



**UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN DEL URUGUAY**

**LICENCIATURA EN NUTRICIÓN**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS “DR. BARTOLOME VASSALLO”**

“ALTERACIONES ALIMENTARIAS POR EXCESO EN PACIENTES  
INSTITUCIONALIZADOS CON ESQUIZOFRENIA, DEL HOSPITAL DE SALUD  
MENTAL DR. LUIS A. ELLERMAN, DE LA CIUDAD DE ROSARIO DEL TALA,  
ENTRE RIOS, ARGENTINA, DURANTE EL PERÍODO DE MARZO – AGOSTO  
2017”

Tesina presentada para completar los requisitos del Plan de Estudios de la  
Licenciatura en Nutrición

**AUTOR:** CYNTHIA J. OVIEDO, TÉCNICA EN NUTRICIÓN

**DIRECTOR:** MARÍA JULIANA PULIDO, LIC. EN NUTRICIÓN

**CO – DIRECTOR:** GRACIELA DEL VALLE AHUMADA, LIC. EN  
PSICOLOGÍA

Concepción del Uruguay, Entre Ríos, Argentina

10/2017

*“Las opiniones expresadas por el autor de esta Tesina no representa necesariamente los  
criterios de la Carrera de Licenciatura en Nutrición de la Universidad de Concepción del Uruguay”*

## AGRADECIMIENTOS

*A toda mi familia, pero especialmente agradezco a mi mamá Mariela, mi hermana Nadia y a mis adorados Abuelos, Omar e Iderla, que con mucho amor me inculcaron a ser mejor persona y a luchar por los sueños...*

*A mis amigas del alma, que estuvieron siempre que las necesité y nunca dejaron que baje los brazos...*

*A mis compañeras de facultad, y a mis profesoras que me acompañaron en todos estos años sumando granitos de arena para mi enseñanza...*

*A mi Directora de tesis Lic. en Nutrición María Juliana Pulido y mi Co-Directora de tesis Lic. Ahumada Graciela del Valle, que con su paciencia, tiempo y dedicación me apoyaron en esta larga y hermosa investigación no dejándome renunciar a mis objetivos propuestos...*

*A mis Evaluadoras, Lic. En Nutrición Brenda Karen Ayala, Lic. Florencia Pitter y Prof. María Córdoba Tourfini, que eligieron mi tesis y dedicaron su humilde tiempo en enseñarme a mejorar mi educación universitaria...*

*Y por último, quiero agradecer humildemente a la Lic. Miriam Concenteroni, actual Directora del Hospital Luis A. Ellerman, de la Ciudad de Rosario del Tala, Entre Ríos, Argentina, por abrirme las puertas del Hospital para poder hacer este trabajo de investigación. Y por supuesto, agradecer a todas aquellas personas que trabajan allí, y que con su enorme corazones me dieron una mano para que esta investigación sea posible, entre ellos, Lic. en Nutrición Liliana Ascaino, Cocineros, Psicólogos, Enfermeros, Usuarios.*

*A todos ellos, Muchas Gracias, desde el fondo de mi Corazón!*

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

## DEDICATORIAS

Esta tesina está dedicada especialmente a todas aquellas personas con trastornos psiquiátricos que padecen de alguna o varias alteraciones nutricionales y que por problemas sociales, económicos, culturales o políticos, no encuentran un tratamiento digno para su enfermedad.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

***Nise da Silveira***



Foto Nº1: Mural pintado en la pared de la sala de terapia ocupacional en el Hospital Dr. Luis A. Ellerman.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

***Nise da Silveira***

## ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS .....	2
DEDICATORIAS .....	3
ÍNDICE.....	4
ÍNDICE DE TABLAS .....	7
RESUMEN .....	10
CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCIÓN.....	11
1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN .....	13
2. ANTECEDENTES .....	17
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	21
4. OBJETIVOS.....	21
4.1 objetivo general .....	21
4.2 objetivos específicos.....	21
5. HIPÓTESIS.....	21
6. MARCO TEÓRICO.....	22
6.1 ALTERACIONES ALIMENTARIAS.....	22
6.1.1 ALTERACIONES POR EXCESO .....	22
6.1.1.1 Sobrepeso y Obesidad .....	22
6.1.1.2 diabetes tipo 2 .....	26
6.1.1.3 Hipertensión arterial.....	28
6.2 PADECIMIENTO MENTAL.....	31
6.2.1 Esquizofrenia (cod. – f20) .....	33
7. FACTORES INTERVINIENTES EN LAS ALTERACIONES ALIMENTARIAS....	36
7.1 Medicación: .....	36

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

7.1.1 Clasificación de las drogas que se utilizan en el tratamiento de la esquizofrenia.....	38
7.1.1.1 Psicofármacos .....	38
7.1.1.1.2 Drogas Antipsicóticos.....	38
Inhibidores de la recaptación de serotonina.....	41
7.1.1.3 Drogas antidepresivas .....	41
7.1.1.4 Antidepresivos tricíclicos.....	41
7.1.1.5 Carbonato de litio.....	42
7.1.1.6 Ansiolítico e hipnóticos .....	43
7.1.1.2 Drogas anticonvulsionantes .....	43
7.1.1.2.1 Ácido Valproico.....	43
7.1.1.2.2 Gabapentin .....	43
7.1.1.2.3 Lamotrigina .....	43
7.1.1.2.4 Carbamacepina.....	44
7.2 sedentarismo .....	44
7.3 voracidad por la comida – hambre emocional.....	45
8. METODOLOGÍA .....	47
8.1 Localidad .....	47
8.2 Fecha de realización.....	47
8.3 Tipo de investigación .....	47
8.4 Tipo de estudio .....	47
8.5 Población.....	47
8.6 Muestra .....	48
8.7 Objeto de estudio.....	48

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

8.8 Criterios de exclusión.....	48
8.9 Criterios de inclusión.....	48
8.10 Variables de estudio y operacionalización .....	48
8.11 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	49
8.12 Formulario de encuestas .....	49
8.13 Registro de entrevista .....	49
8.14 Rol del investigador .....	49
9. RESULTADOS ALCANZADOS .....	51
10. DISCUSIÓN .....	57
11. CONCLUSIONES.....	59
12. RECOMENDACIONES .....	61
13. BIBLIOGRAFÍA .....	62
14. ANEXO I .....	65
Encuesta 1 .....	65
Encuesta 2 .....	67
Entrevistas a informantes claves: .....	69
ANEXO II .....	72
Diagrama de Gantt.....	72
Anexo III.....	73
diagrama de gantt .....	73
Carta de consentimiento .....	74

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

## ÍNDICE DE TABLAS

Foto N°1: Mural pintado en la pared de la sala de terapia ocupacional en el Hospital Dr. Luis A. Ellerman.....	3
Tabla N°I: “Diagnóstico del grado de Obesidad, según IMC, y clasificación del riesgo”.....	25
Tabla N°II: “Puntos de corte para el diagnóstico de Diabetes” .....	28
Tabla N°III: “Comparación de una Droga y su efecto con el riesgo de desarrollar diabetes y empeorar el perfil lipídico” .....	39
Tabla N° IV: “Tipos de Antidepresivos y su relación con el aumento de peso” ....	42
Tabla N° V: “Acción sobre el peso corporal producido por drogas anticonvulsivantes de uso frecuente” .....	44
Tabla N°VI: “Población de pacientes Esquizofrénicos discriminando género” .....	51
Tabla N° VII: “Población con sobrepeso discriminando género” .....	51
Gráfico I: “Porcentaje de esquizofrénicos con sobrepeso discriminando hombres y mujeres”.....	51
Tabla N°VIII: “Población con Obesidad I, II y III, discriminando género”.....	52
Gráfico N°II: “Porcentaje de pacientes esquizofrénicos con Obesidad I, II y III, en hombres y mujeres” .....	52
Tabla N°IX: “Población con hipertensión arterial discriminando género”.....	52
Gráfico N°III: “Porcentaje de pacientes esquizofrénicos con hipertensión arterial” .	52
Tabla N°X: “Población con diabetes tipo 2 discriminando género” .....	53
Gráfico N°IV: “Porcentaje de pacientes esquizofrénicos con diabetes tipo 2ª.....	53
Tabla N°XI: “incidencia de las alteraciones alimentarias presentes en pacientes esquizofrénicos”.....	53
Gráfico N°V: “Incidencia de las alteraciones alimentarias en pacientes esquizofrénicos”.....	53
Tabla N° XII: “Factores interviniente: medicación en las alteraciones alimentarias de los pacientes esquizofrénicos” .....	54

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

Gráfico N°VI: “Factor medicación en alteraciones alimentarias en pacientes esquizofrénicos”.....	54
Tabla N° XIII: “Factor Sedentarismo presente en las alteraciones alimentarias en pacientes Esquizofrénicos” .....	55
Gráfico N° VII: “Porcentaje de pacientes esquizofrénicos sedentarios discriminando género” .....	55
Tabla N° XIV: “Factor Hambre emocional presente en las alteraciones alimentarias en pacientes Esquizofrénicos” .....	55
Gráfico N° VIII: “Factor Hambre emocional en alteraciones alimentarias en pacientes esquizofrénicos”.....	55
Tabla N° XV: “Grado de incidencia de la medicación y las alteraciones que presentan los pacientes esquizofrénicos” .....	56
Gráfico N° IX: “Grado de incidencia de la medicación y las alteraciones alimentarias por exceso en pacientes esquizofrénicos” .....	56

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***



*“Practicar el arte de la vida, hacer de la propia vida una <<obra de arte>>, equivale en nuestro mundo moderno líquido a permanecer en un estado de transformación permanente, a redefinirse perpetuamente transformándose (o al menos intentándolo) en alguien distinto del que se ha sido hasta ahora. <<Transformarse en alguien distinto>> equivale, sin embargo, a dejar de ser el que se ha sido hasta entonces, a destruir y sacarse de encima la vieja forma, como una serpiente muda la piel o un marisco su caparazón; a rechazar, una a una, las máscaras gastadas que el flujo constante de oportunidades <<nuevas y mejoradas>> en oferta ha demostrado que están agotadas, que son demasiado estrechas o que no han sido tan plenamente satisfactorias como lo eran en el pasado”.*

(Zigmunt Bauman: “El arte de la vida”)

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

## RESUMEN

En pacientes esquizofrénicos los Antipsicóticos están considerados como las drogas de mayor ventaja en el tratamiento de las psicosis. Sin embargo, pueden provocar un trastorno importante en el peso, en la homeostasis de la glucosa y de los lípidos. La obesidad es un factor importante en la patogenia de la Diabetes Mellitus y de Hipertensión arterial.

**OBJETIVO:** Analizar las alteraciones alimentarias que presentan los pacientes con esquizofrenia, describir los diferentes factores que intervienen en estas alteraciones, y determinar el grado de incidencia de cada uno.

**MÉTODO:** Encuestas y entrevistas.

**RESULTADOS:** La incidencia de las alteraciones alimentarias por exceso en pacientes esquizofrénicos en promedio es de 99%. Siendo los factores interviniente de las mismas, la medicación, el sedentarismo y el Hambre emocional.

**CONCLUSIÓN:** Se puede concluir que la gran mayoría de los pacientes Esquizofrénicos presentan alguna alteración metabólica causando enfermedades como Diabetes tipo 2, Obesidad e Hipertensión arterial a consecuencia de los Antipsicóticos consumidos de manera crónica, de la manera en que se alimentan específicamente hablando del “Hambre emocional” y por el Sedentarismo.

**PALABRAS CLAVE:** Esquizofrenia, Psiquiatría, Sobrepeso, Obesidad, Diabetes tipo 2, Hipertensión, Hambre Emocional, Sedentarismo, Antipsicóticos atípicos.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

## CARACTERÍSTICAS DE LA INSTITUCIÓN

El Hospital Neuropsiquiátrico “Dr. Luis A. Ellerman” es creado en el año 1937, con el nombre de “Refugio de Alienados”. Este nombre no es arbitrario, sino, más bien, define sus características: un asilo para todos los despojados sociales, y marginados en general.

Su primer director es el Doctor Enrique Rozados, y la institución comienza a funcionar con 20 pacientes internados, teniendo capacidad para albergar a 40.

Durante más de 10 años el Hospital cuenta con un solo pabellón de internación. En el año 1949 se inaugura el pabellón N°2 con un total de 50 pacientes.

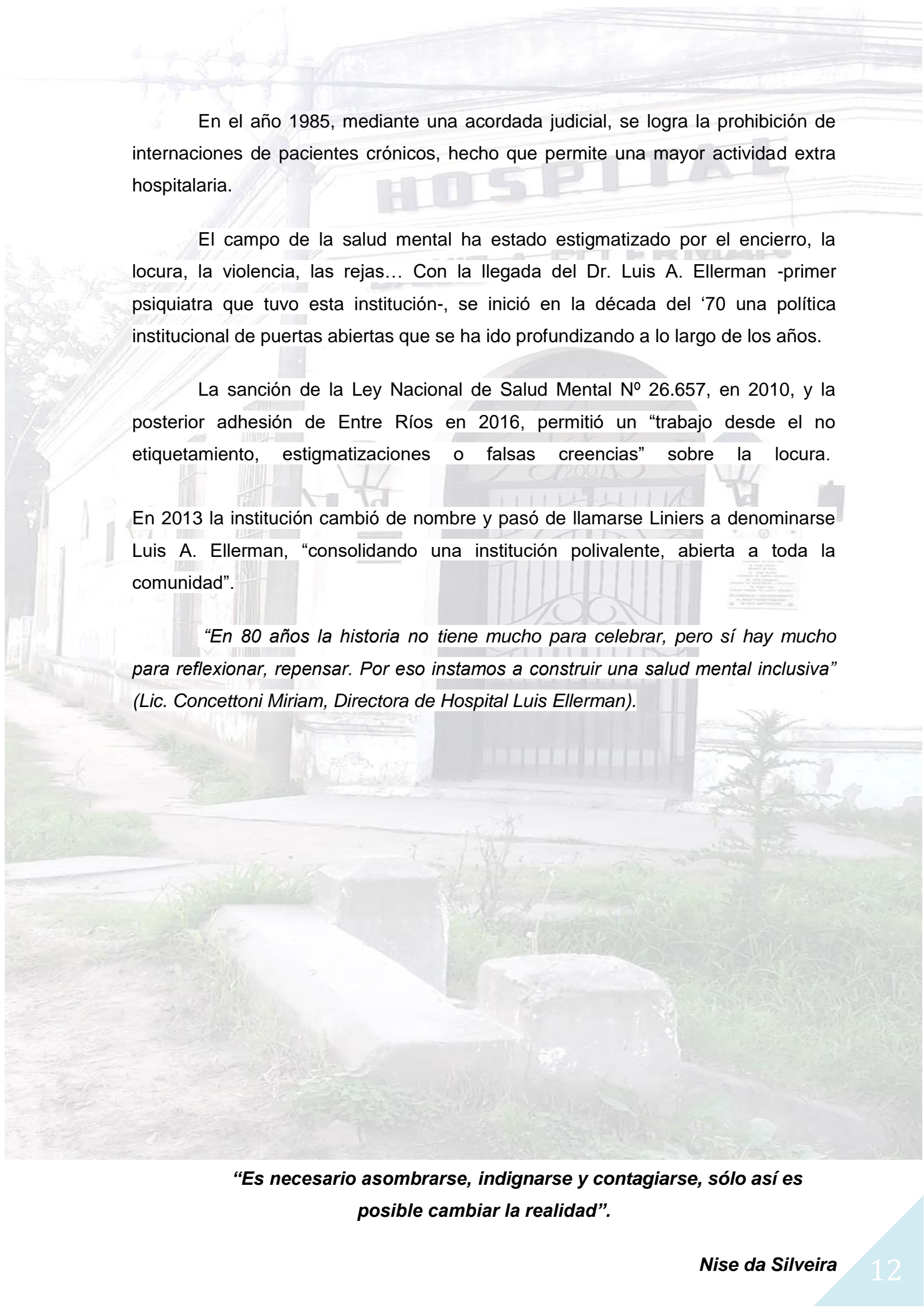
Hasta mediados de la década del `50 es el único Hospital Psiquiátrico de la Provincia de Entre Ríos. Siempre albergando a pacientes de sexo masculino, y llega a contar con 140 personas internadas.

