

Licenciatura en Nutrición Trabajo Final Integrador

Autora: Candela Andino

ESTADO NUTRICIONAL, ACTIVIDAD FÍSICA Y HÁBITOS ALIMENTARIOS EN PACIENTES MUJERES CON ESQUIZOFRENIA DEL HOSPITAL INTERZONAL DR. JOSÉ A. ESTÉVES EN 2023

2023

Tutora: Lic. Paula Mizrahi

Citar como: Andino C. Estado nutricional, actividad física y hábitos alimentarios en pacientes mujeres con esquizofrenia del Hospital Interzonal Dr. José A. Estéves en 2023. [Trabajo Final de Grado]. Buenos Aires: Universidad ISALUD; 2023.

<http://repositorio.isalud.edu.ar/xmlui/handle/123456789/646>

RESUMEN

Introducción: La prevalencia de pacientes con esquizofrenia es del 1%. La inhibición de la dopamina, provocada por los fármacos, predispone a un estilo de vida sedentario y por consiguiente a la obesidad.

Objetivos: Indagar el estado nutricional, la actividad física y los hábitos alimentarios de pacientes medicadas por esquizofrenia en el Hospital Interzonal Dr. José A. Estéves en el año 2023.

Materiales y métodos: El diseño de la investigación es descriptivo y transversal, con enfoque de carácter observacional y prospectivo. Se recolectó información de 75 mujeres entre 18 y 97 años, residentes del Hospital Interzonal Dr. José A. Estéves en el año 2023. La evaluación se llevó a cabo mediante un cuestionario en línea utilizando Google Forms., durante un periodo de 2 semanas.

Resultados: Del total de la población el 32% tiene entre 58 y 67 años. El 28% presenta normo peso, sobrepeso y obesidad. El 78,87% no realiza actividad física. El 20% de pacientes con obesidad consume galletitas dulces como colación. El 12% de las pacientes que consumen Haloperidol y Risperidona tienen sobrepeso.

Conclusiones La mayoría de las pacientes no cumple con las recomendaciones de actividad física. No hubo diferencias en cuanto al IMC. El mayor consumo de colaciones se dio por parte de galletitas dulces. Se recomienda motivar la actividad física y el consumo de lácteos y frutas, disminuyendo las fuentes de azúcares.

Palabras clave: Esquizofrenia, psicofármacos, obesidad, actividad física, dopamina.

ABSTRACT

Introduction: The prevalence of patients with schizophrenia is 1%. The inhibition of dopamine, caused by drugs, predisposes to a sedentary lifestyle and consequently to obesity.

Objectives: To investigate the nutritional status, physical activity and alimentary habits of patients medicated for schizophrenia at the Dr. José A. Estévez Interzonal Hospital in 2023.

Materials and methods: The research design is descriptive and transversal, with an observational and prospective approach. Information was collected from 75 women over 18 years of age, residents of the Dr. José A. Estéves Interzonal Hospital in the year 2023. The evaluation was carried out through an online questionnaire using Google Forms, over a period of 2 weeks.

Results: Of the total population, 32% are between 58 and 67 years old. 28% have normal weight, overweight and obesity. 78.87% do not do physical activity. 20% of obese patients consume sweet cookies as a snack. 12% of patients who consume Haloperidol and Risperidone are overweight.

Conclusions Most of patients do not comply with the physical activity recommendations. There were no differences in terms of BMI. The highest consumption of snacks was sweet cookies. It is recommended to encourage physical activity and the consumption of dairy products and fruits, reducing sources of sugar.

Keywords: Schizophrenia, psychotropic drugs, obesity, physical activity, dopamine.

Andino Candela. Estado nutricional, actividad física y hábitos alimentarios en pacientes con esquizofrenia del Hospital Interzonal Dr. José A. Estéves en 2023

AGRADECIMIENTOS

A la docente Paula Mizrahi, por el incentivo y acompañamiento durante este año.

A los enfermeros y nutricionistas del Hospital Interzonal Dr. J. Estéves por permitirme desarrollar el presente trabajo y brindarme el tiempo y herramientas necesarias.

