sea en pocas entidades. La mayoría

de alimentos contienen gluten, el cual también está presente en muchos aditivos de productos manufacturados como son los colorantes, potenciadores del sabor, edulcorantes, aromatizantes, humectantes, espesantes, entre otros.

Cuando se comienza la dieta sin gluten, la recuperación puede llevar un tiempo prolongado y las biopsias pueden demorar 2 años hasta evidenciar patrones normales. Al iniciar el tratamiento, se suele acompañar de suplementos dietéticos de vitaminas en lo que se detectan déficits para favorecer una recuperación más rápida. (Universidad de Navarra, 2020)

Un pequeño porcentaje de personas con celiaquía no evidencian mejoras tras el consumo de la dieta, necesitando tratamiento farmacológico. Estas personas son más proclives a generar complicaciones de la enfermedad. (Universidad de Navarra, 2020)

Según Mayo Clinic (2020) el no iniciar un tratamiento adecuado, dicha enfermedad puede causar: desnutrición, debilitamiento de los huesos, infertilidad y aborto espontáneo, intolerancia a la lactosa, cáncer y problemas del sistema nervioso.

## **1.4 Revisión de la literatura**

### **1.4.1 Antecedentes internacionales**

Carta et al. (2015), realizaron un estudio sobre la carga de los trastornos depresivos y bipolares en la enfermedad celíaca, cuyo objetivo fue medir la asociación entre la Enfermedad Celíaca (EC) y los trastornos afectivos, y como afecta la calidad de vida de una persona con enfermedad celíaca. La muestra fue de 60 pacientes con enfermedad celíaca, mayores de 18 años. Las pruebas que se utilizaron fueron una entrevista semiestructurada ANTAS, Mood disorder Questionnaire y el Health Survey Short Form. Se llegó a la conclusión

de que el 30% de la muestra tiene un diagnóstico de por vida de Trastorno Depresivo Mayor o un riesgo casi 5 veces mayor.

Weitz et al. (2013), realizaron una investigación sobre la prevalencia de depresión en pacientes adultos con enfermedad celíaca, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de depresión en pacientes celíacos mayores de 18 años, para finalmente correlacionar los resultados con la adherencia a la dieta sin gluten. La muestra fue de 123 pacientes, cuyas edades fueron de 18 años a más, siendo la edad promedio 38,9 años. El diseño de esta investigación es de tipo descriptiva, de corte transversal. Asimismo, se utilizó como instrumento de evaluación el Inventario de Depresión de Beck II (BDI-II). Como resultado encontraron que la prevalencia de depresión en los pacientes con celiaquía alcanza el 17,1%, considerándose un valor elevado. Por otro lado, observaron que, de los 77 pacientes adherentes a la dieta libre de gluten, el 14,7% presenta depresión y de los no adherentes casi un tercio presenta depresión, esto significa que si el paciente celíaco lleva un tratamiento adecuado se disminuye el riesgo de presentar depresión.

Martínez et al. (2013) realizaron un estudio sobre las alteraciones psicológicas en pacientes con enfermedad celíaca del adulto, cuyo objetivo fue explicar el perfil de sintomatología gastrointestinal y el perfil psicológico en pacientes adultos con celiaquía. La muestra fue de 21 pacientes, siendo 17 mujeres y 4 hombres, con una edad promedio de 43 años. El diseño de esta investigación es de tipo descriptiva correlacional. El instrumento que se utilizó para evaluar el perfil psicológico fue el Test PGWBI, el cual evalúa 6 ejes, los cuales son: la ansiedad, depresión, positividad-bienestar, autocontrol, percepción de la salud y vitalidad. Finalmente se llegó a la conclusión de que la

celiaquía puede inducir a una serie de trastornos afectivos y su intensidad se correlaciona con la intensidad de los síntomas gastrointestinales.

Smith y Gerdes (2012) publicaron un estudio de metanálisis sobre ansiedad y depresión en la enfermedad celíaca del adulto. Dicho estudio tuvo como objetivo corroborar hipótesis sobre si la enfermedad celíaca en adultos está relacionada de manera confiable con la ansiedad y/o depresión. Como resultado se encontró 18 estudios sobre depresión y 11 estudios sobre ansiedad en adultos con enfermedad celíaca. En conclusión, se encontró que la depresión es común y grave en los adultos con celiaquía.

Arigo et al. (2012) realizaron un estudio sobre las comorbilidades psiquiátricas en mujeres con enfermedad celíaca. Este estudio tuvo como objetivo examinar el riesgo psiquiátrico y las comorbilidades de las mujeres con enfermedad celíaca, que pueden tener un mayor riesgo de síntomas psiquiátricos (por ejemplo, depresión y trastornos del comportamiento alimentario). La muestra fue de 177 mujeres con enfermedad celíaca. El diseño de esta investigación es de tipo descriptiva. Se aplicó una extensa encuesta mediada por la web que evaluó el cumplimiento de la dieta, los síntomas de la enfermedad, el funcionamiento psiquiátrico y los trastornos alimentarios. Como resultado se encontró que, a pesar del cumplimiento de la dieta, los pacientes presentaron síntomas marcados de enfermedad y deterioro de la calidad de vida. Parte de la muestra cumple con los síntomas para el diagnóstico de trastornos psiquiátricos: el 37 % (n = 65) alcanzó el umbral que sugiere depresión y el 22 % (n = 39) para trastornos alimentarios, mostrando un mayor estrés percibido y una salud mental general reducida. En conclusión, a pesar de adherirse en gran medida a la DSG, un porcentaje sustancial de mujeres

con EC presenta síntomas clínicamente relevantes de depresión; tales síntomas están asociados con un aumento de la angustia psicosocial en otros dominios de la vida.

Van Hees et al. (2013) realizaron un estudio sobre la enfermedad celíaca, adherencia a la dieta y síntomas depresivos. Este estudio tiene como objetivo investigar si la adherencia a largo plazo a una dieta libre de gluten está relacionada con los síntomas depresivos en pacientes con enfermedad celíaca (EC). El diseño de esta investigación es de tipo descriptiva. La muestra fue de 2265 pacientes adultos con Enfermedad Celíaca a través de la Asociación Holandesa de Celíacos. El instrumento que se utilizó fue una encuesta transversal. La adherencia a la dieta auto informada se comparó entre los grupos en función de los síntomas depresivos auto informados (clasificados en actual [1 mes], remitido y nunca). La tasa de prevalencia a lo largo de la vida de los síntomas depresivos autoinformados fue del 39,0 % (n = 883), de los cuales 270 (11,9 %) padecían síntomas depresivos actuales. La adherencia a la dieta sin gluten fue estricta en el 50,2% de los pacientes. Mantener una dieta sin gluten durante más de cinco años se asoció menos síntomas depresivos en comparación con estar en una dieta durante menos de dos años. Los resultados obtenidos afirman que la prevalencia de depresión en la enfermedad celíaca es del 39%, la comorbilidad con otras enfermedades aumenta el riesgo de padecer depresión y mantener la DSG durante más de 5 años se asocia con menos síntomas de depresión.

#### **1.4.2 Antecedentes nacionales**

Con respecto al marco nacional, se presentaron dificultades para hallar estudios que aborden, puntualmente, la variable depresión en pacientes

adultos con celíaca, esto debido, en parte, a que esta enfermedad se manifiesta con una frecuencia baja en el Perú (Soriano, 2012).

En la actualidad, se conserva esta tendencia, así pues, Baldera et al. (2020) en su estudio sobre la seroprevalencia poblacional de la enfermedad celíaca en zonas urbanas del Perú. Este estudio tuvo como objetivo determinar la seroprevalencia de la enfermedad celíaca, utilizando una muestra de base poblacional. La muestra fue una muestra aleatoria de mujeres y hombres con personas de 18 a 29 años, de 26 ciudades del Perú. Para la detección se utilizó el kit anti-transglutaminasa tisular IgA. Se halló un índice de prevalencia, en pacientes celíacos, del 1,2% de la población, por lo que se estima que existen 341 783 personas con celiaquía en Perú (Baldera, 2020). Se llegó a la conclusión que la prevalencia de la enfermedad celíaca en el Perú resultó ser similar al promedio mundial.