En 1971 es designado el primer psiquiatra del establecimiento, Dr. Luis A. Ellerman, y a partir de allí comienza una lucha por la transformación manicomial que, con vaivenes diversos, continúa hasta nuestros días. A partir de ese año el Hospital queda de puertas abiertas; es decir, se sacan los tapias, y se bajan los tejidos. El contacto entre los pacientes y la sociedad era nulo. Luego del ingreso del Doctor, se los fue insertando de a poco en la sociedad.

*Los trabajadores de la época lo resume de la siguiente manera: “El último tiempo hubo un gran cambio, otro tratamiento, se hizo otro trabajo distinto..Se suprimió el chaleco de fuerza, el calabozo, las inyecciones de bismuto, el alambrado, todo eso..”*

En 1984 por primera vez en la historia del Hospital, y coincidiendo con el retorno a un sistema político constitucional, asume como Director del establecimiento un médico psiquiatra, el cual se desempeñó en la institución durante 13 años.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***



En el año 1985, mediante una acordada judicial, se logra la prohibición de internaciones de pacientes crónicos, hecho que permite una mayor actividad extra hospitalaria.

El campo de la salud mental ha estado estigmatizado por el encierro, la locura, la violencia, las rejas... Con la llegada del Dr. Luis A. Ellerman -primer psiquiatra que tuvo esta institución-, se inició en la década del '70 una política institucional de puertas abiertas que se ha ido profundizando a lo largo de los años.

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, en 2010, y la posterior adhesión de Entre Ríos en 2016, permitió un “trabajo desde el no etiquetamiento, estigmatizaciones o falsas creencias” sobre la locura.

En 2013 la institución cambió de nombre y pasó de llamarse Liniers a denominarse Luis A. Ellerman, “consolidando una institución polivalente, abierta a toda la comunidad”.

*“En 80 años la historia no tiene mucho para celebrar, pero sí hay mucho para reflexionar, repensar. Por eso instamos a construir una salud mental inclusiva”  
(Lic. Concettoni Miriam, Directora de Hospital Luis Ellerman).*

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

## 1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La salud en cuanto a campo científico se ocupa de la integridad del bienestar humano en sus aspectos biopsicosocial. Acompaña en igual sentido el campo de la nutrición en sus desarrollos teóricos y exploratorios de los distintos tópicos que articulan la vida humana en sus prácticas alimentarias.

Desde allí y teniendo en cuenta mis interrogantes enfoque mi atención hacia aquellos padecimientos de salud que parecen combinar el cuerpo y la mente en situaciones que, sumadas, crean cuadros complejos para la salud de los sujetos donde la alimentación juega un rol importantísimo.

Mis inquietudes por estudiar enfermedades por exceso como, sobrepeso y obesidad, entre otras, y su vinculación con personas con diagnóstico de esquizofrenia surgieron debido a la elevada incidencia de dichas patologías en personas con padecimientos mentales en edades cada vez más tempranas. Lo cual me llevó a preguntarme ¿Cuáles son las diferentes alteraciones alimentarias por exceso en pacientes con esquizofrenia?, ¿Cuáles son los factores que intervienen en las alteraciones alimentarias de los pacientes esquizofrénicos? ¿Qué grado de incidencia existe de los diferentes factores de las alteraciones alimentarias en estos pacientes?.

Es en estos últimos interrogantes donde focalicé el interés para realizar mi tesis.

Bajo las ideas de:

- La nutrición como ciencia de la salud alimentaria, abarcativa, integral.
- La práctica del profesional nutricionista desde una mirada pluralista debe tomar contacto con los distintos grupos humanos y pensar en consonancia de sus características.
- La importancia creciente en la vida de las personas, de las instituciones, de los medios de comunicación y el estudio de los diferentes

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

grupos, abren nuevas perspectivas también en la formación del profesional nutricionista.

De las opciones que tenía como posible seleccioné una institución del sector público que se ocupa de personas diagnosticadas con inconvenientes de salud mental, seleccionando a aquellos pacientes con diagnóstico de esquizofrenia utilizando el código F-20 del manual CIE-10.

El sobrepeso, la obesidad, la diabetes tipo 2 y la hipertensión arterial son las alteraciones alimentarias por exceso más renombradas del siglo XXI, ubicadas en los primeros puestos de la lista de las afecciones más comunes en la población con padecimientos mentales.

La esquizofrenia se ha asociado históricamente con una mayor vulnerabilidad y mayores tasas de comorbilidad, así como con un exceso de mortalidad. En concreto se ha demostrado que el 50% de los pacientes esquizofrénicos presentan al menos una enfermedad física, dentro de las cuales, las más frecuentes son enfermedades cardiovasculares, metabólicas y endócrinas.

La esquizofrenia es una enfermedad mental grave, que generalmente se presenta en los adolescentes y adultos jóvenes, e impide conseguir los objetivos educativos y laborales reduciendo drásticamente la calidad de vida de los enfermos. Afecta a todos los países del mundo y se encuentra entre las diez primeras causas de incapacidad en la población de edades comprendidas entre los 18 y los 44 años (Murray y López, (1996).

La comorbilidad física pasa frecuentemente inadvertida y por tanto es infratratada, por lo que en general presentan un elevado riesgo de no recibir los cuidados de salud adecuados. Es una realidad que los pacientes con esquizofrenia tienen un acceso menor a los cuidados médicos y son peores cumplidores con los tratamientos que la población general.

La insuficiencia de cuidados puede deducirse indirectamente del hecho de que mientras la expectativa media de vida de la población general de Argentina es de 76,3 años (73 años para los hombres y 79 años para las mujeres), la de los

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

pacientes con esquizofrenia es de 61,3 años (58 años para los hombres y 64 años para las mujeres), 15 años menos (un 20% menos) que la de la población general.

Este exceso de mortalidad es atribuible en un 60% a enfermedades somáticas (enfermedades cardiovasculares y síndrome metabólico), menos de un 28% a suicidio y un 12% a accidentes. (Mortensen y Juel, (1990).

Esta situación que contrasta con la mejora de la calidad de vida que el tratamiento psicofarmacológico actual ofrece al paciente con esquizofrenia puede, además, tener una enorme repercusión tanto a nivel clínico individual como sobre la utilización de recursos en el sistema sanitario y la sociedad en su conjunto. Todo ello hace ineludible una aproximación sistemática y metodológicamente adecuada al problema de la morbilidad física en la esquizofrenia.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), estos representan en la actualidad, el problema de salud más importante de la humanidad, tanto por el número de personas afectadas que va en aumento, como por las muertes que ocasiona. Las alteraciones alimentarias por exceso son enfermedades reales y tratables. Con frecuencia coexisten con otras enfermedades como la depresión, el abuso de sustancias o los trastornos de ansiedad.

En Argentina, a través de la Encuesta Nacional de factores de Riesgo 2009 se pudo observar que la carga de enfermedad y mortalidad atribuida a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), entre las que se incluye a las cardiovasculares, respiratorias, diabetes y cáncer, ha ido en aumento en los últimos años. Se ha estimado que en el año 2008 el 62% de las muertes y cerca del 50% de la carga de enfermedad a nivel mundial se debieron a ECNT. Además, estudios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señalan que para 2020 el 75% de las muertes en el mundo serán atribuibles a este tipo de enfermedades. En Argentina, sobre un total de 304.525 muertes ocurridas en 2009, 89.916 fueron por causas cardiovasculares, 57.590 por cáncer, 7.701 por diabetes y 4.711 por enfermedades crónicas respiratorias.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

En el año 2010, la población total de adultos de 15 años y más en Argentina, es decir, el 21% (6.285.066) padece alguno de los trastornos mentales, citados en el último año. Del total de estas patologías, el alcoholismo llega a un 32,2%, encontrándose los hombres 7 veces más afectados que las mujeres. Cabe destacar que las adicciones en general son afecciones de larga data y que por su alta prevalencia se instalan como prioridades de salud pública. La adicción es un problema de salud mental, ya que la persona que la sufre padece una merma volitiva y psicofuncional, además de sus consecuencias psicopatológicas que alteran la esfera afectiva y mental y por la capacidad mórbida de emerger procesos latentes. La depresión mayor alcanza un 31%, siendo en más del doble las mujeres afectadas en comparación con los hombres. (Calvillo L., Negro L., Venesio S., (2010).

- ❖ Se calcula que el 25% de las personas padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida.
- ❖ Un millón de personas mueren cada año en el mundo por causa del suicidio; en las Américas alcanzan alrededor de 63.000 casos.
- ❖ Los trastornos mentales y neurológicos representan el 14% de la carga mundial de enfermedades y el 22% a nivel de América Latina y el Caribe.

Luego de recorrer información actualizada sobre las problemáticas desarrolladas en mi trabajo, paralelamente inicié un acercamiento a los especialistas y pacientes del centro clínico dedicados a los padecimientos mentales, con el fin de conocer dos cosas: en primera parte, si podía tener acceso al diseño del trabajo (que expongo en paginas adelante) y como segunda parte conocer como veían la posibilidad del abordaje de las alteraciones alimentarias por exceso.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***



## 2. ANTECEDENTES

✓ (Diaz Veloso R., Rodriguez Alvarez R., y colaboradores, (2007 – 2008)) El siguiente estudio realizado en Vigo, España, evaluó “El patrón nutricional –metabólico. Prevalencia de la obesidad y sobrepeso en una unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos”. El objetivo principal de este estudio observacional descriptivo fue valorar si el porcentaje de obesidad y sobrepeso en los pacientes ingresados en la unidad de agudos es igual o mayor a los valores de la población en general. La metodología fue una muestra de 180 pacientes, > 18 años (86 hombres y 94 mujeres) con una media de edad de 44 años, ingresados durante un año (2007 a 2008). Los resultados que se obtuvieron fueron en base a los valores de los IMC (Índice de Masa Corporal) de los pacientes al ingreso, valorando su distribución en función del sexo, edad y diagnóstico clínico; se obtuvo una media de IMC =27;( sobrepeso), con un 25% de IMC>30. (obesidad). Se clasificaron 6 grupos diagnósticos, el grupo de las esquizofrenias y trastornos psicóticos fue el más numeroso (40%). El que mayor porcentaje de sobrepeso y obesidad presenta la población gallega es sobrepeso (38,6%) y obesidad (17%,) mientras que en la población de estudio, hay un 42% de sobrepeso y 23,3% de obesidad. El grupo de edad de 18-24 años, tiene un porcentaje de obesidad (28,6) superior al sobrepeso (7%). Los demás grupos presentan porcentaje de obesidad inferior al de sobrepeso. Las conclusiones fueron que en los pacientes con patología mental es frecuente la percepción de un aumento de peso producido por la medicación. Es fundamental que el personal de salud mental ayude a identificar las principales causas de sobrepeso el sedentarismo y la falta de una alimentación equilibrada facilitando estrategias al paciente, sin optar por el abandono de la medicación. -Como profesionales de la salud en general debemos impulsar la detección sistemática de la obesidad y el sobrepeso en el ámbito hospitalario, especialmente por los riesgos inherentes a los pacientes con patología psiquiátrica como son el sedentarismo, fármacos, dificultad para el autocuidado, etc.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

✓ Sáiz Ruiz J., Bobes García j. y colaboradores, (2008)), realizaron un “Consenso sobre la salud física del paciente con esquizofrenia de las Sociedades Españolas de Psiquiatría y de Psiquiatría Biológica”, en la ciudad de Oviedo, España- El consenso tuvo como objetivo principal desarrollar un documento de consenso español sobre la salud física de los pacientes con esquizofrenia y las intervenciones necesarias para disminuir la sobremorbilidad y sobremortalidad de estos pacientes. El Método llevado a cabo fue un proceso de desarrollo que ha consistido en: Revisión sistemática de la literatura en la base de datos Medline hasta enero de 2006 y revisión manual de las referencias bibliográficas de los artículos obtenidos; Revisiones de las guías nacionales e internacionales por el comité coordinador y por los médicos especialistas expertos asesores; Reuniones de consenso multidisciplinares, y por último Redacción del manuscrito de consenso final. Los resultados obtenidos fueron, que en los pacientes con esquizofrenia comparados con la población general presentan mayores tasas de infecciones (VHB, VHC, VIH), enfermedades endocrino-metabólicas, enfermedades cardíacas y respiratorias (sobremorbilidad) y un mayor riesgo de muerte tanto global como por causas naturales —enfermedades respiratorias, cardiovasculares y oncológicas fundamentalmente (sobremortalidad)—. Como conclusión del consenso, los autores determinaron que dada la sobremorbilidad y sobremortalidad de los pacientes con esquizofrenia debe ser necesario sensibilizar sobre esos aspectos tanto a los médicos de atención primaria como a los especialistas, incluidos los psiquiatras, e incorporar los problemas de salud física a los programas psicoeducativos, a las unidades de adherencia al tratamiento y a las de atención a los trastornos mentales graves.

✓ (Gutiérrez Rojas L., Azanza J. R., y colaboradores, (2014)). “Prevalencia del síndrome metabólico en pacientes españoles con esquizofrenia y sobrepeso. El estudio CRESSOBE”. El siguiente estudio realizado en Granada, España tuvo como objetivo principal analizar la

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

prevalencia del SM en pacientes españoles con esquizofrenia y sobrepeso y comparar el mejor método para calcular la prevalencia de SM en esta población. El objetivo secundario del estudio CRESSOB fue determinar si la presencia del síndrome metabólico (SM) está asociada o no con la remisión clínica de la esquizofrenia.