DEDICATORIAS

A mi familia, mi novio y mis amigas, por ser mi sostén durante toda la carrera.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. MARCO CONCEPTUAL Y ESTADO DEL ARTE.....	6
2.1 ESQUIZOFRENIA	6
Características.....	6
Síntomas	7
Diagnóstico	7
Consecuencias.....	8
Tratamiento.....	8
Nutrición.....	9
Calidad de vida	11
2.2 FÁRMACOS	11
Psicofármacos	11
Antipsicóticos	12
2.3 OBESIDAD.....	12
Definición	12
Clasificación	13
Síntomas y signos.....	13
Diagnóstico	14
Antipsicóticos y obesidad.....	14
2.4 ACTIVIDAD FÍSICA	15
3. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA	16
PREGUNTA PROBLEMA.....	16
OBJETIVO GENERAL.....	16
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	16
VIABILIDAD.....	16
4. MATERIALES Y MÉTODOS	17
4.1. DISEÑO Y ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN.....	17
Enfoque.....	17
Alcance.....	17
4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO	17
Población accesible	17
Muestra y selección.....	18

4.2	CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD	18
	Criterios de inclusión.....	18
	Criterios de exclusión.....	18
	Criterios de eliminación	18
4.3	OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	19
4.4	PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	21
4.5	INSTRUMENTOS VALIDADOS O CONSTRUIDOS PARA ESTE TRABAJO	21
4.6	ASPECTOS ÉTICOS	21
4.7	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES EN FUNCIÓN DEL TIEMPO	22
4.8	PRUEBA PILOTO	24
	ANÁLISIS ESTADÍSTICO	24
5	RESULTADOS	25
6	DISCUSIÓN	34
7	CONCLUSIÓN	35
8	RECOMENDACIONES	36
9	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37
10	ANEXO	43
	Anexo 1. Cuestionario de elaboración propia	43
	Anexo 2. Formulario de consentimiento informado.	48

1. INTRODUCCIÓN

Se estima que la prevalencia de esquizofrenia tanto a nivel mundial como en Argentina es del 1%, con una mayor incidencia en hombres entre los 15 y 25 años y mujeres entre los 25 y 35 años (1).

La esquizofrenia es una enfermedad mental crónica donde el individuo presenta una distorsión de la realidad (2).

Los pacientes con esquizofrenia presentan una actividad dopaminérgica por encima de lo normal, provocando síntomas como delirios y alucinaciones, que requiere del uso de psicofármacos que inhiben los receptores de dopamina cerebrales (3), produciendo un efecto sedante que genera un estado de sedentarismo. Estos fármacos predisponen a un aumento de peso conllevando a la presencia de obesidad en el marco de inadecuados estilos de vida (4), falta de actividad física y presencia de enfermedades médicas comórbidas(5).

De acuerdo con un estudio realizado por Zurrón Madera, en España durante el 2022 los pacientes con esquizofrenia mantuvieron estilos de vida poco saludables, con inadecuados hábitos alimentarios y falta de actividad física. Las comidas se consumían en 15 minutos 4 veces al día, predominando los alimentos altos en grasa, azúcares, embutidos y lácteos y una baja proporción de frutas, pescados, cereales y agua (6).

El objetivo del siguiente trabajo es conocer el estado nutricional, actividad física y hábitos alimentarios de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital Interzonal Dr. José A. Estéves.

2. MARCO CONCEPTUAL Y ESTADO DEL ARTE

2.1 ESQUIZOFRENIA

Características

La esquizofrenia es una enfermedad mental que puede manifestarse en la adolescencia o la adultez. Se caracteriza por una distorsión de la realidad, con períodos de brotes y remisiones, que puede llevar a presentar alucinaciones y delirios, donde la persona manifiesta ansiedad, agitación y miedo. (7).

Anatómicamente presentan anormalidades neuroanatómicas que incluyen un alargamiento de los ventrículos laterales y la pérdida de volumen de las cortezas prefrontal y temporal, además del hipocampo, la amígdala y el tálamo. En las personas con riesgo a desarrollar esquizofrenia también se visualizan anormalidades en la materia gris (8).