De este modo, dado que se trató del primer trabajo desarrollado en el Perú, los autores, exhortaron que se lleven a cabo más estudios respecto de este constructo con la idea de ampliar la literatura, es decir, profundizar en la epidemiología, causas, consecuencias, estrategias de intervención, etc.

Hasta hace un año no existían investigaciones, estudios o estadísticas sobre la celiaquía en Perú, debido a que los gobiernos no lo consideraban como prioridad, por ende, la Asociación de Celíacos del Perú lo ha ido solicitando en todo este tiempo. Dichos estudios permiten crear planes de diagnóstico y tratamientos tempranos para las personas con esta condición.

Es importante resaltar que aún no existen investigaciones psicológicas en Perú sobre la enfermedad celíaca.

## 1.5 Planteamiento del Problema

La celiaquía es una enfermedad que ocasiona la inflamación del intestino delgado cuando se consume gluten, lo que provoca una malabsorción de nutrientes importantes. Según Lou y Calvo (2021), la malabsorción de nutrientes altera la conectividad de los neurotransmisores, específicamente, la serotonina, la cual se vincula con la regulación del ánimo.

Por otro lado, cabe señalar que las afecciones médicas, especialmente, las graves, alteran el aspecto socioemocional de los adultos, alcanzando, en muchos casos, a desencadenar una sintomatología depresiva (Lou y Calvo, 2021). Asimismo, es importante resaltar que la celiaquía no es tan solo una enfermedad digestiva, también es considerada una enfermedad multisistémica. (Rodríguez, 2010) En un estudio realizado por Hallert y Astrom (citado por Lou y Calvo, 2019) se halló que las personas con celiaquía presentan niveles significativamente altos de depresión, llegando a la conclusión de que la psicopatología depresiva era un rasgo de la celiaquía y que probablemente se deba a la dificultad para absorber los nutrientes.

Así pues, las consecuencias emocionales que se gestan a partir del padecimiento de esta enfermedad provocan una alteración brusca en el estilo de vida del individuo, de esta manera, resulta clave describir estas consecuencias para que, en base a ello, se puedan formular estrategias interdisciplinarias de intervención.

De acuerdo con lo mencionado previamente, se propuso comparar el nivel de depresión en adultos diagnosticados con celiaquía según sexo, cumplimiento de la dieta sin gluten y tiempo de diagnóstico.

## **1.6 Objetivos**

### **1.6.1 Objetivo general**

- Comparar el nivel de depresión en adultos diagnosticados con celiaquía según sexo, cumplimiento de la dieta sin gluten y tiempo de diagnóstico.

### **1.6.2 Objetivos específicos**

- Comparar el nivel de depresión en adultos diagnosticados con celiaquía según sexo.
- Comparar el nivel de depresión en adultos diagnosticados con celiaquía según el cumplimiento de la dieta sin gluten.
- Comparar el nivel de depresión en adultos con celiaquía según tiempo de diagnóstico.

## **1.7 Hipótesis:**

### **1.7.1 Hipótesis General**

- Existe diferencia en el nivel de depresión en adultos diagnosticados con celiaquía según sexo, cumplimiento de la dieta sin gluten y tiempo de diagnóstico.

### **1.7.2 Hipótesis específicas**

- Existe diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de depresión en adultos diagnosticados con celiaquía según sexo.
- Existe diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de depresión en adultos diagnosticados con celiaquía según el cumplimiento de la dieta sin gluten.
- Existe diferencia estadísticamente significativa entre el nivel de depresión en adultos con celiaquía según tiempo de diagnóstico.

## 1.8 Definiciones operacionales de términos

- La celiacía: Se concibe como una alteración autoinmune que daña el revestimiento del intestino delgado, sobre todo, en individuos con antecedentes genéticos, cabe mencionar que esta enfermedad se desarrolla a partir de la ingesta de gluten (Moscoso y Quera, 2016).
- Gluten: Se caracteriza por ser una proteína, no obstante, carece de valor nutricional (Parada y Araya, 2010).
- Dermatitis herpetiforme: Se trata de una alteración autoinmune que provoca ampollas, particularmente, en las extremidades, esto debido a la intolerancia por el gluten (Sanjinés et al., 2016).
- Depresión: Se conceptualiza como una alteración psicológica que genera modificaciones en el estado de ánimo (OMS, 2016).

## 1.9 Importancia y limitaciones de la investigación

### 1.9.1 Importancia

*Nivel teórico:*

Procura ampliar la literatura sobre las consecuencias, a nivel psicológico, de la celiacía, debido a que, hasta la fecha, en Perú no existen investigaciones que hablen sobre ella.

*Nivel práctico:*

Busca describir, a través de datos objetivos, los niveles de depresión en adultos con celiacía y, a partir de ello, se puedan diseñar programas preventivos y/o de intervención orientados a mejorar el estado de ánimo en este tipo de pacientes.

### 1.9.2 Limitaciones

En cuanto a las limitaciones, no existe una población muy amplia de personas diagnosticadas con celiaquía en Perú. Debido a que es una enfermedad poco común y difícil de diagnosticar. Asimismo, hay mayor población femenina que recibe el diagnóstico. Además, las investigaciones asociadas a esta afección, en Perú, son escasas. Se tuvo que aplicar la prueba de manera virtual, debido a las restricciones sanitarias, lo que ocasionó que no pudiéramos tener una mejor observación de los participantes.



## CAPÍTULO II: MÉTODO

### 2.1 Tipo y diseño de investigación:

El presente trabajo es descriptivo comparativo de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, esto en razón de que los constructos no se manipularon, sino más bien, fueron medidos en su contexto natural. Es de diseño comparativo porque busca relacionar el vínculo entre dos o más variables e instaurar factores comunes o diferentes al investigar la misma variable en dos o más muestras. (Hernández et al. 2014) En suma, es de tipo transversal y descriptivo, ya que el análisis se llevó a cabo en un momento determinado y se enfatizó en caracterizar a la población a través de datos objetivos (Hernández – Sampieri y Mendoza, 2018).

### 2.2 Participantes:

#### 2.2.1 Muestra

La muestra de la presente investigación estuvo constituida por 50 adultos con celiaquía de Lima Metropolitana, cabe mencionar que se empleó el diseño de una muestra no probabilística de tipo intencional (Hernández – Sampieri y Mendoza, 2018).

Criterios de inclusión:

- Adultos de 18 a 60 años.
- Personas que hayan recibido el diagnóstico de celiaquía.
- Pertenecientes a Lima Metropolitana.
- Quienes den su consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Menores de 18 años y mayores de 60 años.

- Quienes no hayan recibido el diagnóstico de celiaquía.
- Quienes no pertenezcan a Lima Metropolitana.
- Quienes no hayan dado su consentimiento informado.

## **2.2 Materiales:**

El instrumento que se utilizó fue el siguiente:

Para medir los niveles de Depresión se utilizó el Inventario de Depresión de Beck - II (BDI-II) de Aaron T. Beck, Robert A. Steer, Gregory K. Brown (1996) y, adaptado y validado al español por Jesús Sanz, Carmelo Vázquez. (2003)

El BDI-II tiene como propósito principal evaluar la sintomatología de los trastornos depresivos estipulados en el Manual Diagnóstico DSM-IV (American Psychiatric Association [APA], 1994). De este modo, este instrumento, se orienta a describir el estado emocional del evaluado(a) durante las dos últimas semanas, incluido el día de la evaluación. En suma, este cuestionario se encuentra distribuido por 21 ítems tipo Likert, los cuales se dividen en 4 opciones que van del 0 al 3, donde cada ítem puede alcanzar un máximo de 4 puntos, cabe señalar que este inventario plantea una idea de respuesta múltiple, en ese sentido, el evaluador solo considerará la alternativa con la puntuación más alta. Por otro lado, este inventario se desarrolló como un indicador de la presencia y gravedad de síntomas depresivos, no como un instrumento para especificar un diagnóstico clínico. Dicho instrumento se basa en 21 ítems que incluyen síntomas y actitudes representativas de la depresión.