El método utilizado del estudio de control del riesgo metabólico y cardiovascular en pacientes con esquizofrenia y sobrepeso (CRESSOB) fue un estudio a 12 meses, prospectivo y naturalístico, que incluyeron 110 centros de salud mental seleccionados al azar. Cada centro seleccionó cuatro pacientes consecutivos con diagnóstico de esquizofrenia, según los criterios DSM-IV TR y que además tuvieran sobrepeso (índice de masa corporal (IMC) > 25 kg/m<sup>2</sup>). Para evaluar la prevalencia del SM (Síndrome Metabólico) analizaron los resultados de la línea de base del estudio CRESSOB. Utilizaron las definiciones del programa Nacional de Educación sobre el Colesterol (NCEP-ATP III), de la Federación Internacional de Diabetes (FID) y de la Asociación Americana del Corazón, el Pulmón y la Sangre (AHA/NHLBI) para establecer la presencia de SM. La escala de los Síndromes Positivo y Negativo (PANSS) la utilizaron para determinar el porcentaje de pacientes en remisión. El funciona-miento psicosocial lo midieron mediante la Evaluación Global de Funcionamiento (GAF). Los resultados del estudio fueron los siguientes: incluyeron en el estudio un total de 391 pacientes (edad media 40,5 años, 63,8% de hombres). El 75,9% de esos pacientes no cumplía los criterios de remisión, utilizando los elementos seleccionados de la PANSS. El total fue que, el 59,0% de los varones y el 58,3% de las mujeres cumplían los criterios del NCEP-ATP III, el 71,1% de los varones y el 65,8% de las mujeres cumplían con los criterios de la FID y el 70,1% de los varones y el 65,1% de las mujeres cumplían con los criterios de la AHA/NHLBI. Los pacientes que cumplieron los criterios de remisión fueron más jóvenes, tenían un índice de masa corporal más bajo y una puntuación superior en el GAF. Este estudio tuvo como conclusión que el SM es altamente prevalente en pacientes españoles con esquizofrenia que tienen sobrepeso. Dado que el síndrome metabólico es un factor de riesgo importante para la enfermedad

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

cardiovascular, estos pacientes deben recibir una monitorización clínica adecuada para este síndrome.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

### 3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué tipo de alteraciones alimentarias por exceso se observan en los pacientes institucionalizados del Hospital Dr. Luis A. Ellerman de la ciudad de Rosario del Tala con diagnóstico de Esquizofrenia (Cod. - F20) según el manual CIE-10?

### 4. OBJETIVOS

#### 4.1 objetivo general

Analizar las alteraciones alimentarias por exceso en pacientes institucionalizados del Hospital Dr. Luis A. Ellerman, de la ciudad de Rosario del Tala, con diagnóstico de Esquizofrenia (Cod. - F20) según el manual CIE-10.

#### 4.2 objetivos específicos

- ❖ Identificar las diferentes alteraciones alimentarias por exceso que desarrollan los pacientes con esquizofrenia.
- ❖ Explorar los factores que intervienen en las alteraciones alimentarias de los pacientes con esquizofrenia.
- ❖ Determinar el grado de incidencia de los diferentes factores en las alteraciones alimentarias de estos pacientes.

### 5. HIPÓTESIS

Se observan diferentes alteraciones alimentarias por exceso, como sobrepeso y obesidad, en los pacientes institucionalizados del Hospital Dr. Luis A. Ellerman, de la ciudad de Rosario del Tala, con diagnóstico de esquizofrenia (Cod. – F20) según el manual CIE-10.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

## 6. MARCO TEÓRICO

### 6.1 ALTERACIONES ALIMENTARIAS

“El comer” es un acto cotidiano, una de las necesidades básicas del organismo. Todos los días debemos hacerlo, e incluso varias veces por día. Todos los meses y años de nuestra vida desde que nacemos hasta que morimos.

De ahí entonces, el conocido dicho que dice que indudablemente, a largo plazo “somos lo que comemos”.

En general, la conducta alimentaria, es también resultado de una serie de factores, que desde el punto de vista social y psicológico, va cambiando con el correr del tiempo, la mentalidad y la modalidad con que esta conducta se lleva a cabo.

#### 6.1.1 ALTERACIONES POR EXCESO

##### 6.1.1.1 Sobrepeso y Obesidad

El desarrollo de obesidad en pacientes psiquiátricos es un hallazgo frecuente. En la población norteamericana, se describe 40% a 60% de obesidad en pacientes esquizofrénicos, el doble de la población general.

Es sabido que las patologías psiquiátricas severas condicionan un estilo de vida menos saludable, con despreocupación por la imagen corporal, sedentarismo y menores recursos económicos para acceder a una alimentación balanceada y apoyo de los sistemas de salud.

En las últimas dos décadas se incrementó la prevalencia mundial de obesidad drásticamente. Esta situación se extiende tanto a los países desarrollados como en vías de desarrollo, alcanzando la magnitud de pandemia a nivel mundial. Constituye un factor de riesgo mayor para las consideradas Enfermedades Crónicas No Transmisibles (ECNT), tales como Enfermedad Cerebrovascular (ECV), Hipertensión Arterial (HTA), Dislipemia, Diabetes tipo 2 (DM 2) y ciertos tipos de cánceres.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

La obesidad ya es vista como un problema serio para la Salud Pública, ha dejado de ser una condición de estética, para convertirse en un factor de riesgo para la salud. Afecta no solo a la salud física de las personas sino también a su autoestima y a su bienestar físico.

*“Se define al Sobrepeso como un aumento del peso corporal en relación a la talla”.*

*“Se define a la Obesidad como un aumento del peso corporal a expensas del componente grasa”.*

En el reciente estudio Latinoamericano CARMELA (cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America, (2011)), se determinó la prevalencia de los factores de riesgo cardiovascular en 7 ciudades latinoamericanas: Barquisimeto (Venezuela); Bogotá (Colombia); Buenos Aires (Argentina); Lima (Perú); Ciudad de México (México); Quito (Ecuador) y Santiago de Chile (Chile). Construyeron la muestra 11.550 personas de ambos sexos, con edades entre 25 y 64 años y pudo observarse que las dos ciudades que más se destacaron por la prevalencia de obesidad fueron México y Santiago (Definida como un IMC > 30 Kg/m<sup>2</sup>).

Por otro lado, el Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos sostiene que la Obesidad es la excesiva acumulación de energía en forma de grasa. Es por lo tanto un aumento de la cantidad de grasa que tiene el organismo y no solamente un aumento de peso, ya que éste, también puede ser debido a un aumento de la masa magra, como sería el caso de los fisicoculturistas o, a un aumento de líquido, en el caso de pacientes con ascitis.

Se define a la obesidad como “un grupo de cuadros clínicos de tipo crónico, caracterizado por el aumento de la grasa corporal, frecuentemente acompañados de un incremento del peso corporal. La magnitud del exceso de grasa corporal, su distribución, su posible carácter hipertrófico y el eventual depósito ectópico de la grasa determinan el grado de enfermedad de estos cuadros”. (Braguinsky, (2007)).

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

“Es una enfermedad crónica de origen multifactorial caracterizado por un aumento anormal del tejido graso, secundario a un aumento de la energía absorbida con respecto a la gastada, que conlleva riesgos para la salud”. (Valenzuela, (2012))

Esta última definición involucra varios conceptos importantes de analizar:

- ❖ La obesidad es una enfermedad crónica, que se puede controlar pero no curar.
- ❖ En su etiología participan varios factores, no siendo la sobrealimentación el único factor, ni estando siempre presente, por ejemplo ante la disminución del gasto calórico.
- ❖ El comportamiento alterado es el graso y no otro, como puede suceder en personas con alto desarrollo muscular o con retención de líquidos.
- ❖ Implica riesgos para la salud, siendo este uno de los conceptos de mayor importancia.

La obesidad debe ser definida como un “incremento en el porcentaje de grasa corporal, generalmente acompañado de aumento de peso, cuya magnitud y distribución condicionan la salud del individuo”. Se manifiesta como una enfermedad multifactorial y crónica que cursa con un aumento importante de la morbimortalidad, asociándose a múltiples factores de riesgo como la diabetes tipo 2, las enfermedades cardiovasculares, la hipertensión arterial, dislipemias, artrosis y cierto tipo de cánceres, habiéndose demostrado en la obesidad grave un aumento en el riesgo de enfermedad cardiovascular con acortamiento de la esperanza de vida. (De Girolami Daniel, (2014))

#### Criterios de diagnósticos

1- *Según el grado por IMC*: para diagnosticar cuantitativamente la obesidad se cuenta, entre otras herramientas diagnósticas, con el índice de Quetelet o en inglés *Body Mass Index* (BMI), este cálculo matemático, relacionado también con la mortalidad cuando se encuentra magnificado, es el cociente entre el peso del sujeto y su talla elevada al cuadrado ( $IMC = \text{Peso} / \text{Talla}^2$ ).

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***



Para el diagnóstico del grado de obesidad y la clasificación del riesgo, se utiliza habitualmente el criterio impuesto por la OMS:

Tabla N°1: “Diagnóstico del grado de Obesidad, según IMC, y clasificación del riesgo”.

<b>IMC</b>	<b>Clasificación</b>	<b>Riesgo</b>
<18,5	Bajo peso	Bajo
18,5 – 24,9	Normal	Peso saludable
25,0 – 29,9	Sobrepeso	Moderado
30,0 – 34,9	Obesidad grado I	Alto
35,0 – 39,9	Obesidad grado II	Muy alto
➤ 40,0	Obesidad grado III (mórbida)	Extremo

Fuente: OMS 1998

2- *Según el porcentaje de grasa corporal:* el grado de grasa corporal varía según el sexo y la edad. Los varones normalmente comienzan con un 15% de tejido adiposo en la adolescencia, incrementando cada 10 años un 1%, acercándose a la vejez a niveles del 20%. La mujer posee un 20% de tejido graso desde la adolescencia, e incrementa también un 1% su grasa corporal por cada década de vida, alcanzando la posmenopausia con porcentajes cercanos a 25%. Es de gran utilidad el uso de técnicas que midan la composición corporal y el porcentaje de grasa, para diagnosticar adecuadamente cada caso, relacionarlo con el probable riesgo cardiovascular y controlar su evolución.

La medición de la grasa corporal puede realizarse por diversos métodos, los de bajo costos son: la sumatoria de cuatro pliegues, la bioimpedancia monofrecuencia y la interactancia infrarroja.

3- *Según el espesor de los pliegues grasos:* la medición del espesor del pliegue subcutáneo suele reflejar el grado y tipo de obesidad. Para evaluar ese espesor es usual medir algunos pliegues cutáneos

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

específicos con un calibre adecuado. Luego se usa una tabla de valores normales y así se establece el diagnóstico. Los pliegues que mas se utilizan son:

❖ *Tricipital:* Se lo ubica sobre el músculo tricipital en la cara posterior del brazo. Se lo observa aumentado en las obesidades, pero principalmente en pacientes con distribución grasa ginoide.

❖ *Subescapular:* Ubicado a un cm por debajo de la punta de la escápula y orientado en forma oblicua, se lo encuentra proporcionalmente aumentado fundamentalmente en las obesidades androides.

❖ *Ilíaco:* Se lo toma a un centímetro por encima de la cresta ilíaca, a la altura de la línea axilar anterior.

❖ *Bicipital:* Se ubica en el punto medio del brazo, en la cara anterior, sobre el músculo bicipital.

El análisis de los pliegues tiene importancia diagnóstica. Cualquier resultado que supere el percentilo 95 es diagnóstico de obesidad. Existen a su vez, algunos inconvenientes para su uso, como la variabilidad interoperador o la dificultad en la toma de grandes pliegues. Además, solo estima la grasa subcutánea y no la visceral.

#### 6.1.1.2 diabetes tipo 2

“En la diabetes tipo 2 (DM 2) la alteración básica reside en la resistencia a la acción de la insulina a nivel de los tejidos, fundamentalmente en el hígado y los músculos. Generalmente cursa con déficit relativo de insulina y raras veces se requiere de su aporte exógeno para sobrevivir”. (Torresani M. E. y Somoza M. I., (2011))

Afecta entre el 85% y el 90% de los diabéticos, presentándose con mayor frecuencia entre los 30 y 40 años. No se conoce la etiología, pero sí que existen factores desencadenantes, tales como la obesidad, sedentarismo, mala alimentación, antecedentes familiares con diabetes, nutrición inadecuada durante el embarazo que afecta al niño en desarrollo.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

La mayoría de los afectados son obesos y esta condición, en sí misma produce algún grado de resistencia a la insulina.

Es asintomática y la hiperglucemia se va desarrollando muy lentamente, sin ser el inicio de la enfermedad lo suficientemente grave para que el paciente perciba los síntomas clásicos. Debido a esto, aproximadamente el 50% de estos pacientes ignoran su situación.

Se sostiene que la DM2, es un trastorno que tiene un carácter poligénico y multifactorial; esto hace que los médicos e investigadores, se enfrenten siempre a demasiadas sospechas causales al abordar su etiopatogenia. La DM2 es una enfermedad hereditaria. La patogenia aceptada en la actualidad comienza en la periferia (hígado, tejido adiposo y músculo) por el mecanismo de resistencia a la insulina, fenómeno de origen genético. Además, existiría otro mecanismo a nivel de la célula B, que llevaría a su disfunción cuando aparece la diabetes clínica. La consecuencia es una disglucosis que cursa en las tres etapas hoy conocidas: de Glucemia en Ayunas Alterada (GAA), de Tolerancia a la Glucosa (TGA) y Diabetes. (Rey, M. y Antonucci, R., (2014))

#### Criterios de diagnósticos

Existen tres métodos o datos de laboratorios, fundamentales para realizar el diagnóstico de la enfermedad. Cada uno de ellos debe ser confirmado al día siguiente, por alguno de los tres métodos:

- 1- Glucemia en ayunas: se considera ayuno cuando no hubo ingesta calórica desde por lo menos 8 horas.
- 2- Glucemia casual (sin importar el tiempo transcurrido desde la última comida) asociada a síntomas clásicos de diabetes.
- 3- Glucemia posterior a carga de glucosa o prueba de tolerancia a la glucosa (se administra en forma oral, solución al 75% de azúcar y a las dos horas se determinan los valores).

En base a estas tres comprobaciones se puede establecer a qué categoría pertenece cada organismo.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

Tabla N°II: “Puntos de corte para el diagnóstico de Diabetes”

Prueba	Normal	Intolerante a la glucosa	Diabetes
Glucemia en ayuno	< 110 mg/dl	➤ 110 y < 126 mg/dl	➤ 126 mg/dl
Glucemia casual			➤ 200 mg/dl
Prueba de tolerancia oral a la glucosa	< 140 mg/dl	➤ 140 mg/dl y < 200 mg/dl	➤ 200 mg/dl

Fuente: ADA (Asociación Diabetológica Argentina), 1997

### 6.1.1.3 Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad crónica que afecta a la quinta parte de la población mundial. (Torresani M. E. y Somoza M. I., (2011)), “Cuidado Nutricional Cardiometabólico”).