Los pacientes con esquizofrenia presentan alteraciones en la transmisión sináptica, lo que explicaría cambios en el desarrollo y la intensidad de la enfermedad (8).

En esta enfermedad se presenta una hiperactividad dopaminérgica, debido a un exceso de dopamina o hipersensibilidad de los receptores, los principales receptores afectados son D1 y D2. De acuerdo con la hipótesis dopaminérgica se presenta una hiperestimulación de los receptores D2, lo que desencadenaría síntomas de tipo positivo y una hiperestimulación de los receptores D1, desencadenante de síntomas de tipo negativo (9)

La etiología de esta enfermedad es incierta, pero existen factores que influyen en su desarrollo (10).

Factores genéticos: variaciones en la secuencia del ácido desoxirribonucleico (ADN) confieren cierta susceptibilidad a sufrir trastornos psicóticos (10).

Alteraciones bioquímicas: una hiperactividad de la dopamina, en el líquido cefalorraquídeo, sería responsable de ciertos síntomas positivos (10).

Factores psicosociales: es resultado de dificultades interpersonales tempranas, principalmente las de relación materna (10).

Anomalías del encéfalo: A través de pruebas neuropsicológicas se ha evidenciado alteraciones en el funcionamiento de lóbulos frontales, dilatación del tercer ventrículo y de ambos ventrículos laterales, pérdida en la simetría cerebral normal y cambios en la densidad neuronal (10).

Síntomas

Su inicio puede ser abrupto o insidioso. La mayoría de los pacientes atraviesa una fase prodrómica caracterizada por un desarrollo lento y gradual de los síntomas, como pérdida de interés en actividades diarias o retraimiento social (11).

Presenta síntomas positivos y negativos. Dentro de los primeros se encuentran las alucinaciones, delirios y comportamiento desorganizado, que reflejan dificultad motriz y del habla. La dificultad del habla puede presentarse con palabras sueltas, carentes de coherencia, de forma repetitiva y a gran velocidad. Los problemas motrices pueden verse reflejados en actitudes infantiles, dificultad para realizar actividades diarias o actitudes impredecibles. Los segundos están relacionados con la pérdida de la capacidad de sentir o experimentar las emociones, disminución de la expresión verbal, pérdida de la motivación y de la capacidad de experimentar satisfacción o interés en las actividades diarias (11).

Diagnóstico

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de trastornos mentales 5 (DSM-5) el diagnóstico de esquizofrenia se basa en 6 criterios:

A. Síntomas característicos.

Presencia de ideas delirantes, alucinaciones, lenguaje desorganizado, comportamiento catatónico y abulia por un mes (12).

B. Disfunción social/laboral.

Desde un inicio, presencia de alteraciones en relaciones interpersonales y cuidado de uno mismo (12).

C. Duración de 6 meses.

Persisten signos continuos de la alteración durante al menos 6 meses (12).

D. Exclusión de los trastornos esquizoafectivos y del estado de ánimo.

Se excluye el trastorno esquizoafectivo y del estado del ánimo por no presentar episodios maníacos o depresivos mayores (12).

E. Exclusión de consumo de sustancias y de enfermedades médicas.

El trastorno no es debido a los efectos fisiológicos de alguna sustancia o enfermedad (12).

F. Relación con un trastorno generalizado de desarrollo.

Si hay historia de trastorno autista o de otro trastorno generalizado de desarrollo, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se realizará si las alucinaciones se mantienen durante 1 mes (12).

Consecuencias

La esquizofrenia es una de las principales causas de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) en el mundo. Este indicador relaciona la calidad de vida de las personas que padecen una condición de salud no mortal. Esta enfermedad se ve acompañada de una disminución de la capacidad productiva, de ingresos económicos y en desempeño social (13).

El prejuicio social, por las características propias de la enfermedad, confiere una dificultad de los pacientes en crear vínculos interpersonales y lograr establecerse en el ámbito laboral (14).