Para la autoaplicación del instrumento, se utilizan las siguientes instrucciones:

“Por favor, lea con atención cada uno de ellos y, a continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor el modo en el que se ha sentido durante las dos últimas semanas, incluido el día de hoy. Rodee con un círculo el número que se encuentra escrito a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Asegúrese de leer todas las afirmaciones de cada grupo antes de efectuar la elección. Asegúrese también de no haber elegido más de una respuesta para cada grupo, particularmente, en los elementos 16 («cambio en el patrón de sueño») y 18 («cambio en el apetito»).

Para la puntuación, se suman las respuestas. Cada ítem se responde en una escala de 4 puntos, que varía de 0 a 3. En caso una persona haya elegido varias opciones en un ítem, se utiliza la alternativa con la puntuación más alta. La puntuación total máxima es 63. Asimismo, se debe prestar mayor atención al ítem de «cambios en el patrón de sueño» (ítem 16) y al de «cambios en el apetito» (ítem 18). Cada uno de estos ítems contiene siete opciones de respuesta puntuadas.

Para determinar en qué nivel de depresión se encuentra el evaluado, se consideran los siguientes rangos: de 0 – 13 es mínima; de 14 – 19 es leve; de 20 – 28 es moderada; de 29- 63 es grave.

### *Validez*

Validez de contenido como se ha indicado previamente, el BDI-II se desarrolló especialmente para evaluar los síntomas depresivos incluidos como criterios para los trastornos depresivos en el DSM-IV. A fin de evaluar de manera más completa los criterios del DSM-IV para la depresión, se reescribieron ítems y se añadieron nuevos ítems.

## *Fiabilidad*

El coeficiente de alfa del BDI-II para los pacientes externos fue de 92 y para los 120 estudiantes universitarios 93. Estos coeficientes a son más altos que los del BDI-IA. En su metaanálisis de nueve muestras psiquiátricas, Beck et al. (1988) encontraron que el BDI-IA tenía un coeficiente a medio de .86. Se presenta las medias, desviaciones típicas y porcentajes de pacientes que eligieron las opciones de respuesta sintomáticas 1, 2 o 3, y las correlaciones corregidas ítem-total de los 21 ítems del BDI-II para los 500 pacientes externos.

### **Tabla 1**

#### *Instrumento de Recolección de datos*

##### **Ficha Técnica**

---

**Nombre:** Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II)

**Autor:** Aarón T. Beck, Robert A. Steer, Gregory K. Brown

**Adaptación española:** Jesús Sanz, Carmelo Vázquez, en colaboración con el Departamento de I+D de Pearson Clinical and Talent Assessment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía, Ana Hernández.

**Editor de la Adaptación española:** Pearson Educación, 2011.

**Aplicación:** Individual o colectiva.

**Ámbito de aplicación:** Adultos y adolescentes de 13 años o más.

**Tiempo de aplicación:** Entre 5 a 10 minutos.

**Objetivo:** Instrumento de autoinforme de 21 ítems para medir la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes.

**Material:** Manual y hojas de respuestas.

**Corrección:** Manual.

## **2.4 Procedimiento:**

En primer lugar, se trasladó las preguntas del cuestionario, el consentimiento informado y los objetivos de la investigación a la plataforma Google Forms. Luego de ello, se publicó la invitación de participación de la investigación en los distintos grupos como son los grupos Perú Sin Gluten y Celíacos Perú a través de la red social Facebook.

En dicho cuestionario, se esclareció a los participantes el objetivo de la investigación, además, podían expresar su deseo de participar de manera voluntaria a través de un consentimiento informado, que cumplía con las normas éticas de una investigación, la cual los participantes lograban observar antes de empezar el cuestionario.

Asimismo, una vez que los participantes autorizaron, de forma voluntaria, su participación, empezaron a contestar las preguntas de la prueba. Así pues, luego de haberse efectuado la recolección de datos, la información obtenida se digitó y procesó en el programa SPSS versión 25. Finalmente, se discutieron los resultados y contrastaron las hipótesis.

## CAPÍTULO III: RESULTADOS

A continuación, se muestran los resultados del Inventario de Depresión de Beck BDI-II. Primero se expondrá las características sociodemográficas de la muestra. Luego se mostrará el nivel tanto de los hombres como el de las mujeres, para finalmente, explicar la comparación entre ambos sexos.

### 3.1 Análisis descriptivo

**Tabla 2**

*Características sociodemográficas en adultos diagnosticados con Celiaquía*

Características sociodemográficas	%
Sexo	
Masculino	12
Femenino	38
Estado civil	
Soltero	38
Casado	46
Divorciado	8
Conviviente	8
Nivel educativo	
Secundaria completa	2
Técnico	24
Universitario	58
Otro	16
Tiempo de diagnóstico	
0 a 5 años	56
5 a 10 años	28
10 a más	16
Dieta	
Si	84
No	16
Familiar con diagnóstico	
Si	84
No	16

#### **Interpretación:**

Se evidencia, en la Tabla 2, respecto de la distribución de la muestra, que el 12% son varones y el 88% son mujeres, asimismo, la edad media de las

mujeres es de 42.30 y, la de varones, 45.50 años. En cuanto al estado civil, el 38% son solteros, 46% casados, 8% divorciados y 8% convivientes. Con respecto al nivel educativo, el 2% tiene secundaria completa, el 24% terminó sus estudios en un nivel técnico, el 58% es universitario y el 16% realizó otros estudios. Así mismo, es relevante mencionar el tiempo en que el sujeto recibió el diagnóstico de celiaquía, el 56% fue diagnosticado entre 0 a 5 años, el 28% entre 5 a 10 años y el 16% de 10 a más años. Por otro lado, es importante recalcar que el 84% sigue una dieta estrictamente libre de glúten y el 16% no la sigue. Adicionalmente, se les preguntó si tienen algún familiar con el mismo diagnóstico, el 40% si tiene un familiar con el diagnóstico y el 60% no lo tiene.

**Tabla 3**

*Descriptivos de los puntajes directos de Depresión en adultos diagnosticados con Celiaquía*

N	Válido	50
	Perdidos	0
Media		12.90
Mediana		11.50
Desv. Desviación		10.258
Varianza		105.235
Rango		34
Mínimo		0
Máximo		34

En la Tabla 3, se evidencia las características comportamentales típicas en relación con la depresión en adultos diagnosticados con Celiaquía de una muestra seleccionada (N=50), para fines del presente estudio, de Lima Metropolitana, en este sentido, conociendo que la depresión en este tipo de pacientes se estima según el rango entre 0 a 63, se observa que el promedio