La OMS la define como “enfermedad silenciosa” y en su informe de la Salud Mundial del año 2002, pone de manifiesto que la hipertensión arterial es una de las tres causas que producen más mortalidad en el conjunto de la población y que el control de la misma reduciría a la mitad su tasa de enfermedad cardiovascular.

En la primer Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, llevada a cabo en el país en el año 2005 con la finalidad de estimar el nivel nacional los principales factores de riesgo de morbilidad para enfermedades cardiovasculares, se encontraron valores elevados de presión arterial en el 34,4% de la muestra (en personas que se controlaron), de las cuales el 63,5% recibía tratamiento.

Es considerada un factor de riesgo mayor modificable cardiovascular. Su importancia reside en el hecho de que cuanto más alta sean las cifras de presión, tanto sistólica como diastólica, más elevadas son la morbilidad y la mortalidad de los individuos, lo que es controlable con el descenso de aquélla.

Como se trata de una enfermedad crónica que evoluciona en forma silente durante muchos años, no resulta fácil establecer un número de personas que se

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

convierten en hipertensos cada año, por lo que la incidencia de HTA es difícil de precisar.

Según datos del estudio Framingham, la incidencia aumenta con la edad tanto en varones (3,3 a 6,2) como en mujeres (1,5 a 6,8) para los rangos de edad de 30 – 39 y 70 – 70 años, respectivamente.

Se afirma que la presión arterial (PA) es la medición de la fuerza que se aplica sobre las paredes de las arterias a medida que el corazón bombea sangre a través del cuerpo. Está determinada por la fuerza y el volumen de sangre bombeada, así como por el tamaño y la flexibilidad de las arterias. (Torresani, M. E. y Somoza, M. I, (2011))

Sus valores se modifican continuamente dependiendo de la actividad, la temperatura, la alimentación, el estado emocional, la postura, el estado físico y los medicamentos que se administren.

La lectura de la PA se mide en milímetros de mercurio (mmHg) y usualmente se dan en dos números: por ejemplo, 110/70 mm Hg. El número superior corresponde a la lectura de la Presión Sistólica (PAS) y representa la presión máxima ejercida cuando el corazón se contrae. El número inferior corresponde a la lectura de la Presión Arterial Diastólica (PAD) y representa la presión en las arterias cuando el corazón se encuentra en reposo.

#### Criterios de diagnósticos

“Sobre la base de los últimos informes del JNC (Joint National Committee) VII, de mayo de 2003, y de las consideraciones de la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología publicadas en 2007, se establece que la presión arterial normal en una persona mayor de 50 años no debería exceder 129 mmHg de diastólica, determinada por lo menos en tres ocasiones, después de cinco minutos de descanso y en posición sentada. Ambas instituciones consideran presión normal alta o prehipertensión a los valores que no excedan de 139 mmHg para la sistólica y 89 mmHg para la diastólica”. (García A., Burlando G., (2014))

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

En el Monitoreo Ambulatorio de la Presión Arterial (MAPA) estos valores se consideran 125/75 mm diurnos y 120/70 mmHg durante las horas de sueño.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

## 6.2 PADECIMIENTO MENTAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define en su Constitución que «la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

En el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 se reconoce a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

La OMS incorpora a la definición de Salud Mental la vivencia subjetiva del bienestar dando cuenta de la construcción activa de dicho proceso (Salud – Enfermedad como proceso).

La pérdida de la Salud Mental como relativo equilibrio e integración del pensar – sentir – actuar, da lugar a cuadros de sufrimiento mental.

En relación a ese concepto también se define salud mental como un estado de bienestar, en el cual el individuo es consciente de sus capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

Cuando se habla de salud mental, no se hace de una realidad ajena, aislada o marginal, ya que afecta a una de cada cuatro personas, al menos, una vez durante la vida. Se trata, además, de una problemática que va más allá de controlar pensamientos, emociones o conductas sino que éstos también son influidos por factores sociales, culturales, económicos o ambientales.

Las enfermedades mentales son las condiciones de salud que involucran cambios en el pensamiento, emoción o comportamiento (o una combinación de éstos). Las enfermedades mentales están asociados con el malestar y / o problemas de funcionamiento en la vida social, el trabajo o las actividades familiares.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

En el año 2010, la población total de adultos de 15 años y más en Argentina, es decir, el 21% (6.285.066) padece alguno de los trastornos mentales, citados en el último año. Del total de estas patologías, el alcoholismo llega a un 32,2%, encontrándose los hombres 7 veces más afectados que las mujeres. Cabe destacar que las adicciones en general son afecciones de larga data y que por su alta prevalencia se instalan como prioridades de salud pública. La adicción es un problema de salud mental, ya que la persona que la sufre padece una merma volitiva y psicofuncional, además de sus consecuencias psicopatológicas que alteran la esfera afectiva y mental y por la capacidad mórbida de emerger procesos latentes. La depresión mayor alcanza un 31%, siendo en más del doble las mujeres afectadas en comparación con los hombres. (Calvillo, L., Negro, L., y Venesio, S. (2010))

- ❖ Se calcula que el 25% de las personas padecen uno o más trastornos mentales o del comportamiento a lo largo de su vida.

- ❖ Un millón de personas mueren cada año en el mundo por causa del suicidio; en las Américas alcanzan alrededor de 63.000 casos.

- ❖ Los trastornos mentales y neurológicos representan el 14% de la carga mundial de enfermedades y el 22% a nivel de América Latina y el Caribe.

- ❖ La depresión es el trastorno más común (5%), seguido por los trastornos de ansiedad (3,4%), la distimia (1,7%), el trastorno obsesivo compulsivo (1,4%), trastorno de pánico y psicosis no afectivas (1% cada una), y trastorno bipolar (0,8%), entre otros.

- ❖ La depresión es el trastorno mental que más afecta a la población en el mundo, más de 350 millones de personas de todas las edades la sufren.

- ❖ Entre 60% y 65% de las personas que necesitan atención por depresión en América Latina y el Caribe no la reciben.

La salud mental es la base para el pensamiento, la comunicación, el aprendizaje, la resistencia y la autoestima. La salud mental también es clave para las relaciones, el bienestar personal y emocional y contribuir a la comunidad o la sociedad.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***



### 6.2.1 Esquizofrenia (cod. – f20)

Según el manual CIE-10 (2016) define a la esquizofrenia por distorsiones de la percepción, del pensamiento y de las emociones así como manifestaciones afectivas inapropiadas. En general se conservan tanto la claridad de la conciencia como la capacidad intelectual, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognitivos.

La CIE-10-ES no distingue entre la forma aguda, crónica, compensada o descompensada.

El trastorno compromete las funciones esenciales que dan a la persona normal la vivencia de su individualidad, singularidad y dominio de sí misma. El enfermo cree que sus pensamientos, sentimientos y actos más íntimos son conocidos o compartidos por otros y pueden presentarse ideas delirantes en torno a la existencia de fuerzas naturales o sobrenaturales capaces de influir, de forma a menudo bizarra, en los actos y pensamientos del individuo afectado. Este se siente el centro de todo lo que sucede.

Son frecuentes las alucinaciones, especialmente las auditivas, que pueden comentar la propia conducta o los pensamientos propios del enfermo. Suelen presentarse además otros trastornos de la percepción: los colores o los sonidos pueden parecer excesivamente vividos o tener sus cualidades y características alteradas y detalles irrelevantes de hechos cotidianos pueden parecer más importantes que la situación u objeto principal.

La perplejidad es frecuente ya desde el comienzo, la cual suele acompañarse de la creencia de que las situaciones cotidianas tienen un significado especial, por lo general siniestro y dirigido contra el propio enfermo. En el trastorno del pensamiento característico de la esquizofrenia los aspectos periféricos e irrelevantes de un concepto, que en la actividad mental normal están soterrados, afloran a la superficie y son utilizados en lugar de los elementos pertinentes y adecuados para la situación. Así el pensamiento se vuelve vago, elíptico y oscuro y su expresión verbal es a veces incomprensible. Son frecuentes los bloqueos e interpolaciones en el curso del pensamiento y el enfermo puede estar convencido de ***“Es necesario asombrarse, inaignarse y contagiarse, solo así es posible cambiar la realidad”***.

que un agente extraño está grabando sus pensamientos. Las características más importantes de la afectividad son la superficialidad, su carácter caprichoso y la incongruencia. La ambivalencia y el trastorno de la voluntad se manifiestan como inercia, negativismo o estupor. Pueden presentarse también síntomas catatónicos.

El comienzo puede ser agudo, con trastornos graves del comportamiento conductual o insidioso con un desarrollo gradual de ideas y de una conducta extraña. El curso también presenta una gran variabilidad y no es inevitablemente crónico y deteriorante (debe especificarse con un quinto carácter). Un porcentaje de casos, que varía en las diferentes culturas y poblaciones, evoluciona hacia una recuperación completa o casi completa. Ambos sexos se afectan aproximadamente por igual, pero el comienzo tiende a ser más tardío en las mujeres.

Aunque en sentido estricto no se han identificado síntomas patognomónicos, ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de esquizofrenia, los cuales suelen presentarse asociados entre sí. Estos son:

- ❖ Eco, robo, inserción del pensamiento o difusión del mismo.
- ❖ Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.
- ❖ Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
- ❖ Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos (por ejemplo, de ser capaz de controlar el clima, de estar en comunicación con seres de otros mundos).
- ❖ Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se acompañan de ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario durante semanas, meses o permanentemente.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

- ❖ Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.

- ❖ Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cética, negativismo, mutismo, estupor.

- ❖ Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Debe quedar claro que estos síntomas no se deban a depresión o a medicación neuroléptica.

- ❖ Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiestan como pérdida de interés, falta objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.

La OMS indica que en el mundo existen al menos 52 millones de personas diagnosticadas de esquizofrenia, de las cuales 300.000 residen en España, donde el número de afectados aumenta progresivamente cada año, debido a la tasa de 15-30 nuevos casos por cada 100.000 habitantes.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

## 7. FACTORES INTERVINIENTES EN LAS ALTERACIONES ALIMENTARIAS

### 7.1 Medicación:

El tratamiento farmacológico constituye la base de la sistematización terapéutica de la esquizofrenia. Los principales fármacos son los llamados antipsicóticos, que han mostrado eficacia en el control de los síntomas de la enfermedad. No obstante, tienen también efectos adversos que se deben controlar y minimizar.

Si bien, el efecto de los fármacos antipsicóticos sobre el aumento de peso es conocido desde hace mucho tiempo, la llegada de los nuevos antipsicóticos de segunda generación ha aumentado el problema.

El incremento del depósito de grasa subcutánea y abdominal, así como el aumento de peso se produce desde las primeras semanas del uso de estos medicamentos, siendo progresivo y mantenido en terapias a largo plazo, alcanzando en ciertos casos niveles de obesidad. Los hallazgos muestran que el efecto es mayor con algunos de estos medicamentos. Esto preocupa, ya que el desarrollo de obesidad es un factor conocido de morbimortalidad.

El conjunto terapéutico para la esquizofrenia ha evolucionado en la segunda mitad de siglo desde la introducción de la clorpromazina® y el comienzo de la era farmacológica en psiquiatría. La reintroducción de la clozapina® representó un avance más, y permitió la proliferación de los Antipsicóticos atípicos o de segunda generación (ASG), que incluyen risperidona®, olanzapina®, quetiapina®, ziprasidona®, sertindol® y zotepina®.

Se describe una ganancia de peso significativa (mayor de 7%) en 29% de pacientes tratados con olanzapina®, 23% de los tratados con quetiapina®, 18% con risperidona®, en tanto que sólo 10% de los tratados con ziprasidona® y aripiprazole® presentan este efecto.

De hecho, hay una evidencia creciente de que la mayoría de los nuevos fármacos ofrecen algunas ventajas sobre los antipsicóticos típicos o de primera

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

generación (APG), como una mayor mejoría de los síntomas negativos, deterioro cognitivo, prevención de recaídas, capacidad funcional y mejoría de la calidad de vida como menor grado de efectos extrapiramidales (EPS) y de discinesia tardía. Sin embargo, estas diferencias no son necesariamente sustanciales, y, en cambio, se han evidenciado otros efectos secundarios como ganancia de peso, hiperglucemia y dislipemia.

De la enfermedad (como efectos negativos, déficit cognitivos y problemas en habilidades sociales) han llevado a la búsqueda de fármacos que puedan usarse como adyuvantes junto con los antipsicóticos. Estos fármacos, que incluyen benzodiazepinas®, litio®, anticonvulsivantes, antidepresivos, betabloqueantes y agonistas dopaminérgicos, se han empleado para potenciar el efecto de los antipsicóticos o para tratar los efectos residuales y condiciones comórbidas de la esquizofrenia.

Actualmente disponemos de antipsicóticos típicos y atípicos. Los típicos, aunque efectivos, no suponen un tratamiento óptimo, por tanto sólo un porcentaje pequeño de pacientes responde a ellos, y causan unos niveles importantes de efectos adversos agudos y crónicos. En el momento actual, el único grupo de pacientes en que se prefiere claramente estos fármacos son aquellos para los que hay una clara indicación de preparaciones inyectables, o que tienen antecedentes de una excelente respuesta a ellos con mínimos efectos secundarios.

Se conoce que numerosas sustancias producidas en el Sistema Nervioso Central intervienen en la regulación de la ingesta, y es allí donde actúan los fármacos que se ingieren con otros propósitos.

Además, del aumento de peso con Antipsicóticos, estos pacientes están más propensos a presentar cambios metabólicos como Dislipemias, Hipertensión arterial, incremento del riesgo de diabetes, y en algunos casos aumento de la mortalidad cardiovascular.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

## 7.1.1 Clasificación de las drogas que se utilizan en el tratamiento de la esquizofrenia

- ❖ Psicofármacos
- ❖ Anticonvulsivantes

### 7.1.1.1 Psicofármacos

Son aquellas drogas que producen cambios en la percepción, el estado de ánimo, y/o el comportamiento. La forma en que actúan es alterando el proceso de neurotransmisión, estimulando o inhibiendo su actividad.

#### Principales grupos de psicofármacos:

- ❖ Antipsicóticos
- ❖ Antidepresivos
- ❖ Carbonato de Litio
- ❖ Ansiolíticos e hipnóticos

### 7.1.1.1.2 Drogas Antipsicóticos

Un antipsicótico es un fármaco que comúnmente es usado para el tratamiento de las psicosis y la esquizofrenia. Se utilizan para hacer desaparecer las alucinaciones y las paranoias. Su uso se ha extendido a otras patologías como el síndrome bipolar, y en algunos casos a las depresiones refractarias.

Se han desarrollado dos generaciones de drogas Antipsicóticas:

- ❖ Las de primera generación, llamadas Antipsicóticos clásicos o típicos, fueron las descubiertas en los años 1950.
- ❖ Las de segunda generación constituyen un grupo de Antipsicóticos llamados atípicos de descubrimiento más reciente.