El consumo excesivo de alimentos y estupefacientes resultan un consuelo a este aislamiento, pero pueden desencadenar diversas morbimortalidades (14).

Tratamiento

Debido a su cronicidad, el tratamiento de este trastorno busca la capacitación del paciente y de su entorno acerca de la enfermedad y cómo debe tratarse (15). Por otro lado, se busca mejorar la calidad de vida del paciente y su reinserción, a través de dinámicas interpersonales y sociales familiares (15).

Los objetivos del tratamiento terapéutico se organizan en atención a corto plazo y a largo plazo. A corto plazo se busca la resolución de los episodios agudos. A largo plazo los objetivos son evitar las recaídas, las complicaciones y lograr estabilizar al paciente (15).

Actualmente se busca que el abordaje de episodios agudos sea ambulatorio, reservándose la internación en situaciones de riesgo o falta de contención familiar. De ser necesario se dispondrá de atención domiciliaria por parte de un allegado al paciente o personal de salud, para realizar el seguimiento psicoterapéutico y psicofarmacológico (15).

Las acciones se centran en estudiar la entrada en el episodio e intervenir terapéuticamente. El estudio de la entrada en episodio se basa en evaluar la adherencia al tratamiento farmacológico, verificar el diagnóstico y determinación de estresantes. Las intervenciones

terapéuticas apuntan a trabajar con el paciente y quien se encuentre a su cargo, de ser necesario, realizar estudios médicos y evaluar el riesgo del paciente y de terceros (15).

La fase aguda se ve acompañada de situaciones de crisis o excitación psicomotora, por lo que se utilizan psicofármacos para atenuar estos síntomas. La elección de estos dependerá de la eficacia, la buena tolerancia y ventana terapéutica de la molécula empleada (15).

Una vez resuelto el episodio agudo, se mantiene la dosis elegida durante un periodo de tres a seis meses (15).

En este periodo se debe capacitar al paciente y a su entorno sobre los efectos que genera el estrés, la necesidad de cumplir con el tratamiento psicofarmacológico y la posibilidad de sufrir recaídas (15).

Una vez que el paciente logró estabilizarse busca mantener esta situación. Para ello se continuará con el uso de fármacos adecuados a cada situación, para evitar recidivas (15).

Nutrición

Hábitos alimentarios

Un estudio realizado por Solano García en España durante el 2015 demostró que, de un total de encuestados, el 83,6% presentó cierto grado de obesidad. En las mujeres la probabilidad de obesidad era 3 veces mayores que en los hombres. El 51% de los pacientes comía en menos de 15 minutos, el 40.8% no comía fruta diariamente y el 63.1% no comía pescado. De los 159 encuestados 102 eran medicados con antipsicóticos de primera generación, 7 de segunda generación y el resto combinaban ambos. (16).

En 2022 Zurrón Madera, en España, se demostró que, de la muestra estudiada, un 74,2% comía carne grasa semanalmente, el 64,5% menos de 3-4 porciones de pescado, el 77,4% menos de 3 porciones de fruta por día y el 51,6% bebía menos de un litro de agua. El 83,9% tomaba café diariamente 3 cafés por día. Los pacientes presentaban niveles más bajos de vitamina A, D, E, K1, C, ácido fólico y magnesio. El 93,5% no cumplía con las recomendaciones de la OMS sobre actividad física (6).

En 2016, en España, Pearsall R. et al. determinaron que no hay evidencia de calidad alta para confirmar que el asesoramiento dietético en personas con esquizofrenia sea efectivo (16).

Se considera colación al consumo de pequeñas porciones de alimentos por la mañana y por la tarde, con el objetivo de no llegar con demasiado apetito a las comidas principales (18).

Las Guías alimentarias para la población argentina (GAPA) recomiendan consumir 2 a 4 frutas por día, 3 porciones de leche, yogurt o queso por día, frutas secas sin salar en pequeñas cantidades y pan, galletitas y cereales integrales (19).