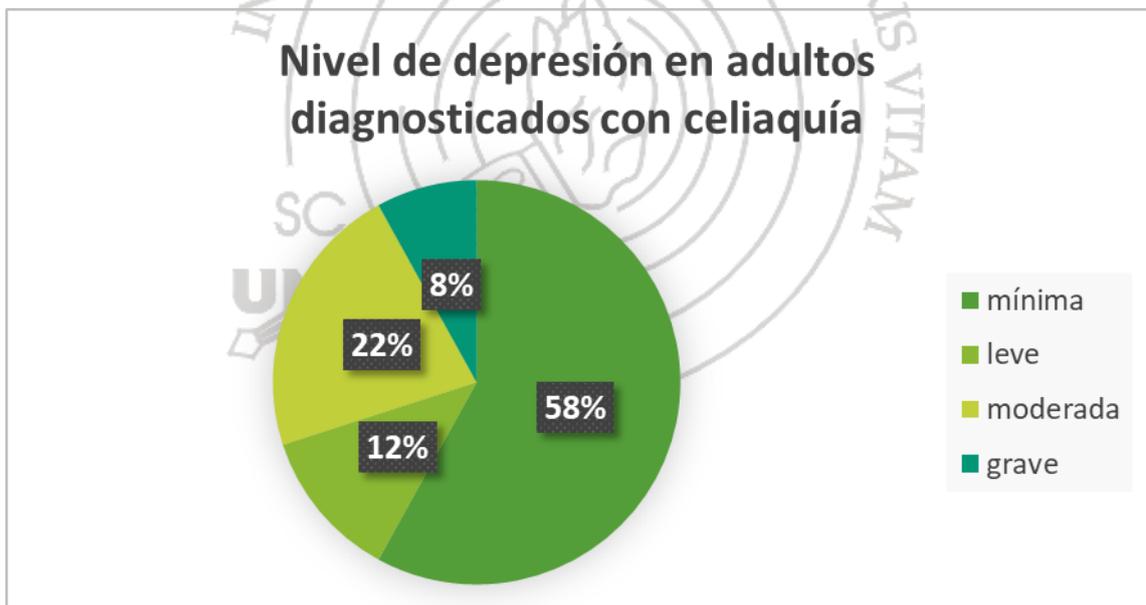
de los puntajes directos fue de 12.9, asimismo, se muestra que el valor mínimo registrado fue 0, mientras que el máximo fue 34, adicionalmente, se registra una desviación de los datos respecto de la media de 10.258.

**Tabla 4**

*Nivel de depresión en adultos diagnosticados con Celiaquía*

Nivel	Ambos sexos	
	Frecuencia	%
Mínima	29	58
Leve	6	12
Moderada	11	22
Grave	4	8
TOTAL	50	100

**Gráfico 1**



**Interpretación:**

Se muestra, en la Tabla 4, que “una mayor predominancia o prevalencia” de depresión en adultos con celiacía en el nivel ‘mínimo’ con un 58%, seguido

por el nivel 'moderado' con un 22%, que serán de atención para llegar a una respuesta a la investigación.

**Tabla 5**

*Comparar el nivel de Depresión en adultos diagnosticados con celiaquía según sexo*

		Baremos de depresión									
		1 Depresión mínima		2 Depresión leve		3 Depresión moderada		4 Depresión grave		Total	
		Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
SEXO	1 Varón	5	83.3%	1	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	6	100.0%
	2 Mujer	24	54.5%	5	11.4%	11	25.0%	4	9.1%	44	100.0%
	Total	29	58.0%	6	12.0%	11	22.0%	4	8.0%	50	100.0%

**Interpretación:**

Se evidencia, en la Tabla 5, que los hombres adultos con celiaquía alcanzaron un nivel de depresión mínima de 83.3% y las mujeres de 54.5%, otro dato que vamos sesgando para nuestro análisis final.

Por otro lado, se observa que las mujeres adultas con celiaquía obtuvieron un nivel de depresión grave de 9.1%, mientras que los hombres obtuvieron 0.0%. Lo que nos marca una diferencia con los resultados.

**Tabla 6**

Comparar el nivel de Depresión en adultos diagnosticados con celiaquía según el cumplimiento de la dieta sin gluten.

		Baremos de depresión									
		1 Depresión mínima		2 Depresión leve		3 Depresión moderada		4 Depresión grave		Total	
		Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
¿Sigues estrictamente una dieta libre de gluten?	1 Sí	23	54.8 %	6	14.3 %	9	21.4 %	4	9.5%	42	100.0 %
	2 No	6	75.0 %	0	0.0%	2	25.0 %	0	0.0%	8	100.0 %
	Total	29	58.0 %	6	12.0 %	11	22.0 %	4	8.0%	50	100.0 %

### Interpretación:

Se evidencia, en la Tabla 6, que los adultos con celiaquía que siguen una dieta libre de gluten alcanzaron un nivel de depresión mínimo de 54.8% y los que no siguen una dieta estricta sin gluten muestran una depresión mínima de 75.0%. respectivamente, otro dato que vamos sesgando para nuestro análisis final.

Asimismo, se observa que los adultos con celiaquía que mantienen una dieta libre de gluten obtuvieron un nivel de moderado de 21.4%, mientras que, los celíacos que no cumplen la dieta alcanzaron un 25%.

**Tabla 7**

Comparar el nivel de Depresión en adultos con celiacía según tiempo de diagnóstico.

		Baremos de depresión									
		1 Depresión mínima		2 Depresión leve		3 Depresión moderada		4 Depresión grave		Total	
		Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
¿Hace cuánto recibió el diagnóstico?	1 De 0 a 5 años	16	57.1 %	2	7.1 %	6	21.4 %	4	14.3 %	28	100.0 %
	2 De 5 a 10 años	7	50.0 %	3	21.4 %	4	28.6 %	0	0.0 %	14	100.0 %
	3 De 10 años a más	6	75.0 %	1	12.5 %	1	12.5 %	0	0.0 %	8	100.0 %
	Total	29	58.0 %	6	12.0 %	11	22.0 %	4	8.0 %	50	100.0 %

### Interpretación:

Se evidencia, en la tabla 7, que los adultos con celiacía que recibieron su diagnóstico de 0-5 años alcanzaron un nivel de depresión moderada de 21.4%, mientras que los que recibieron su diagnóstico de 5-10 años alcanzaron un nivel de depresión moderada de 28.6% y los que recibieron su diagnóstico de 10 años a más alcanzaron un nivel de depresión moderada de 12.5%.

Por otro lado, se observa que los adultos con celiacía que recibieron su diagnóstico entre los 0-5 años alcanzaron un nivel de depresión grave de 14.3%, mientras que, los de 5-10 años y los de 10 años ambos obtuvieron 0%.

**Tabla 8**

*Identificar las diferencias significativas de la depresión según sexo, cumplimiento de la dieta sin gluten y tiempo de diagnóstico en adultos con celiaquía.*

Pruebas de chi-cuadrado						
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	2,924 <sup>a</sup>	3	0.404	0.414		
Razón de verosimilitud	4.624	3	0.202	0.265		
Prueba exacta de Fisher	2.409			0.484		
Asociación lineal por lineal	2,482 <sup>b</sup>	1	0.115	0.145	0.075	0.045
N de casos válidos	50					

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,48.

b. El estadístico estandarizado es 1,575.

**Interpretación:**

En la tabla 8, se muestra la prueba Chi-Cuadrado aplicado a la variable depresión en pacientes con celiaquía según sexo. En este sentido, se observa un nivel de significancia de 0.484, lo que nos indica que no existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión de pacientes celíacos según sexo.

**Tabla 9**

Pruebas de chi-cuadrado						
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	2,418 <sup>a</sup>	3	0.490	0.505		
Razón de verosimilitud	3.967	3	0.265	0.409		
Prueba exacta de Fisher	1.522			0.752		
Asociación lineal por lineal	,778 <sup>b</sup>	1	0.378	0.471	0.252	0.107
N de casos válidos	50					

a. 5 casillas (62,5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,64.

b. El estadístico estandarizado es -,882.

**Interpretación:**

En la tabla 9, se muestra la prueba Chi-Cuadrado aplicado a la variable depresión en pacientes con celiaquía según dieta. Se encontró un nivel de significancia de 0.752, lo que nos indica que no existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión de pacientes celíacos según dieta.