Alrededor de un 50% de los pacientes adultos que reciben drogas Antipsicóticas atípicas presentan ganancia de peso, aunque esta cifra podría ser mayor en niños y adolescentes.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

Las principales drogas atípicas que producen aumento de peso son:

- ❖ Clozapina
- ❖ Olanzapina

Tanto la Olanzapina como la Clozapina tienen una fuerte afinidad bloqueante de los receptores serotoninérgicos 5-HT<sub>2c</sub>. este bloqueo provoca voracidad e incremento de peso, con un aumento tanto de la grasa visceral como de la subcutánea. El uso de Clozapina y Olanzapina se asocia con Dislipemias. La Clozapina eleva las condiciones de triglicéridos, pero no el colesterol total. La Olanzapina incrementa ambos.

“Los Antipsicóticos pueden contribuir a la desregulación de leptina y que la predisposición genética LEP-2548 alelo G, incrementaría la resistencia a la leptina y ser la población que más aumenta de peso con estas drogas”.

Tabla N°III: “Comparación de una Droga y su efecto con el riesgo de desarrollar diabetes y empeorar el perfil lipídico”

Droga	Aumento de peso	Riesgo de diabetes	Empeoramiento del perfil lipídico.
Clozapina (Lapenax®)	+++	+	+
Olanzapina (Zyprexa®)	+++	+	+
Risperidona (Risperdal®)	+	C	C

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

Quetiapina (Seroquel®)	++	C	C
Aripiprazol (Irazem®)	+/- -		-
Ziprasidon a (Zeldox®)	+/- -	-	-

+ Aumento del efecto; - Ausencia del efecto; C: Controvertido.

Fuente: Farmacología para nutricionistas. Patologías crónicas del adulto. Dra. Dora Isabella y Lic. Clarisa Reynoso, (2013).

Existen factores de riesgo para predecir cuales van a ser los pacientes con más incremento de peso:

- ❖ Los que tienen mayor índice de masa corporal al comienzo del tratamiento tienen más probabilidad de incrementar su peso.
- ❖ Las mujeres tiene más probabilidad que los hombres
- ❖ Por lo tanto ser mujer y tener sobrepeso, en conjunto, es un importante factor de riesgo para incrementarlo más.
- ❖ Cuanto más joven (sobre todo niñas y adolescentes) parecen ser más vulnerables.
- ❖ Cuanto mayor es la duración del tratamiento y en algunos casos con mayor dosis, mayor es el incremento de peso.
- ❖ Los aumentos para Olanzapina y Clozapina van desde 1,4 kg a 5 kg, las primeras 4-12 semanas de tratamiento.
- ❖ Los pacientes que han recibido tratamiento previo, con otros psicofármacos, la droga anterior influye en el incremento de peso.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***



### Inhibidores de la recaptación de serotonina

Estas drogas actúan inhibiendo la recaptación selectiva de serotonina y pueden en un primer momento producir una disminución de peso por un corto período de tiempo.

Entre ellas:

- ❖ Fluoxetina (Prozac®, Foxetin®)

#### 7.1.1.3 Drogas antidepresivas

- ❖ Paroxetina (Aropax®, Psicoasten®)
- ❖ Sertralina (Zoloft®, Anilar®)
- ❖ Citalopram (Seropram®, Humorap®)

La mayoría de las drogas no producen incremento de peso (Fluoxetina, Citalopram), estando en el otro extremo Paroxetina con un importante incremento de peso, y en el medio de ambos grupos Sertralina.

#### 7.1.1.4 Antidepresivos tricíclicos

Es el grupo de drogas antidepresivas que produce mayor incremento de peso. Éstas drogas son las más antiguas, quedaron relegadas a utilizarse en casos de refractariedad a los tratamientos con las drogas anteriormente descritas, que son las de primera línea.

Los efectos que producen en el peso pueden derivar, por un lado, de una acción anticolinérgica que facilita el estreñimiento y la retención urinaria y, por otro lado, de una acción antihistamínica (bloqueo del receptor H1) dando lugar al aumento de apetito y el consecuente aumento de peso en el paciente sometido a un tratamiento prolongado (Bolaños Ríos, Patricia, 2008).

Finalmente pueden producir otros efectos adversos, como el impulso a la ingesta de carbohidratos, favoreciendo también el aumento de peso, que resulta mayor con el uso de tricíclicos terciarios.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

Entre las más utilizadas figuran:

- ❖ Amitriptilina
- ❖ Nortriptilina
- ❖ Imipramina

Tabla N° IV: “Tipos de Antidepresivos y su relación con el aumento de peso”

Antidepresivo	Incremento de peso
Tricíclicos, mirtazapina, trazodona, litio	+++
Paroxetina	++
Duloxetina	+
Sertralina	+/-
Fluoxetina, escitalopram, citalopram, venlafaxina, desvenlafaxina, agomelatina, nefazodona	Similar a placebo
Bupropión	Reducción de peso

Fuente: Farmacología para nutricionistas. Patologías crónicas del adulto. Dra. Dora Isabella y Lic. Clarisa Reynoso, (2013)

El Bupropión es un caso especial, ya que es una droga con acciones anfetamínicas, inhibe la recaptación de noradrenalina que estimula el centro de la saciedad en hipotálamo.

#### 7.1.1.5 Carbonato de litio

El litio es una droga que se utiliza para los estados mentales de bipolaridad. Esta droga produce en el 50% de los pacientes que lo ingieren crónicamente un incremento importante de peso corporal de 5-15 kg en uno a dos años.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

#### 7.1.1.6 Ansiolítico e hipnóticos

El Diazepan (Vallium®) y otras drogas similares como el clonazepam (Rivotril®), alprazolam, etc. Se utilizan como drogas ansiolíticas, relajantes musculares e hipnóticas. No se considera que incrementen mucho el peso corporal.

#### 7.1.1.2 Drogas anticonvulsiantes

Este tipo de drogas se administran crónicamente para evitar la recurrencia de crisis convulsivas en pacientes con epilepsia. Además de la acción anticonvulsiante, presentan otras indicaciones como trastornos del estado de ánimo, prevención de migraña o mejoría del dolor de neuropatías. Estos fármacos ejercen su acción a nivel del Sistema Nervioso Central, y además producen voracidad. La magnitud del incremento de peso es diferente según de qué droga se trate.

##### 7.1.1.2.1 Ácido Valproico

Es una droga que se utiliza para convulsiones y como estabilizador del ánimo en trastornos psiquiátricos. La ganancia de peso se da aproximadamente en un 50% de los pacientes, y continúa a través de los años. Frecuentemente promueven en la mujer el síndrome de ovario poliquístico con hiperandrogenismo y desórdenes menstruales e infertilidad. Debajo de éste síndrome endócrino, subyace la insulinoresistencia, y la hiperinsulinemia.

##### 7.1.1.2.2 Gabapentin

La ganancia de peso se produce con las dosis más altas usadas como droga anticonvulsiante, y no con las dosis más bajas utilizadas para el dolor neuropático.

##### 7.1.1.2.3 Lamotrigina

Es una droga anticonvulsiante y estabilizadora del estado de ánimo. No produce incremento importante de peso, por este motivo cuando se puede se utilizar como alternativa al ácido Valproico.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

#### 7.1.1.2.4 Carbamacepina

Promueve un incremento de peso, pero de pequeña magnitud.

Tabla N° V: “Acción sobre el peso corporal producido por drogas anticonvulsivantes de uso frecuente”

Drogas Anticonvulsionantes	Incremento de peso
Ácido valproico	+++
Gabapentin (altas dosis)	++
Carbamacepina	+
Lamotrigina	Similar al placebo

Fuente: Farmacología para nutricionistas. Patologías crónicas del adulto. Dra. Dora Isabella y Lic. Clarisa Reynoso, (2013).

#### 7.2 sedentarismo

Al menos un 60% de la población mundial no realiza la actividad física necesaria para obtener beneficios para la salud.

Según la OMS, en el ámbito mundial, el 25% de los adultos y el 81% de los adolescentes en edad escolar no se mantienen suficientemente activos.

El Sedentarismo o también llamado, inactividad física, es un estilo de vida que incluye poco ejercicio. Suele aumentar el régimen de problemas de salud, especialmente aumento de peso, obesidad, debilitamiento óseo, el aumento del volumen de grasa, cansancio, estrés y problemas cardiovasculares.

Esto se debe en parte a la insuficiente participación en la actividad física durante el tiempo de ocio y a un aumento de los compartimentos sedentarios durante las actividades laborales y domésticas. El aumento del uso de los medios de transportes “pasivos” también ha reducido la actividad física.

Los niveles de inactividad física son elevados en prácticamente todos los países desarrollados y en desarrollo. En los países desarrollados, más de la mitad

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

de los adultos tienen una actividad insuficiente. En las grandes ciudades de crecimiento rápido del mundo en desarrollo la inactividad es un problema aún mayor. La urbanización ha creado varios factores ambientales que desalientan la actividad física:

- ❖ Sobrepoblación.
- ❖ Aumento de la pobreza.
- ❖ Aumento de la criminalidad.
- ❖ Gran densidad de tráfico.
- ❖ Mala calidad del aire.
- ❖ Inexistencia de parques, aceras e instalaciones deportivas y recreativas.

Por consiguiente, las enfermedades no transmisibles asociadas a la inactividad física son el mayor problema de salud pública en la mayoría de los países del mundo. Se necesitan con urgencia medidas de salud pública eficaces para mejorar la actividad física de todas las poblaciones.

### 7.3 voracidad por la comida – hambre emocional

La voracidad alimentaria es un concepto moderno que se define al impulso de incorporar alimentos masivamente, en forma inmediata, sin contemplar las leyes que regulan esa incorporación, sin disfrutar la ingesta.

Las emociones juegan un papel importante en la mayoría de los casos de obesidad y de trastornos de la alimentación, pero no son la única causa. También se pueden ver envueltas otras variables como; herencia (puede ser causada por algún progenitor); elección de la comida; tamaño y número de células adiposas, hábitos alimentarios y patrones de actividad física o ejercicio.

Es posible que las personas que comen desde sus emociones añadan a casi todo sus problemas de peso. Si revisamos los estudios llevados a cabo en este sector, veremos que el comer emocional es caracterizado en el 84% de las mujeres obesas. Aunque probablemente los hombres no se vean tan afectados como las mujeres, parece que se puede llegar a la conclusión de que el comer emocional no depende del punto de regulación. Para aquellas personas que lo tengan alto, el

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

controlar su comer emocional puede no ser la solución definitiva pero puede resultar, de todos modos, una ayuda sustanciosa.

Una simple emoción o varias pueden hacer que se despierte el apetito. También puede suceder debido a una confusión emocional – un vago sentimiento generalizado de trastorno emocional -. La relación entre un estado emocional puede movilizar una secuencia de conductas alimentarias, que bien se instauran por un período de horas o desaparecen tras un breve episodio.

Mucha de la comida emocional no es específica. La emoción provoca un ansia de comida indiscriminada y vale cualquier alimento que se pueda paladear.

El atracón, es un patrón de comer emocional, más dramático y potencialmente mas peligroso que el “picoteo”. Fue identificado hace más de treinta años por Albert Stunkard (1959) y actualmente es uno de los criterios para definir un trastorno que aparece en la más reciente versión del manual de diagnóstico psiquiátrico. Un atracón es generalmente una consumición rápida de una gran cantidad de comida en un corto período de tiempo. Suele hacerse a escondidas, con la sensación de que el acto de comer está fuera de control.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

## 8. METODOLOGÍA

### 8.1 Localidad

- ❖ Ciudad de Rosario del Tala, Entre Ríos, Argentina.

### 8.2 Fecha de realización

- ❖ Meses de Mayo - Octubre 2017

### 8.3 Tipo de investigación

Es una investigación de carácter exploratorio - observación participante.

### 8.4 Tipo de estudio

El presente trabajo corresponde a una investigación cuantitativa y transversal.

Es cuantitativa porque de acuerdo con Tamayo (2007) consiste en el contraste de teorías ya existentes a partir de una serie de hipótesis surgidas de la misma, siendo necesario obtener una muestra, ya sea en forma aleatoria o discriminada, pero representativa de una población o fenómeno objeto de estudio.

Además, es transversal porque se realizará en un momento determinado y con un grupo elegido.

### 8.5 Población

Pacientes con diagnóstico de Esquizofrenia según el manual CIE-10 Cod. F-20 y alteraciones alimentarias por exceso del Hospital de Salud Mental Dr. Luis a. Ellerman, de la Ciudad de Rosario del Tala, Entre Ríos, Argentina.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

## 8.6 Muestra

Para llevar adelante esta investigación se tomó como unidad de análisis a cada paciente institucionalizado con diagnóstico de esquizofrenia según el manual CIE-10, en el Hospital de Salud Mental Dr. Luis a. Ellerman, de la Ciudad de Rosario del Tala, Entre Ríos, Argentina.

## 8.7 Objeto de estudio

Alteraciones alimentarias por exceso en pacientes institucionalizados con diagnóstico de esquizofrenia según el manual CIE-10, del Hospital de salud mental Dr. Luis a. Ellerman, de la ciudad de Rosario del Tala, Entre Ríos, Argentina, durante el período de mayo a octubre 2017.

## 8.8 Criterios de exclusión

- ❖ Todos los pacientes que se incorporaron al Hospital con posterioridad al inicio de nuestra investigación.
- ❖ Todos los pacientes que no desearon participar de la investigación.
- ❖ Todos los pacientes con indicación de la dirección del Hospital no pudiesen participar.
- ❖ Todos los pacientes que por dificultades psíquicas no puedan participar, como es el habla.

## 8.9 Criterios de inclusión

Todos los pacientes institucionalizados con diagnóstico de esquizofrenia según el manual CIE-10, del Hospital de salud mental Dr. Luis a. Ellerman, de la ciudad de rosario del tala, Entre Ríos, Argentina durante el período de mayo a octubre de 2017, que deseen participar de la investigación y que estén autorizados por la dirección del hospital.

## 8.10 Variables de estudio y operacionalización

VARIABLE: GÉNERO

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***



- ❖ Masculino
- ❖ Femenino

#### VARIABLE: ALTERACIONES ALIMENTARIAS POR EXCESO

- ❖ Sobrepeso
- ❖ Obesidad
- ❖ Diabetes tipo 2
- ❖ Hipertensión Arterial

#### VARIABLE: PADECIMIENTO MENTAL

- ❖ Esquizofrenia

#### 8.11 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

- ❖ Encuestas
- ❖ Entrevistas

Se anexarán otros documentos o medios que la institución, sede del trabajo, autorice.