Ácidos grasos

El cerebro es uno de los órganos con mayor nivel lipídico. Las características fisicoquímicas de los fosfolípidos presentes en la membrana celular dependen del líquido que predomine, esto es determinado, en mayor medida a la dieta consumida. La composición de los ácidos grasos de la membrana modula la función del receptor y la liberación de los neurotransmisores (20).

Una nutrición cerebral adecuada mantiene la integridad estructural y funcional de las neuronas, diversas enfermedades mentales se ven relacionadas con una desnutrición en ese nivel (20).

El consumo elevado de grasas saturadas conlleva una relación con la aparición de trastornos mentales (20).

Alimentos fuente de dopamina

La dopamina tiene como precursores aminoácidos a la tirosina y la fenilalanina, al implementar dietas disociadas, se puede contrarrestar el déficit de macronutrientes causado por el tratamiento de la esquizofrenia (21).

Una ingesta rica en carbohidratos y grasas y pobre en proteínas aumenta la concentración de aminoácidos aromáticos (tirosina, fenilalanina y triptófano), en el cerebro. Mientras que una dieta rica en proteínas aumenta los aminoácidos de cadena ramificada (leucina, isoleucina y valina). En España ,2004, se estudió la disminución de fenilalanina y tirosina en el cerebro a través del aporte de una bebida de aminoácidos de cadena ramificada (21).

Tirosina

Una dieta baja en tirosina se ve relacionada con una disminución de los síntomas positivos de la esquizofrenia (21).

La instauración de in vivo de tirosina hidroxilasa, indicaría un aumento de catecolaminas seguida de la ingesta de altos niveles de tirosina, a nivel de Levodopa (21).

El aporte de aminoácidos ramificados disminuye el aporte de Levodopa y posteriormente de dopamina. Aportar 60 gramos de valina, isoleucina y leucina en proporción 3:3:4 disminuye la tirosina y se aceptan por su sabor y palatabilidad (21)

Fenilalanina

La fenilalanina en altas concentraciones, con una concentración normal de tirosina, inhibe la actividad de la tirosina hidroxilasa y, por consiguiente, la formación de dopamina. Se encontraron niveles elevados de fenilalanina en pacientes con esquizofrenia y bajos niveles de tirosina y alteraciones en el nivel tirosina/fenilalanina (21).

Se relaciono la presencia de movimientos anormales, en pacientes tratados con antipsicóticos, tras ayunar y dar fenilalanina (21).

Se utilizo una mezcla de aminoácidos exenta de triptófano, fenilalanina y tirosina que disminuye las concentraciones plasmáticas en un 67, 78 y 77% respectivamente. Su utilización en ratas demostró una disminución de la dopamina y un cambio conductual en estos animales (21).

Calidad de vida

La mayor parte de los pacientes con esquizofrenia presentan un déficit cognitivo, el cual no se ve beneficiado por el uso de antipsicóticos (22).

Se observa una disminución del funcionamiento social, lo que quiere decir dificultad para conseguir independencia, labor productiva y relaciones interpersonales. Estas personas carecen de la habilidad de adquirir nuevos conocimientos y resolver los problemas que se les presenten (22).

2.2 FÁRMACOS

Psicofármacos

Los psicofármacos son medicamentos utilizados para atenuar los signos y síntomas de enfermedades mentales. Estos actúan a nivel cerebral equilibrando el balance de neurotransmisores (23).

Se clasifican en antidepresivos, ansiolíticos y antipsicóticos. Debido a que este trabajo se centra en la esquizofrenia a continuación se detalla este último (23).

Antipsicóticos

Los antipsicóticos son fármacos utilizados para atenuar los síntomas característicos de la esquizofrenia. La función es actuar como antagonistas en el receptor de dopamina en el sistema nervioso central (24).

Se clasifican en primera generación y atípicos. Los antipsicóticos de primera generación, actúan sobre los receptores de dopamina atenuando los síntomas, un ejemplo de ellos es la clorpromazina. Debido a que producen un efecto sedante y movimientos involuntarios se crearon los antipsicóticos atípicos, como la clozapina, los cuales atenúan los síntomas positivos evitando los efectos extrapiramidales (3).