**Tabla 10**

<b>Pruebas de chi-cuadrado</b>						
	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	5,896 <sup>a</sup>	6	0.435	0.452		
Razón de verosimilitud	7.299	6	0.294	0.415		
Prueba exacta de Fisher	4.911			0.550		
Asociación lineal por lineal	1,588 <sup>b</sup>	1	0.208	0.245	0.121	0.034
N de casos válidos	50					

a. 9 casillas (75,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,64.

b. El estadístico estandarizado es -1,260.

### **Interpretación:**

En la tabla 10, se muestra la prueba Chi-Cuadrado aplicado a la variable depresión en pacientes con celiaquía según tiempo de diagnóstico. Se halló un nivel de significancia de 0.550, lo que significa que no existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión de pacientes celíacos según tiempo de diagnóstico.

**Tabla 11**

Estadísticos de prueba <sup>a</sup>	
	Puntaje total de depresión
U de Mann-Whitney	82.000
W de Wilcoxon	103.000
Z	-1.494
Sig. asintótica(bilateral)	0.135
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,143 <sup>b</sup>

a. Variable de agrupación: SEXO

b. No corregido para empates.

**Interpretación:**

Se utilizó la U de Mann-Whitney para 2 muestras independientes con el objetivo de buscar las diferencias significativas de la variable depresión en pacientes adultos diagnosticados con celiaquía según sexo. En este sentido, se muestra el nivel de significancia de 0.135, lo cual nos indica que no se observa una diferencia significativa entre ambos sexos.

**Tabla 12**

Estadísticos de prueba <sup>a</sup>	
	Puntaje total de depresión
U de Mann-Whitney	136.500
W de Wilcoxon	172.500
Z	-0.835
Sig. asintótica(bilateral)	0.404
Significación exacta [2*(sig. unilateral)]	,412 <sup>b</sup>

a. Variable de agrupación: DIETA

b. No corregido para empates.

**Interpretación:**

Se utilizó la U de Mann-Whitney para 2 muestras independientes con el objetivo de buscar las diferencias significativas de la variable depresión en pacientes adultos diagnosticados con celiaquía según dieta sin gluten. Muestra un nivel de significancia de 0.404, lo cual nos indica que no hay diferencia significativa entre la dieta sin gluten.

**Tabla 13**

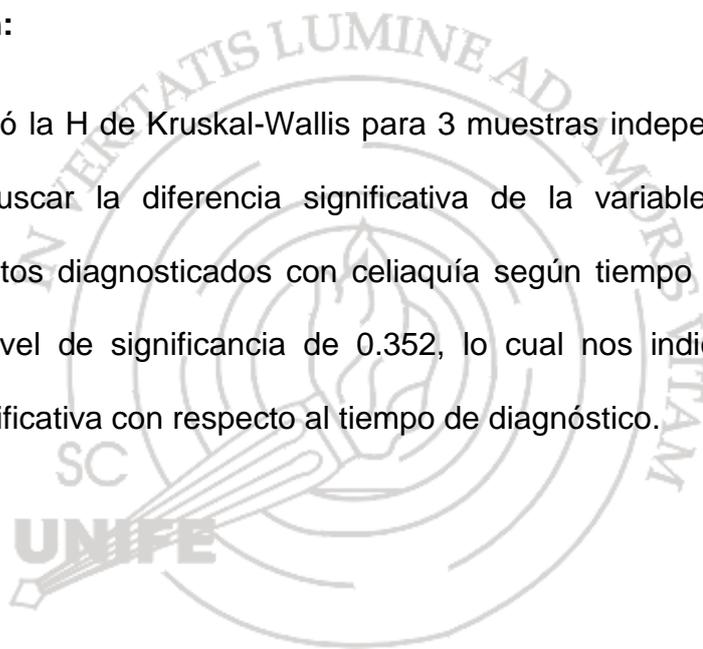
<b>Estadísticos de prueba</b>	
	Puntaje total de depresión
H de Kruskal-Wallis	2.090
gl	2
Sig. asintótica	0.352

a. Prueba de Kruskal Wallis

b. Variable de agrupación: ¿Hace cuánto recibió el diagnóstico?

**Interpretación:**

Se utilizó la H de Kruskal-Wallis para 3 muestras independientes con el objetivo de buscar la diferencia significativa de la variable depresión en pacientes adultos diagnosticados con celiaquía según tiempo de diagnóstico. Muestra un nivel de significancia de 0.352, lo cual nos indica que no hay diferencia significativa con respecto al tiempo de diagnóstico.



## CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación tuvo como objetivo principal comparar el nivel de depresión en adultos con celiacía según sexo, cumplimiento de la dieta sin gluten y tiempo de diagnóstico. Para ello, se administró la evaluación BDI-II, debido a que, según el análisis de fiabilidad efectuado, alcanzó un Alfa de Cronbach ( $\alpha$ ) de .926, lo cual indicó que el instrumento produce resultados sólidos y congruentes (Hernández – Sampieri y Mendoza, 2018).

Los resultados obtenidos de los instrumentos que aplicamos nos llevan a responder a los objetivos de investigación que planteamos, con algunos detalles descubiertos no previstos al inicio de esta, por lo que responderemos cada uno de los objetivos.

En relación con el primer objetivo, el cual es comparar el nivel de depresión según sexo, encontramos que, el 83.3% de los hombres alcanzó un nivel de depresión mínima, el 16.7% un nivel de depresión leve y ningún hombre alcanzó un nivel de depresión moderada y grave. Por otro lado, las mujeres alcanzaron un valor de 54% en el nivel de depresión mínima, el 11.4% un nivel de depresión leve, el 25% un nivel de depresión moderada y el 9.1% un nivel de depresión grave. Ello nos indica que las mujeres presentan valores más elevados en comparación a los hombres, ya que hay una predominancia alta en los niveles moderado y grave, mientras que en los hombres no se encontró a ninguno en esos niveles.

En relación con el segundo objetivo específico, se evidenció que los adultos con celiacía que cumplían con una dieta sin gluten, alcanzaron un valor de 54.8% en el nivel de depresión mínima, el 14.3% un nivel de depresión

leve, el 21.4% un nivel de depresión moderada y el 9.5% un nivel de depresión grave. Lo que nos indica que sus niveles de depresión no son elevados. Estos datos coinciden con un estudio realizado por Van Hees et al. (2013) el cual nos explica que mantener una dieta libre de gluten se asocia a menos síntomas depresivos. Por otro lado, también encontramos un estudio de Weitz et al. (2013) el cual nos muestra que, si el paciente lleva una adecuada dieta libre de gluten, se disminuye el riesgo de presentar depresión. Dichos estudios nos permiten complementar y corroborar nuestros resultados. Por otro lado, los adultos con celiaquía que no siguen una dieta sin gluten, alcanzaron un valor de 75% en el nivel de depresión mínima, el 12% un nivel de depresión leve, el 25% un nivel de depresión moderada y el 8% un nivel de depresión grave, lo que significa que sus niveles de depresión en el nivel moderado se encuentran más elevados en comparación a las personas con celiaquía que si cumplen con una dieta libre de gluten.

En función con el tercer objetivo, se halló que los adultos con celiaquía que recibieron el diagnóstico entre los 0 a 5 años alcanzaron un valor de 57.1% en el nivel de depresión mínima, el 7.1% un nivel de depresión leve, el 21.4% un nivel de depresión moderada y el 14.3% un nivel de depresión grave. Por otro lado, los adultos que recibieron el diagnóstico entre los 5 a 10 años, el 50% de ellos se ubicó en el nivel de depresión mínima, el 21.4% en el nivel depresión leve, el 28.6% en el nivel de depresión moderada y el 0% en el nivel de depresión grave. Asimismo, los adultos que recibieron el diagnóstico entre los 10 años a más, el 58% se encontraron en el nivel de depresión mínima, el 12.5% en el nivel de depresión leve, el 12.5% en el nivel de depresión moderada y el 0% en el nivel de depresión grave. Dichos resultados nos

indican que hay una mayor predominancia de depresión mínima, esto concuerda con un estudio de Van Hees et al. (2013) el cual expone que mantener una dieta sin gluten durante más de cinco años se asoció con menos síntomas depresivos en comparación con estar en una dieta durante menos de dos años. Asimismo, concluye que mantener la DSG durante más de 5 años se asocia con menos síntomas de depresión. Es importante resaltar que el 84% de nuestra muestra si sigue una dieta libre de gluten y según los resultados obtenidos hay una mayor prevalencia a presentar un nivel de depresión mínimo. Lo que nos demuestra que nuestra población en su mayoría si cumple con una dieta libre de gluten, por ende, sus niveles de depresión son bajos.