#### 8.12 Formulario de encuestas

Ver anexo I

#### 8.13 Registro de entrevista

- ❖ Grabaciones
- ❖ Notas manuscritas

#### 8.14 Rol del investigador

En este trabajo me propuse plasmar las impresiones y conclusiones de la exploración de determinadas características en los pacientes de una institución de salud pública de la Provincia.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

El hecho de concebir la salud como un derecho personalísimo de los sujetos, todos los datos recolectados se obtendrán en el marco de todos los cánones éticos que correspondan al trabajo con seres humanos.

Cualquier esquema o situación de participación será mediante un acto voluntario por todos los sujetos que este estudio contempla.

Igualmente, fueron observadas todas las reglas que el hospital sostenga y que las normas de salud permitan.

Por último, asumí en mi carácter de tesista, el compromiso de retribuir al hospital, escenario del objeto de estudio, con todos aquellos datos que considere útiles y la colaboración que de ellos se desprenda.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

## 9. RESULTADOS ALCANZADOS

Se logró en este estudio datos de calidad que permitieron corroborar los contenidos formulados en la hipótesis, y consecuente con los objetivos generales y específicos, que integraron con el diseño de la tesis.

Tabla N°VI: “Población de pacientes Esquizofrénicos discriminando género”

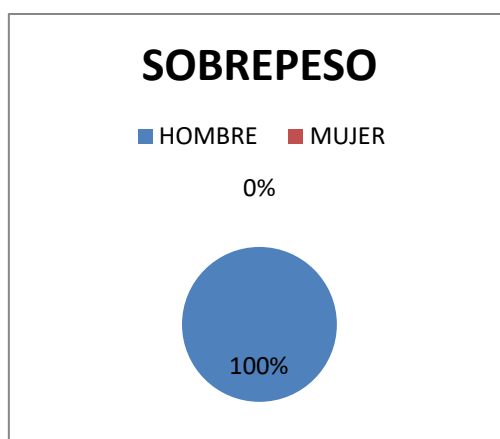
	ESQUIZOFRENIA
HOMBRE	5
MUJER	4
TOTAL	9

Se pudo evaluar a través de encuestas, que existen Alteraciones alimentarias por exceso en pacientes con diagnóstico previo de esquizofrenia. Las alteraciones con mayor incidencia fueron: Obesidad I (habiendo más casos en las mujeres que en hombres), Sobrepeso (habiendo más casos en el hombre que en la mujer), Diabetes tipo 2 (habiendo más casos en la mujer que en hombres) e Hipertensión arterial (habiendo mas casos en el hombre que en la mujer).

Tabla N° VII: “Población con sobrepeso discriminando género”

	SOBREPESO
HOMBRE	2
MUJER	0
TOTAL	2

Gráfico I: “Porcentaje de esquizofrénicos con sobrepeso discriminando hombres y mujeres”



***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

Tabla N°VIII: “Población con Obesidad I, II y III, discriminando género”

	<b>OBESIDAD I</b>	<b>OBESIDAD II</b>	<b>OBESIDAD III</b>
HOMBRE	1	0	0
MUJER	4	0	0
TOTAL	5	0	0

Gráfico N°II: “Porcentaje de pacientes esquizofrénicos con Obesidad I, II y III, en hombres y mujeres”

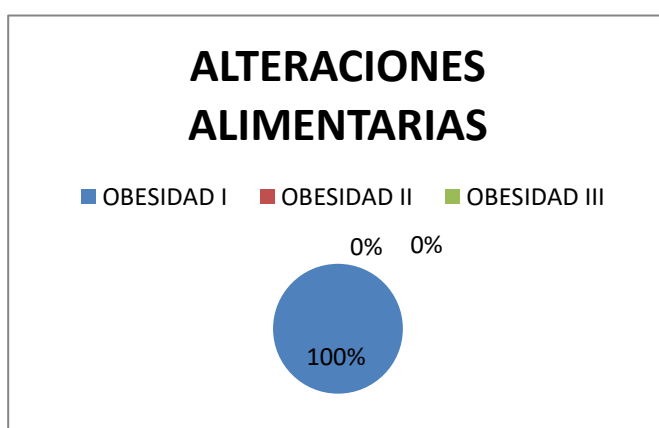
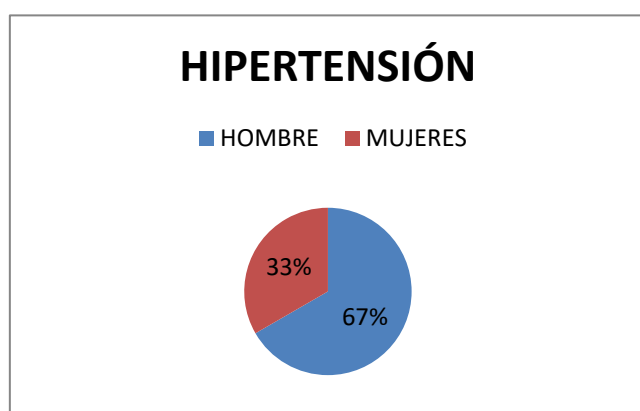


Tabla N°IX: “Población con hipertensión arterial discriminando género”

	<b>HIPERTENSIÓN</b>
HOMBRE	2
MUJERES	1
TOTAL	3

Gráfico N°III: “Porcentaje de pacientes esquizofrénicos con hipertensión arterial”



***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

Tabla N°X: “Población con diabetes tipo 2 discriminando género”

	<b>DIABETES TIPO 2</b>
HOMBRE	0
MUJERES	2
TOTAL	2

Gráfico N°IV: “Porcentaje de pacientes esquizofrénicos con diabetes tipo 2<sup>a</sup>”

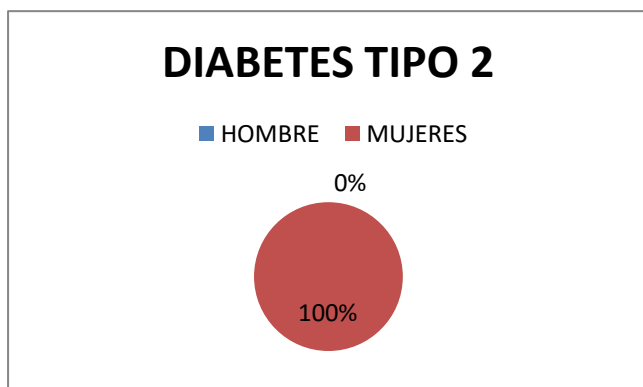
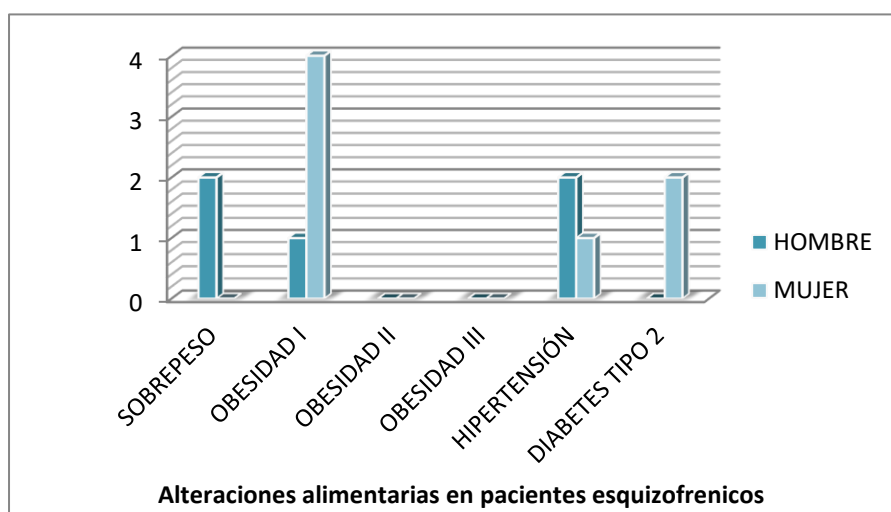


Tabla N°XI: “incidencia de las alteraciones alimentarias presentes en pacientes esquizofrénicos”

	<b>SB</b>	<b>OB I</b>	<b>OB II</b>	<b>OB III</b>	<b>HTA</b>	<b>DBT 2</b>
HOMBRE	2	1	0	0	2	0
MUJER	0	4	0	0	1	2
TOTAL	2	5	0	0	3	2

Gráfico N°V: “Incidencia de las alteraciones alimentarias en pacientes esquizofrénicos”.

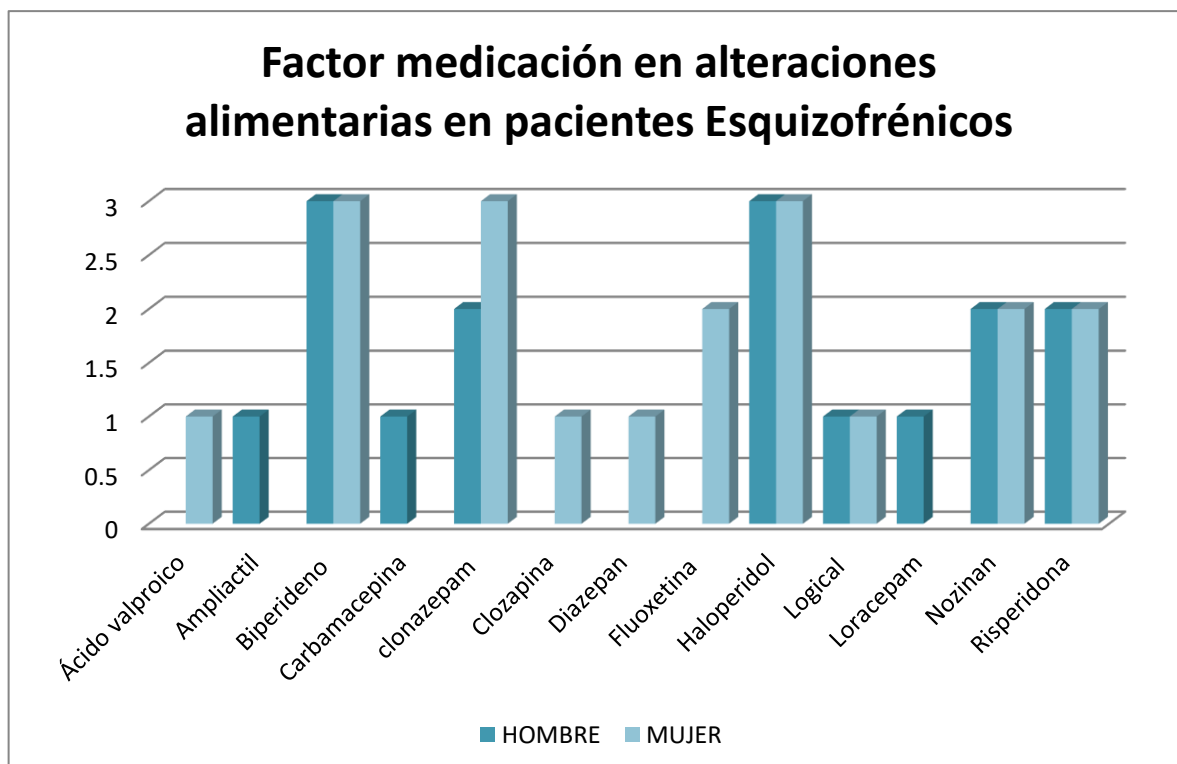


***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

Tabla N° XII: “Factores interviniente: medicación en las alteraciones alimentarias de los pacientes esquizofrénicos”

F. INTERVINIENTE	MEDICACIÓN	HOMBRE	MUJER
	Ácido valproico		1
	Ampliactil	1	
	Biperideno	3	3
	Carbamacepina	1	
	clonazepam	2	3
	Clozapina		1
	Diazepan		1
	Fluoxetina		2
	Haloperidol	3	3
	Logical	1	1
	Loracepam	1	
	Nozinan	2	2
	Risperidona	2	2

Gráfico N°VI: “Factor medicación en alteraciones alimentarias en pacientes esquizofrénicos”



***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

Tabla N° XIII: “Factor Sedentarismo presente en las alteraciones alimentarias en pacientes Esquizofrénicos”

FACTOR	HOMBRE	MUJER
SEDENTARISMO	5	4

Gráfico N° VII: “Porcentaje de pacientes esquizofrénicos sedentarios discriminando género”

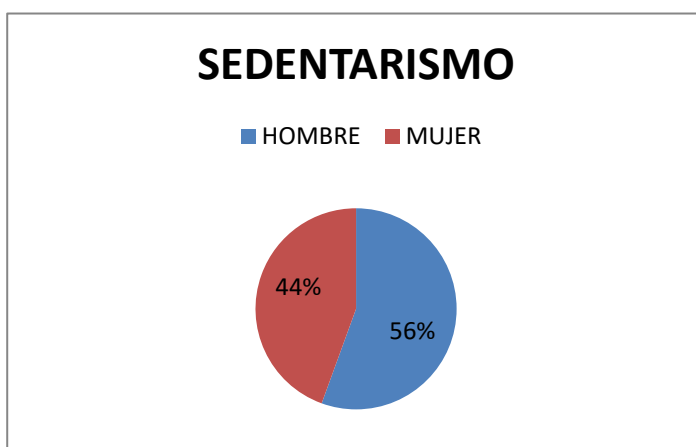
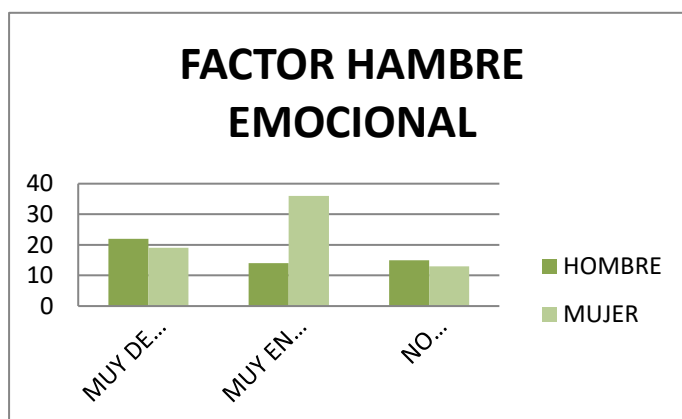


Tabla N° XIV: “Factor Hambre emocional presente en las alteraciones alimentarias en pacientes Esquizofrénicos”

FACTOR HAMBRE EMOCIONAL	HOMBRE	MUJER
MUY DE ACUERDO	22	19
MUY EN DESACUERDO	14	36
NO RESPONDIÓ	15	13

Gráfico N° VIII: “Factor Hambre emocional en alteraciones alimentarias en pacientes esquizofrénicos”