Nuestros resultados comprueban que hay una predominancia en el nivel de depresión mínimo, por ello se comprueba que la afectación solo ha llegado a niveles muy bajos, sin embargo, puede que ello se deba al cuidado y alimentación libre de gluten que ha seguido nuestra población a lo largo de su diagnóstico. De todas formas, es importante seguir mostrando un cuidado adecuado para que los niveles se mantengan y no pasar a afectaciones mayores.

## CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

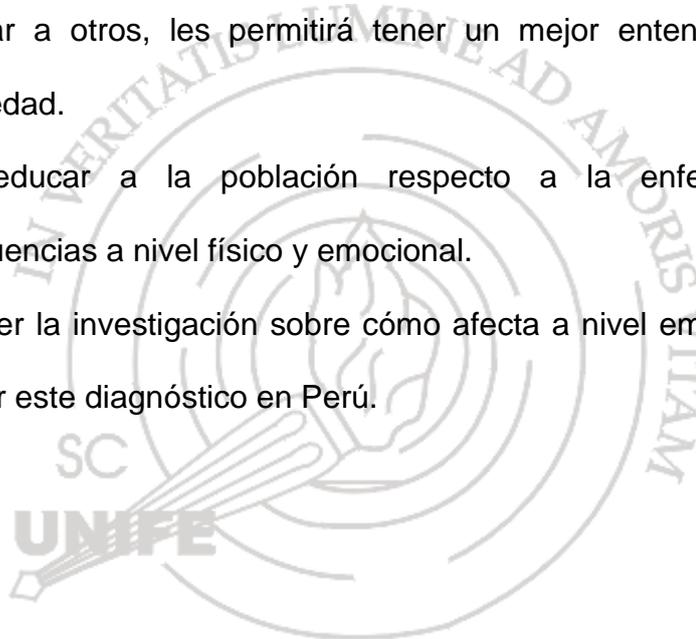
### 5.1 Conclusiones

- ✓ Según los puntajes obtenidos, los cuales varían entre 0 como el menor puntaje y 63 como el mayor puntaje, siendo el promedio 12.9, indicando que el promedio se encuentra en la categoría de depresión mínima.
- ✓ Se resuelve que los adultos con celiaquía alcanzaron una mayor predominancia en los niveles de depresión mínimo y moderado, respectivamente.
- ✓ Los hombres con celiaquía registraron una mayor prevalencia en los niveles de depresión mínimo y leve. Cabe mencionar que, en base a la muestra evaluada en el presente estudio, los varones no alcanzaron niveles de depresión moderada, ni grave.
- ✓ Las mujeres adultas con celiaquía obtuvieron una mayor predominancia en los niveles de depresión mínimo y moderado, siendo las únicas que alcanzaron el nivel grave de depresión.
- ✓ Las mujeres adultas con celiaquía, a diferencia de los hombres, obtuvieron puntajes en los rangos de depresión moderado y grave.
- ✓ Se concluye que las mujeres tienen niveles más altos de depresión que los hombres, sin embargo, no se encontró una diferencia significativa, debido a que la muestra de hombres fue reducida.
- ✓ Se observa que los hombres tienen mayor predominancia en la depresión mínima, mientras que las mujeres tienen mayores niveles de depresión en los rangos leves, moderados y graves.

- ✓ Se encontró que adultos que si siguen una dieta libre de gluten tienen un menor porcentaje de depresión en la categoría mínima y moderada en comparación con los sujetos que no se cuidan en su alimentación.
- ✓ Se observó que las personas que recibieron el diagnóstico entre los 5 a 10 años y de 10 a mas no alcanzaron un nivel de depresión grave, mientras que las personas que recibieron un diagnóstico entre los 0 a 5 años si llegaron a alcanzar un nivel de depresión grave
- ✓ Cabe resaltar que los ítems que obtuvieron mayores puntajes, son característicos de las personas con celiaquía, por lo que se relacionan directamente.
- ✓ Según nuestra muestra aplicada se encontró una mayor población de mujeres que tienen el diagnóstico de enfermedad celíaca, lo cual se corrobora con las investigaciones encontradas.
- ✓ No existe diferencia significativa en la variable depresión en las personas con celiaquía, según sexo.
- ✓ No existe diferencia significativa en la variable depresión en las personas con celiaquía, según cumplimiento de la dieta sin gluten.
- ✓ No existe diferencia significativa en la variable depresión en las personas con celiaquía, según tiempo de diagnóstico.
- ✓ No existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión de pacientes celíacos, según sexo.
- ✓ No existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión de pacientes celíacos, cumplimiento de la dieta sin gluten.
- ✓ No existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de depresión de pacientes celíacos, según tiempo de diagnóstico.

## 5.2 Recomendaciones

- Aplicar programas de intervención que permitan a las personas con celiaquía tener una mejor calidad de vida.
- Promover el acompañamiento psicológico desde el momento del diagnóstico, ya que esto favorecerá el proceso de adaptación al nuevo estilo de vida.
- Fomentar grupos de apoyo con el fin de que puedan expresar experiencias y sentimientos en un espacio adecuado. Por otro lado, el escuchar a otros, les permitirá tener un mejor entendimiento de su enfermedad.
- Psico educar a la población respecto a la enfermedad y las consecuencias a nivel físico y emocional.
- Promover la investigación sobre cómo afecta a nivel emocional y social el recibir este diagnóstico en Perú.



## REFERENCIAS

- Arciniega, J. (2005). En la transición a la edad adulta. Los adultos emergentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 145-160.
- Arigo D, Anskis AM, Smyth JM. Psychiatric comorbidities in women with celiac disease. *Chronic Illn.* 2012 Mar;8(1):45-55. doi: 10.1177/1742395311417639. Epub 2011 Sep 20. PMID: 21933881.
- Baldera, K., Chaupis-Meza, D., Cárcamo, C., Holmes, K., & García, P. (2020). Seroprevalencia poblacional de la enfermedad celíaca en zonas urbanas del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37, 63-66.
- Biochefdaisy (12 de octubre del 2017). ¿Qué es la enfermedad celíaca? <https://daielena.blogspot.com/2017/>
- Boeree, G. (1994). *Teorías de la personalidad Erik Erikson*. Academia. [https://www.academia.edu/9160794/Erik\\_Erikson\\_1902\\_1994?from=cover\\_page](https://www.academia.edu/9160794/Erik_Erikson_1902_1994?from=cover_page)
- Borja, M. (19 de abril de 2021). La relación entre la enfermedad celiaca y la salud mental. ¿Cómo puede afectar tener celiaquía a nivel psicológico? *Salud*. <https://www.20minutos.es/noticia/4654963/0/intolerancia-al-gluten-y-salud-mental-como-afecta-la-celiaquia-a-nivel-psicologico/>
- Calle, I., Ros, G., Peñalver, R., & Nieto, G. (2020). Enfermedad celiaca: causas, patología y valoración nutricional de la dieta sin gluten. Revisión. *Nutricion hospitalaria*, 37(5), 1043-1051.

Carta, MG, Conti, A., Lecca, F., Sancassiani, F., Cossu, G., Carruxi, R., Boccone, A., Cadoni, M., Pisanu, A., Francesca Moro, M., & Demelia, L. (2015). La carga de los trastornos depresivos y bipolares en la enfermedad celíaca. *Práctica clínica y epidemiología en salud mental: CP & EMH*, 11, 180–185. <https://doi.org/10.2174/1745017901511010180>

Cerezo, F. J. M., Castillejo, G., Guillen, N., Morente, V., Simó, J. M., Tena, F. J., ... & Pascual, D. (2014). Alteraciones psicológicas en pacientes con enfermedad celiaca del adulto. *Gastroenterología y Hepatología*, 37(4), 240-245.

Clemos, S. (2019). Enfermedad celíaca, ¿cuándo debemos sospecharla? FEA Medicina Interna. Hospital Reina Sofía. Tudela. <https://zonahospitalaria.com>

Clínica Universidad de Navarra. (2021). Enfermedad Celíaca: causas, síntomas y tratamiento. <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/enfermedad-celiaca>.

Coryell, W. (2020). Trastornos depresivos. Manual MSD versión para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es-pe/professional/trastornos-psiquiaticos/trastornos-del-estado-de-anim/trastornos-depresivos>

Coryell, W. (marzo del 2020). Trastornos depresivos. MD, Carver College of Medicine at University of Iowa. <https://www.msdmanuals.com/es>

pe/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/trastornos-depresivos

CuídatePlus (26 de mayo del 2021). Celiaquía.

<https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/digestivas/celiaquia.html>

Cuyubamba, N . (2004). Conocimientos y actitudes del personal de salud,

hacia la aplicación de las medidas de bioseguridad, hospital “Félix

Mayorca Soto” Tarma. [Tesis de Pregrado, Universidad Nacional Mayor

de San Marcos]. Repositorio Institucional de la Universidad Mayor de

San Marcos.

[https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/cuyubamba\\_dn/resumen.pdf](https://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/cuyubamba_dn/resumen.pdf)

Dahad, J., Rivadeneira., & Minici, A. (2002). La Depresión desde la perspectiva

Cognitivo Conductual. <http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>

De Vita, V (6 de mayo del 2016). Las mujeres son más propensas a la

celiaquía. Los Andes. <https://www.losandes.com.ar/las-mujeres-son-mas-propensas-a-la-celiaquia/>

En Salud, M. (2005). Mental dirigido a trabajadores de primer nivel de atención.

Módulo 6: La depresión/Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud; Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Facultad de Salud Pública y Administración “Carlos Vidal Layseca”.

Unidad de Salud Mental. Lima: Ministerio de Salud.

[http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/208\\_PROM14.pdf](http://bvs.minsa.gob.pe/local/PROMOCION/208_PROM14.pdf)

- Fernández, R. C., Muñoz, B. Á., Rodríguez, S. F., & Alba, R. H. (2005). Promoción de la salud basada en la evidencia: ¿realmente funcionan los programas de salud comunitarios?. *Atención primaria*, 35(9), 478.
- Galindo, C. (2018). Bienestar Psicológico en Pacientes Diagnosticados con Celiaquía. [Tesis inédita de licenciatura, Universidad Rafael Landívar] Guatemala.  
<http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/42/Galindo-Cristina.pdf>
- Gómez Chipana, E. (2020). Análisis correlacional de la formación académico-profesional y cultura tributaria de los estudiantes de Marketing y Dirección de Empresas. *Revista Universidad y Sociedad*, 12(6), 478-483.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. (2013). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia. [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/10/gpc\\_534\\_depresion\\_adulto\\_avaliat\\_compl\\_cad\\_uc.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2020/10/gpc_534_depresion_adulto_avaliat_compl_cad_uc.pdf)
- Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10: Clasificación de los Trastornos Mentales y del Comportamiento. Ed. Médica Panamericana, 2000.
- Guillen Calvo, J., & Ordoñez Campos, R. (2018). Depresión y ansiedad en pacientes adultos en hemodiálisis de un hospital nacional de la policía nacional del Perú.
- Guillen Calvo, J., & Ordoñez Campos, R. (2018). Depresión y ansiedad en pacientes adultos en hemodiálisis de un hospital nacional de la policía nacional del Perú.

<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1199/TESIS-Guillen-Ordonez.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación: Las rutas: cuantitativa, cualitativa y mixta. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.  
<http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/handle/54000/1292>

<http://cetecic.com.ar/revista/pdf/la-depresion-desde-la-perspectiva-cognitivo-conductual.pdf>

Lou Mur, S., & Calvo Medel, D. (2021). Trastorno depresivo en la enfermedad celíaca. Zona Hospitalaria. <https://zonahospitalaria.com/trastorno-depresivo-en-la-enfermedad-celiaca/>.

Lou, S., & Calvo, D. (agosto del 2019). Trastorno depresivo en la enfermedad celíaca. Zona hospitalaria. <https://zonahospitalaria.com/trastorno-depresivo-en-la-enfermedad-celiaca/>

Mata, L. (30 de junio del 2019). Diseños de investigaciones con enfoque cuantitativo de tipo no experimental. Investigalia. <https://investigaliacr.com/investigacion/disenos-de-investigaciones-con-enfoque-cuantitativo-de-tipo-no-experimental/>

Mayo Clinic. (2017). Trastorno de ansiedad generalizada. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/generalized-anxiety-disorder/diagnosis-treatment/drc-20361045>

Mayo Clinic. (2018). Trastornos de ansiedad. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/anxiety/symptoms-causes/syc-20350961>

Mayo Clinic. (2021). Celiacía - Diagnóstico y tratamiento.  
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/ceciac-disease/diagnosis-treatment/drc-20352225>.

Mayo Clinic. (2021). Celiacía - Síntomas y causas  
<https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/ceciac-disease/symptoms-causes/syc-20352220>.

MedlinePlus en español [Internet] Celiacía; [actualizado 09 set. 2020]  
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000233.htm>

MedlinePlus en español [Internet] Depresión; [actualizado 5 octubre del 2020]  
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003213.htm>

MedlinePlus enciclopedia médica. (2021).  
Celiacía.  
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000233.htm#:~:text=La%20enfermedad%20cel%C3%ADaca%20es%20una,centeno%20y%20posiblemente%20la%20avena>.

MedlinePlus. (2021). Depresión.  
<https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/003213.htm>

Mejia Calle, E. (2021). PREVALENCIA DE LA DEPRESIÓN Y PROCRASTINACIÓN EN PACIENTES AMBULATORIOS POR EFECTO DEL TELETRABAJO, LIMA 2020.  
<http://repositorio.autonmadeica.edu.pe/bitstream/autonmadeica/718/1/Eugenia%20Mejia%20Calle.pdf>

Menijes, L. (2005). Ansiedad en poblaciones de estudiantes universitarios argentinos y estadounidenses. [Tesis Doctoral, Universidad de Palermo]

Argentina. Repositorio institucional de la Universidad de Palermo.  
[https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1769/Menijes%20de%20Libertum\\_Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://dspace.palermo.edu/dspace/bitstream/handle/10226/1769/Menijes%20de%20Libertum_Tesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Metodología de la Investigación. Capítulo III. [Recuperado 5 de mayo. 2022]  
[http://catarina.udlap.mx/u\\_dl\\_a/tales/documentos/lad/hernandez\\_s\\_j/capitulo3.pdf](http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/hernandez_s_j/capitulo3.pdf)

Miró, M., Alonso-Garrido, M., Lozano, M., & Manyes, L. (2020). Estudios clínicos sobre la enfermedad celíaca (2014-2019): revisión sistemática de la prevalencia de la presentación clínica y enfermedades asociadas por edades. *Revista Española de Nutrición Humana y Dietética*, 24(3), 234-246.

Miró, M., Lozano, M., Font, G., & Manyes, L. (2018). Una actualización sobre las manifestaciones clínicas y el diagnóstico de la enfermedad celíaca. *Toxicología*, 38, 12-21.