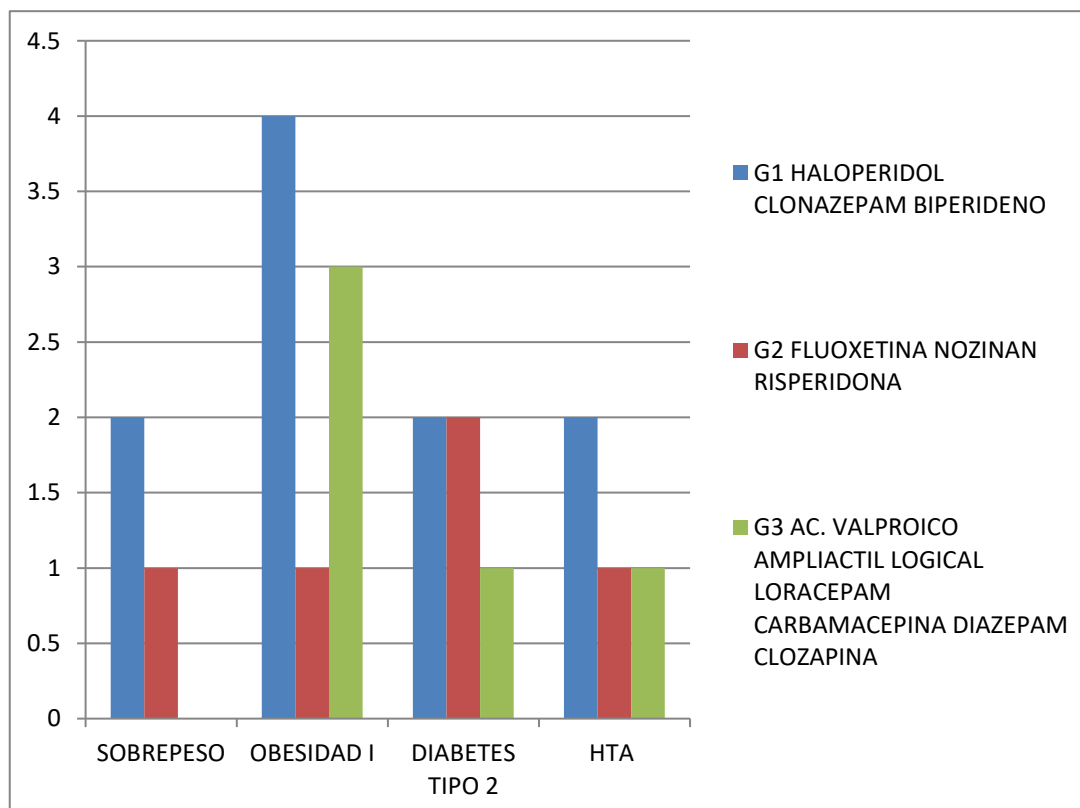


***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

Tabla N° XV: “Grado de incidencia de la medicación y las alteraciones que presentan los pacientes esquizofrénicos”

ENF. /MEDIC.	G1	G2	G3
	HALOPERIDOL	FLUOXETINA	AC. VALPROICO
	CLONAZEPAM	NOZINAN	AMPLIACTIL
	BIPERIDENO	RISPERIDONA	LOGICAL
			LORACEPAM
			CARBAMACEPINA
			DIAZEPAM
			CLOZAPINA
SOBREPESO	2	1	
OBESIDAD I	4	1	3
DIABETES TIPO 2	2	2	1
HTA	2	1	1

Gráfico N° IX: “Grado de incidencia de la medicación y las alteraciones alimentarias por exceso en pacientes esquizofrénicos”



***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***



## 10. DISCUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos en esta investigación, el 99% de los pacientes institucionalizados con esquizofrenia tienen una o más alteraciones alimentarias por exceso. Los estudios que a continuación se citan muestran congruencia con los hallazgos de nuestra investigación, donde nos revelan que la incidencia de alteraciones alimentarias en este tipo de pacientes es realmente elevada y preocupante.

Díaz Veloso R., Rodríguez Álvarez R., y colaboradores realizaron una investigación en los años 2007 y 2008 donde comentan que: la población de esquizofrénicos estudiados presentaron un porcentaje de un 42% de sobrepeso y 23,3% de obesidad. Dichos pacientes, con patología mental, tienen la percepción de un aumento de peso producido por la medicación.

Sáiz Ruiz J., Bobes García j. y colaboradores realizaron un consenso, en el año 2008, donde comentan que: El consenso tuvo como objetivo principal desarrollar un documento sobre la salud física de los pacientes con esquizofrenia y las intervenciones necesarias para disminuir la sobre morbilidad y sobre mortalidad de estos pacientes. Los resultados obtenidos fueron, que en los pacientes con esquizofrenia comparados con la población general presentan mayores tasas de infecciones (VHB, VHC, VIH), enfermedades endocrino-metabólicas, enfermedades cardíacas y respiratorias (sobre morbilidad) y un mayor riesgo de muerte tanto global como por causas naturales —enfermedades respiratorias, cardiovasculares y oncológicas fundamentalmente (sobre mortalidad) —. Los autores determinaron que dada la sobre morbilidad y sobre mortalidad de los pacientes con esquizofrenia debe ser necesario sensibilizar sobre esos aspectos tanto a los médicos de atención primaria como a los especialistas, incluidos los psiquiatras, e incorporar los problemas de salud física a los programas psicoeducativos, a las unidades de adherencia al tratamiento y a las de atención a los trastornos mentales graves.

Gutiérrez Rojas L., Azanza J. R., y colaboradores, realizaron un estudio, en el año 2014, denominado CROSSOBE, donde comentan que: Existe prevalencia del síndrome metabólico en pacientes españoles con esquizofrenia y sobrepeso.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

Detallan además, que el síndrome metabólico SM es altamente prevalente en pacientes españoles con esquizofrenia que tienen sobrepeso. Dado que el síndrome metabólico es un factor de riesgo importante para la enfermedad cardiovascular, estos pacientes deben recibir una monitorización clínica adecuada para este síndrome.

Algunos de los resultados aquí observados son muy afines a los encontrados en otras investigaciones, antes mencionadas, con característica similares. Referente a los pacientes esquizofrénicos y su influencia en las alteraciones alimentarias, nos encontramos que la medicación, como lo son los antipsicóticos de segunda generación influyen de manera importante en el aumento de peso y degradación del metabolismo de la glucemia como el de lípidos.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

## 11. CONCLUSIONES

El objetivo principal de esta tesina fue analizar las alteraciones alimentarias por exceso, en un grupo de personas que antes no se había investigado en mi ciudad, pacientes diagnosticados con esquizofrenia que se encontraban institucionalizados en un Hospital de salud mental en la ciudad de Rosario del Tala, Entre Ríos, Argentina.

¿Porque con este tipo de personas?, era la pregunta que mas me hacían cuando contaba sobre el tema de mi tesina, a lo que respondía, y porque no?, ¿Por qué no avocarnos a personas con trastornos psiquiátricos? ¿Por qué tenerle miedo a este tipo de personas? ¿Por qué imaginarnos cosas malas cuando hablamos de personas con esquizofrenia? Y de estas, un millón más de preguntas me hacia cuando comencé con esta investigación.

Dentro de lo que fue la exploración, se realizaron encuestas en donde se indagó a cada paciente sobre su comportamiento alimentario, medicación, si realizaban actividad física, también sobre alteraciones alimentarias previamente diagnosticadas (Diabetes Tipo 2 e Hipertensión arterial), y se realizó una evaluación antropométrica de peso y talla para determinar Sobrepeso y Obesidad.

Los resultados de las encuestas realizadas, determinaron un indice alto de alteraciones alimentarias, 99% de los pacientes habían desarrollado una o más alteraciones por exceso. Dentro de los factores desencadenantes de las mismas, se halló la medicación, específicamente Antipsicóticos como Haloperidol®, Clonazepam® y Biperideno®. Todos tenían diferentes dosis lo que no condicionó que afecte algunos y a otros no.

Como segundo factor analizado, se encontró la inactividad física. Todos los pacientes encuestados eran sedentarios, no realizaban actividad física, ni dentro del hospital ni fuera del mismo, lo que condiciona aún más un aumento del depósito graso, niveles elevados de glucemia en sangre y problemas circulatorios, entre otras alteraciones.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

Como tercer factor analizado, se delimitó el comportamiento alimentario. Específicamente llamado como voracidad alimentaria. Es un término relativamente nuevo, utilizado en el área psicológica de este tipo de pacientes. Se realizó una encuesta basada en preguntas acerca de la comida donde deberían responder con una A si se encontraban muy de acuerdo con la pregunta o con una E si se encontraban muy en desacuerdo con la misma. Para aquellos que no supieron contestar por no comprender la pregunta o por otro factor, se determinó colocarles N/R (No respondió).

Analizando toda la investigación, hoy, puedo concluir que la exploración realizada en estos meses llegó a mi hipótesis planteada, respondiendo a que existen alteraciones alimentarias por exceso en pacientes esquizofrénicos. Dentro de las cuales, fueron Sobrepeso, Obesidad I, Diabetes tipo 2 e Hipertensión arterial. Teniendo como factores desencadenantes de las mismas, los Antipsicóticos de segunda generación, el sedentarismo y la voracidad alimentaria.

Quiero agregar a esta conclusión, mi propio aprendizaje del proceso de investigar todo este universo desconocido, de personas que me brindaron momentos de mucho cariño, con sus abrazos, dibujos y sus anécdotas. Me hicieron despertar muchas inquietudes y reflexiones.

Trabajé con mucho amor y entusiasmo, con la conciencia de que no iba a ser nada fácil pero que lo iba a lograr.

Me enseñaron a que la imagen corporal es solo un caparazón de la persona, que lo que realmente importa son los sentimientos de uno por el otro, sin importar edad, sexo, clase social ni condición mental.

Y por último, quiero agregar que “todos llegamos al mundo con una misión, la mía, es indudablemente ayudar a las personas a mejorar su calidad de vida, y como dijo años atrás Nise da Silveira... *porque para cambiar la realidad hay que asombrarse, indignarse y contagiarse*”.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

## 12. RECOMENDACIONES

Dentro de un proyecto tan ambicioso como lo fue éste, siempre se desea que haya una mejora continua del mismo; por lo tanto se recomienda a futuros estudiantes que tengan interés en este proyecto, la complementación de describir y evaluar la comensalidad que existe en pacientes esquizofrénicos, teniendo en cuenta en el ámbito en que se desarrolla la misma.

Otra futura y atractiva investigación, sería la de evaluar alteraciones alimentarias desencadenadas por la medicación en esquizofrénicos. Es un escenario muy amplio a investigar y muy enriquecedor. Donde juega un papel fundamental la nutrición, la bioquímica, la medicina y la psicología. Áreas diferentes pero que tienen un fin en común, analizar la salud de un individuo para mejorar su calidad de vida.

Otra recomendación sería incluir una población más grande de alteraciones psiquiátricas, como es el caso de pacientes con bipolaridad y depresión; relacionándolo a alteraciones alimentarias que pueden desencadenarse en un centro de día u hospital.

Y por último, puedo recomendar, investigar sobre la influencia que tiene el hambre emocional en la selección y percepción de la comida en pacientes esquizofrénicos y cómo influye el mismo en el aumento de peso.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

### 13. BIBLIOGRAFÍA

- ✓ Albert J. Stunkard (1959), "Eating patterns of obese persons", Psychiatric Quarterly, 33 Pag. 284 – 292.
- ✓ Bolaños Ríos, P, (2008), Trabajo de investigación: "Influencia de los psicofármacos en el peso corporal", Instituto de ciencia de la conducta, 2008, Sevilla. Obtenido de: [http://www.tcasevilla.com/archivos/influencia\\_de\\_los\\_psicofarmacos\\_en\\_el\\_peso\\_corporal.pdf](http://www.tcasevilla.com/archivos/influencia_de_los_psicofarmacos_en_el_peso_corporal.pdf)
- ✓ Braguinsky J. y col. Concepto, definición y diagnóstico. En Obesidad: saberes y conflictos. Un tratado de Obesidad. ACINDES. (2007). 1; 3-5.
- ✓ CARMELA (cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America), (2011). Obtenido de: <http://www.interamericanheart.org/images/CARMELAoverviewENG.pdf>
- ✓ C. Linda J. Jackson y Raymond Hawkins II, (1980), el estrés relacionado con el exceso alimentario en estudiantes: desarrollo de una escala para medir el modo de comer.
- ✓ De Girolami, D. e González Infantino C, (2014): Libro "Clínica y terapéutica en la nutrición del adulto". 1ª. Ed, 2ª reimp. Editorial El Ateneo; `Pag. [139 a 140: 148 a 149; 153 a 154; 334; 336; 520].
- ✓ Diaz Veloso R. M., Rodrigue Alvarez R., Calvo Castro C., Cortegoso Moreira L., y Fontanillo Fontanillo M., (2007 – 2008) El siguiente estudio realizado en Vigo, España, evaluó "El patrón nutricional –metabólico. Prevalencia de la obesidad y sobrepeso en una unidad de hospitalización psiquiátrica de agudos"
- ✓ Dra. Calvillo L., Lic. Negro L., Lic. Venesio S.; (2010). Estimación de la población afectada de 15 años y más por Trastornos mentales y del comportamiento en Argentina. Obtenido de: <http://www.msal.gob.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/1-estimacion-de-la-poblacion-afectada.pdf>
- ✓ Encuesta Nacional de factores de Riesgo 2009 se pudo observar que la carga de enfermedad y mortalidad atribuida a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)

***"Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad".***

- ✓ García A., Burlando G., (2013), Guías Europeas de Hipertensión 2013 Avances del JNC 8 Guías NICE. PDF:

[file:///C:/Users/Usuario/Downloads/art.revision\\_guias\\_europeas.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/art.revision_guias_europeas.pdf)

- ✓ Gutiérrez Rojas L., Azanza J. R., y colaboradores, (2014)). Estudio realizado en Granada, España donde evaluó la “Prevalencia del síndrome metabólico en pacientes españoles con esquizofrenia y sobrepeso. El estudio CRESSOBE”.
- ✓ López, J., et al. (2002), “DSM-IV-TR, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” Barcelona, Masson.
- ✓ Manual CIE-10 (2016)  
[https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT\\_MANUAL\\_DIAG\\_2016\\_prov1.pdf](https://www.msssi.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/UT_MANUAL_DIAG_2016_prov1.pdf) [Pag. 94 a 102]
- ✓ Mortensen y Juel, (1990), Institute of Psychiatric Demography, Aarhus Psychiatric Hospital, Aisskov, Danish Institute for Clinical Epidemiology, Copenhagen, Denmark, PDF:  
[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1990.tb05466.x/epdf?r3\\_referer=wol&tracking\\_action=preview\\_click&show\\_checkout=1&purchase\\_referrer=www.google.com.ar&purchase\\_site\\_license=LICENSE\\_DENIED](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1990.tb05466.x/epdf?r3_referer=wol&tracking_action=preview_click&show_checkout=1&purchase_referrer=www.google.com.ar&purchase_site_license=LICENSE_DENIED)
- ✓ Murray y López, (1996) La Carga Global de la Enfermedad: Una Evaluación Integral de la Mortalidad y la Discapacidad de Enfermedades, Lesiones y Factores de Riesgo en 1990 y Proyectado hasta 2020. Harvard School of Public Health, Boston.
- ✓ Nise Da Silveira, (Maceió, 15 de febrero de 1905 — Rio de Janeiro, 30 de octubre de 1999) fue una renombrada médica psiquiatra brasileña, discípula de Jung. Dedicó su vida a la psiquiatría, y se manifestó radicalmente contraria a las formas agresivas de tratamiento de su época, tales como el confinamiento en hospicios, electrochoque, insulino terapia, y lobotomía.
- ✓ Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Monografía en Internet] Ginebra: OMS; (2013). Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/publications/action\\_plan/es/](http://www.who.int/mental_health/publications/action_plan/es/).