Moscoso, F. y Quera, P. (2016). Enfermedad celíaca. Revisión. *Revista médica de Chile*, 44(2), 211-221. <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v144n2/art10.pdf>

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (2021). *Enfermedad celíaca*. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-digestivas/enfermedad-celiaca>.

National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. (octubre del 2020). *Definición y hechos de la enfermedad celíaca*. <https://www.niddk.nih.gov/health-information/informacion-de-la->

salud/enfermedades-digestivas/enfermedad-celiaca/definicion-  
informacion

Navarro-Jiménez, E., Laborde-Cárdenas, C., Gómez-Méndez, P., & Fontalvo Morales, R. (2016). Implementación de la Guía de Práctica Clínica (GPC) para la detección temprana, diagnóstico y atención integral del episodio depresivo y trastorno depresivo recurrente en adultos en el Hospital Universitario Cari ESE Neurociencias de Barranquilla (Colombia). *Revista Salud Uninorte*, 32(3), 429-435.

Navas, W., & Vargas, M. (2012). Trastornos de ansiedad: Revisión dirigida para atención primaria. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*.  
<https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/604/art11.pdf>

Organización Mundial de la Salud. [OMS]. (2016, 13 de abril). La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento del 400%.  
<https://www.who.int/es/news/item/13-04-2016-investing-in-treatment-for-depression-and-anxiety-leads-to-fourfold-return>

Organización Panamericana de la Salud. Depresión.  
<https://www.paho.org/es/temas/depresion>

Organización Panamericana de la Salud.  
<https://www.paho.org/es/temas/depresion>

Parada, A. y Araya, M. (2010). El gluten. Su historia y efectos en la enfermedad celíaca. *Revista médica de Chile*, 138, 1319-1325.  
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v138n10/art%2018.pdf>

- Papalia, D., Sterns, H., Feldman, R., & Camp, C. (2009), *Desarrollo del Adultos y Vejez*. Tercera Edición. Traducido al español por McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. De C.v.
- Pérez, L. (2021). ¿Qué es la celiaquía? <https://celicidad.net/que-es-la-celiaquia/>.
- Pérez, L. (2021). *Celiaquía y depresión, antes y después del diagnóstico*. <https://celicidad.net/celiaquia-y-depresion/>.
- Polanco, I., Montoro, M., Fernández, F., & Arranz, E. (2018). Protocolo para el diagnóstico precoz de la enfermedad celíaca. *Gobierno de Canaria, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Servicio de Evaluación del Servicio Canario de la Salud (SESCS)*.
- Prevalencia de depresión en pacientes adultos con enfermedad celíaca  
Carolina Weitz R.<sup>1</sup>, Mathias Brain S.<sup>1</sup> , Paula De la Barra C.<sup>1</sup>, Salomé Iglesias B.<sup>1</sup>, Matías Deck L.<sup>1</sup> y Pilar Rojas H
- Rápida, G. (2007). Guía de práctica clínica para el manejo de pacientes con trastornos de ansiedad en Atención Primaria.
- Rodríguez, L. (2010). Enfermedad celíaca. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Oviedo. Madrid. [https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/infnMedic/docs/vol34n2enfCeliaca.pdf](https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infnMedic/docs/vol34n2enfCeliaca.pdf)
- Rubio-Tapia, A., Jansson-Knodell, C. L., Rahim, M. W., See, J. A., & Murray, J. A. (2016). Influencia del género en la presentación clínica y

enfermedades asociadas en adultos con enfermedad celíaca (EC). *Gaceta Médica de México*, 152(S2), 38-46.

Salazar, A. M., Reyes, M. F., Plata, S. J., Galvis, P., Montalvo, C., Sánchez, E., ... & Ríos, J. (2015). Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurol Colomb*, 31(2), 176-183.

SANIDAD, S. S. E. I. (2014). Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto.

Sanjinés, L.; Martínez, M. y Magliano, J. Dermatitis herpetiforme como carta de presentación de la enfermedad celíaca. *Revista Uruguaya de Medicina Interna*, 1(1), 5-11. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rumi/v1n1/v1n1a03.pdf>

Saviano, J. A. M., Carvajal, W. P., Calderón, D. S., Más, E. S. S., & Loría, D. S. (2019). Generalidades de Enfermedad Celiaca y abordaje diagnóstico. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica*, 9(1), 64-69.

Soriano, C. (2012, 20 de abril). Celíacos: la enfermedad de los que no toleran el gluten. *RPP Noticias*. <https://bit.ly/3lnmfjK>

Smith DF, Gerdes LU. Meta-analysis on anxiety and depression in adult celiac disease. *Acta Psychiatr Scand*. 2012 Mar;125(3):189-93. doi: 10.1111/j.1600-0447.2011.01795.x. Epub 2011 Nov 30. PMID: 22128768.

Terroso, A. G., Gea Serrano, A., Martínez Maurandi, J., Pedreño Planes, J., & Pujalte Martíne, L. (2009). Guía de práctica clínica de los trastornos

depresivos. Sudirección General de Salud Mental y Subdirección General de Atención Primaria, Urgencia y Emergencias Servicio Murciano de Salud. Región de Murcia, Consejería de Sanidad.

TopMedic. (21 de abril del 202). La relación entre la enfermedad celiaca y la salud mental. ¿cómo puede afectar tener celiaquía a nivel psicológico. <https://topmedic.co/index.php/2021/04/21/la-relacion-entre-la-enfermedad-celiaca-y-la-salud-mental-como-puede-afectar-tener-celiaquia-a-nivel-psicologico/>

Tortella, M. (2014). Los Trastornos de Ansiedad en el DSM-5. Revista Iberomericana de Psicopatología y Psicología Psicosomática. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4803018.pdf>

Van Hees NJ, Van der Does W, Giltay EJ. Coeliac disease, diet adherence and depressive symptoms. *J Psychosom Res.* 2013 Feb;74(2):155-60. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.11.007. Epub 2012 Dec 6. PMID: 23332531.

Weitz, R., Brain, S., De la Barra, C., Iglesias, B., Deck, L., & Rojas, H. (2013). Prevalencia de depresión en pacientes adultos con enfermedad celíaca. *Gastroenterol. latinoam*, 9-13.

## APÉNDICES

APÉNDICE A: CONSENTIMIENTO INFORMADO

APÉNDICE B: PERMISO DE LOS AUTORES



## APÉNDICE A

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado(a) participante, te saluda Moira Abusada Sarquis y Katherine Hernandez Vallejos, bachilleres en psicología por la Universidad Femenina del Sagrado Corazón. Actualmente, nos encontramos realizando una investigación, para obtener el título profesional. Nuestro objetivo es determinar los niveles de depresión en los adultos diagnosticados con Celiacía entre las edades de 18 a 60 años de edad.

Toda la información del estudio será confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera del mismo. Sus datos personales no aparecerán en ningún documento del estudio.

Su participación es estrictamente voluntaria. Igualmente, puede retirarse del mismo en cualquier momento sin que esto lo perjudique de ninguna forma.

Si desea hacer preguntas o consultas puede hacerlas a estos correos: [kathyhernandezvallejos@gmail.com](mailto:kathyhernandezvallejos@gmail.com) - [741moira@gmail.com](mailto:741moira@gmail.com)

Desde ya le agradecemos su participación.

## APÉNDICE B

### PERMISO DE AUTORES

Se obtuvo el permiso a través de la editorial “Ediciones Libro Amigo”, quien es el representante autorizado en el Perú de la Editorial Pearson de España para la utilización de la prueba BDI-II. Evaluación breve de la existencia y severidad de síntomas depresivos, de Aaron Beck, R.A. Steeler y G.K. Brown. Así mismo, el permiso fue enviado en documento pdf por medio de un correo.