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

- ✓ Organización Mundial de la Salud. Salud mental (2013): un estado de bienestar [Internet]. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- ✓ Rey, M. y Antonucci, R., (2014)
- ✓ Sáiz Ruiz J., Bobes García j. y colaboradores, (2008): “Consenso delphi sobre la salud física del paciente con esquizofrenia: valoración por un panel de expertos de las recomendaciones de las sociedades españolas de psiquiatría y de psiquiatría biológica”. [Internet]. Disponible en: [https://www.unioviado.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/2012\\_Bobes\\_Consenso.pdf](https://www.unioviado.es/psiquiatria/wp-content/uploads/2017/03/2012_Bobes_Consenso.pdf)
- ✓ Torresani, M. E y Somoza M. I (2011): Libro “Lineamientos para el cuidado nutricional”. 3º edición, 1º reimpresión. Editorial Eudeba; [Pag. 202 a 217].
- ✓ Torresani, M. E y Somoza M. I (2011): Libro “Cuidado nutricional cardiometabólico”. 1ª ed., Editorial Akadia; [Pag. 235 a 236; 267; 500 a 502; 595 a 596; 612].
- ✓ <http://www.webconsultas.com/categoria/mente-y-emociones/trastornos-mentales>
- ✓ <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc133q.pdf>
- ✓ [http://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero\\_marzo\\_2014/Suplemento\\_2014\\_1\\_Neuro\\_Psiq.pdf](http://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf)
- ✓ <http://www.medigraphic.com/pdfs/gaceta/gm-2014/gms141r.pdf>
- ✓ Valenzuela A. Obesidad, Mediterráneo. Chile, (2012)
- ✓ Zigmunt Bauman (Poznań, 19 de noviembre de 1925 — Leeds, 9 de enero de 2017) fue un sociólogo, filósofo y ensayista polaco de origen judío. Su obra, que comenzó en la década de 1950, se ocupa, entre otras cosas, de cuestiones como las clases sociales, el socialismo, el holocausto, la hermenéutica, la modernidad y la posmodernidad, el consumismo, la globalización y la nueva pobreza. Desarrolló el concepto de la «modernidad líquida», y acuñó el término correspondiente. Junto con el también sociólogo Alain Touraine, Bauman recibió el Premio Príncipe de Asturias de Comunicación y Humanidades 2010.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***



## 14. ANEXO I

### Encuesta 1

(Datos que serán llenados por la tesista, según el legajo de cada paciente exceptuando peso y talla que serán otorgados a través de la medición de una balanza de calibre)

Nombre:

IMC:

Sexo:

Diagnóstico previo de:

Edad:

- Diabetes
- Hipertensión

PA:

Medicación:

Talla:

1- ¿Qué importancia tiene la comida en tu vida, aquí en el hospital?

- ❖ Mucha
- ❖ Poca
- ❖ Ninguna
- ❖ Otras

2- ¿Te consideras gordo, delgado, lindo, feo, viejo, joven, o qué?

- ❖ Gordo
- ❖ Delgado
- ❖ Lindo
- ❖ Feo
- ❖ Viejo
- ❖ Joven
- ❖ Otros

3- ¿En algún momento de tu vida, aquí en el hospital, sentiste que estabas preocupado por lo que comías?

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

❖ Si

❖ No

Si respondes si:

- ❖ Porque comía mucho
- ❖ Porque comía poco
- ❖ Porque me gustaba mucho
- ❖ Porque me gustaba poco
- ❖ Porque no me gustaba nada
- ❖ Porque tenía rechazo a la comida

4- ¿Alguna vez buscaste alguna forma para devolver o evacuar lo que habías comido?

- ❖ Alguna vez
- ❖ Pocas veces
- ❖ Muchas veces
- ❖ Siempre
- ❖ Nunca

5- ¿Además de lo que consumís en el desayuno, almuerzo, merienda y cena, ingerís otro alimento?

- ❖ Siempre
- ❖ Algunas veces
- ❖ Nunca

Si es siempre ó algunas veces:

- ❖ Cuando no me siento bien
- ❖ Cuando me siento muy bien

6- ¿Realiza actividad física?

❖ Si

No

## Encuesta 2

### *“HAMBRE EMOCIONAL”*

*Escala para medir el modo de comer*

*Instrucciones: indicar su acuerdo o desacuerdo con cada una de las siguientes cuestiones, eligiendo la letra apropiada en la escala A, B, C, D o E:*

*Muy de acuerdo*

*Muy en Desacuerdo*

A	B	C	D	E
---	---	---	---	---

- 1- El comer me hace sentir más animado/a cuando algo me angustia.
- 2- Cuando estoy nervioso/a, comer algo no me ayuda a calmarme.
- 3- Cuando alguien que me importa hace algo que me demuestra claramente su antipatía, me pongo a comer.
- 4- Comer no me alivia cuando me siento frustrado/a.
- 5- Cuando me siento extremadamente feliz, esa sensación aumenta si como algo.
- 6- Como más de lo normal en períodos de gran estrés.
- 7- Si me siento alterado/a por una discusión con alguien que me importa, comer no me alivia.
- 8- Cuando estoy aburrido/a no suelo comer para distraerme.
- 9- Sentirme inferior a alguien, me despierta ganas de comer.
- 10- Parece que como más de lo normal cuando siento que no controlo las cosas.
- 11- Cuando me enojo con alguien, comer me calma.
- 12- Cuando estoy enojado/a conmigo mismo/a, me siento como si estuviera comiendo.
- 13- Como algo después de que alguien me alabe mi apariencia externa.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

***Nise da Silveira***

- 14-Cuando me reservo mis sentimientos hasta el punto en que me parece que voy a estallar, a veces, como para sentirme mejor.
- 15-No suelo comer más de lo que acostumbro cuando he fracasado en algo.
- 16-Siento como si comiera para estar mejor, si creo que alguien me supera en algo.
- 17-Cuando me siento presionado/a, como más a menudo.

Resultado:

Fuente: J.L. Jackson y R.C. Hawkins, el estrés relacionado con el exceso alimentario en estudiantes: desarrollo de una escala para medir el modo de comer. C. Linda J. Jackson y Raymond Hawkins II, 1980.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

***Nise da Silveira***

### Entrevistas a informantes claves:

En este trabajo se considerarán informantes claves a: todos aquellos sujetos que trabajen en el hospital en distintos lugares del mismo y que tengan contacto continuo con los pacientes – unidad de análisis- durante el período de elaboración de tesis.

Se menciona a:

- ❖ Directora de la institución
- ❖ Enfermeros
- ❖ Nutricionista
- ❖ Terapeuta ocupacional
- ❖ Psiquiatra
- ❖ Psicólogo

Por lo cual los puntos a abordar serán los vinculados a:

- ❖ Actitud de los pacientes hacia la comida.
- ❖ Relación entre comida e imagen corporal de los pacientes.
- ❖ Diferencias de comportamientos alimentarios de los pacientes, por género.
- ❖ Variaciones del peso desde el ingreso hasta la actualidad de los pacientes.
- ❖ Características de la comensalidad y contexto de los pacientes.

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

Concepción del Uruguay, Entre ríos, Argentina

.....de.....del 2017

Entrevista al personal del Hospital:

Nombre y Apellido:

Ocupación dentro del Hospital:

- 1- ¿Usted ha estado presente en el en el momento que sirven la comida?  
¿En cuál? (Desayuno, almuerzo y merienda)

---

---

---

---

---

---

- 2- ¿Los pacientes institucionalizados, con diagnóstico de Esquizofrenia, pueden alimentarse por sus propios medios?

- Si
- No
- Si es no, ¿Por qué?

- 3- ¿Cómo es la relación, para usted, de los pacientes institucionalizados con diagnóstico de Esquizofrenia, con respecto a la comida?

---

---

---

---

---

---

---

---

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

***Nise da Silveira***



## ANEXO II

### Diagrama de Gantt

Nombre de la tarea	Fecha de inicio	Fecha final	Duración (días)
Tarea 1	30/11/2016	05/12/2016	5
Tarea 2	30/11/2016	05/12/2016	5
Tarea 3	01/12/2016	03/12/2016	2
Tarea 4	03/12/2016	21/12/2016	18
Tarea 5	22/12/2016	22/12/2016	0
Tarea 6	24/02/2017	24/02/2017	0
Tarea 7	04/12/2016	04/06/2017	182
Tarea 8	24/02/2017	27/03/2017	31
Tarea 9	08/05/2017	03/07/2017	56
Tarea 10	11/05/2017	28/06/2017	48
Tarea 11	10/07/2017	20/07/2017	10
Tarea 12	10/07/2017	31/07/2017	21
Tarea 13	28/07/2017	03/08/2017	6
Tarea 14	03/09/2017	12/10/2017	34

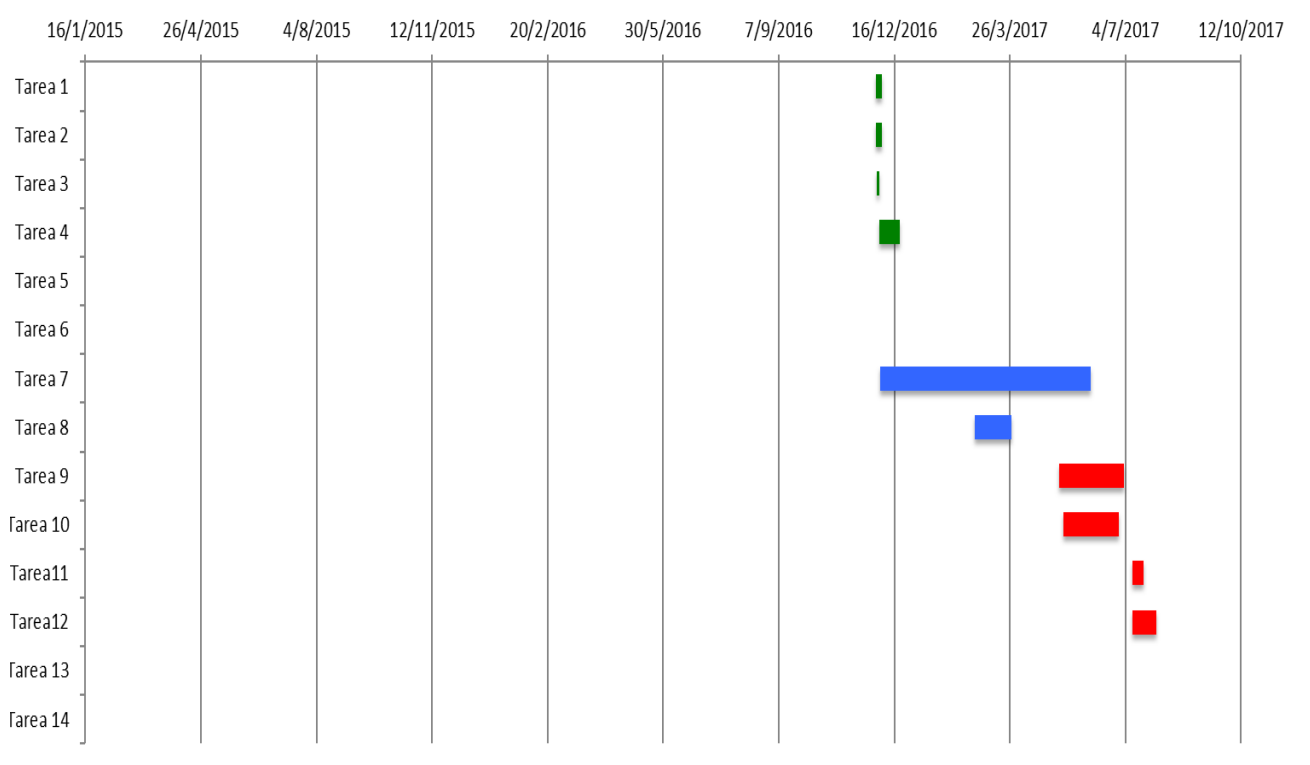
Tarea 1	Objetivos del trabajo
Tarea 2	Planteo del problema
Tarea 3	Localización del trabajo
Tarea 4	Búsqueda de antecedentes del tema
Tarea 5	Reunión con directivos del Neuropsiquiátrico
Tarea 6	Presentación de carta de intención atendiendo sugerencias
Tarea 7	Investigación más específica del tema de estudio
Tarea 8	Realización de anteproyecto de tesina
Tarea 9	Realización de correcciones
Tarea 10	Elaboración de encuestas
Tarea 11	Segunda Presentación de anteproyecto de tesina atendiendo sugerencias
Tarea 12	Elaboración de resultados
Tarea 13	Conclusiones
Tarea 14	Presentación del informe final de tesina

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***



## Anexo III

### diagrama de gantt



***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

***Nise da Silveira***

## Carta de consentimiento

Concepción del Uruguay, 11 de Mayo de 2017

Sr/Sra: \_\_\_\_\_

De mi mayor consideración:

Me dirijo a usted con motivo de solicitar su expreso consentimiento para que \_\_\_\_\_ sea sometido a un proceso de evaluación y observación en el Hospital de Salud Mental Dr. Luis A Ellerman durante el horario de 8 a 11 hs.

Motiva la presente, recabar información para realizar una investigación que me permitirá elaborar la tesis final de mi carrera Universitaria accediendo al título de Licenciada en Nutrición.

Dicha investigación tiene como objetivo analizar las alteraciones alimentarias en pacientes institucionalizados del Hospital de Salud mental Dr. Luis A Ellerman.

Cabe aclarar, que el proceso de evaluación constará de registros antropométricos (peso, talla) y encuestas.

Esperando contar con una respuesta favorable, lo saludo muy Atte.

.....

Cynthia Jacqueline Oviedo

DNI: 37.081.312

Estudiante de Lic. En Nutrición

Facultad de Ciencias Médicas

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es posible cambiar la realidad”.***

***Nise da Silveira***

Por la presente, \_\_\_\_\_,  
en mi carácter de \_\_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_ otorgo mi expreso consentimiento  
a la solicitud cursada oportunamente por la Srita Cynthia Jacqueline Oviedo, a  
los \_\_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ de 2017 en la Ciudad de  
Rosario del Tala, Entre Ríos.

.....

Firma Madre/Padre/Tutor

***“Es necesario asombrarse, indignarse y contagiarse, sólo así es  
posible cambiar la realidad”.***

***Nise da Silveira***