La síntesis tiene lugar en las terminales nerviosas dopaminérgicas a cargo de la enzima tirosina hidroxilasa y la descarboxilasa de aminoácidos aromáticos. La tirosina hidroxilasa sintetiza adrenalina, dopamina y noradrenalina a partir de la hidroxilación del aminoácido L-tirosina (14).

La dopamina se inactiva al ser reabsorbida por la membrana presináptica o por medio del catecol O-metiltransferasa (COMT) (25).

En la esquizofrenia la corteza prefrontal se ve afectada lo que podría tener relación con un exceso de dopamina, esto es debido a que la COMT, enzima metabolizadora de dopamina, se encuentra disminuida, lo que conlleva en el paciente un estado de hiperactividad (25).

2.3 OBESIDAD

Definición

La obesidad es una enfermedad crónica multifactorial, consecuencia de un desbalance energético, mantenido por un tiempo prolongado (26).

Se produce por la interacción de factores genéticos, sociales, conductuales, psicológicos, metabólicos, celulares y moleculares (26).

Clasificación

Existen diversas formas de clasificar la obesidad, este apartado se enfocará, en primer lugar, según la disposición topográfica de la acumulación de grasa y luego según el índice de masa corporal (IMC) (26).

La obesidad ginoide se caracteriza por una acumulación de tejido adiposo a nivel de las caderas, glúteos y muslos, esta puede generar complicaciones a nivel venoso, articular o biliar (26).

En la obesidad androide la acumulación de tejido adiposo se da a nivel facial, cervical, del tronco y abdominal, conlleva al riesgo de padecer enfermedades crónicas degenerativas (26).

La obesidad visceral presenta una acumulación de tejido adiposo a nivel de las vísceras (26).

El IMC es una clasificación basada en la relación entre el peso del individuo actual, en kilos, y su altura, en metros cuadrados (27).

Los valores entre 18,5 y 24,9 se consideran normales, valores entre 25 y 29,9 se clasifican como sobrepeso, la obesidad tipo 1 ronda entre 30 y 34,9, la obesidad tipo 2 entre 35 y 39,9, mientras que la obesidad mórbida en valores superiores a 40 (27).

Síntomas y signos

Los pacientes con obesidad se caracterizan por presentar un aumento de peso elevado, en ocasiones abrupto, acompañado de estrías cutáneas(26).Este aumento de peso se debe a un incremento anormal del tejido adiposo, el cual puede traer consecuencias graves a la salud (26).Si este tejido se deposita en forma de grasa visceral puede desencadenar resistencia a la insulina, con una consiguiente mayor probabilidad de diabetes, (28) esta distribución también se correlaciona con un mayor riesgo de padecer cardiopatía isquémica(29). Por otro lado, puede generar deformaciones óseas, si la acumulación se realiza a ese nivel (26).

La obesidad abdominal, la insulino resistencia, la dislipidemia aterogénico y la hipertensión arterial son factores de riesgo presentes en el síndrome metabólico, el cual se ve relacionado con un alto riesgo de desarrollar diabetes tipo 2 y enfermedad cardiovascular (29).

Diagnóstico

El índice de masa corporal (IMC) es el método antropométrico principal para el diagnóstico de obesidad (28).

Para evaluar el riesgo cardiovascular se toman mediciones de la circunferencia de cintura, en las cuales se considera riesgo un valor mayor a 94 centímetros en hombres y a 80 en mujeres (28).

Antipsicóticos y obesidad

En Estados Unidos Daumit G. L. et al. en 2018, hallaron que un 50% del total de muestra de sexo femenino con diagnóstico de esquizofrenia tenía en total 50% de sobrepeso u obesidad, mientras que en el grupo control sólo el 20% de las mujeres presentó estos niveles. (30)

La eficacia de los antipsicóticos de primera generación se ve obstaculizada por los efectos extrapiramidales que generan, por lo que los antipsicóticos de segunda generación, surgieron como una nueva alternativa de estos con mayor eficacia y menos efectos extrapiramidales. Sin embargo, su uso, se ve relacionado con un aumento del apetito, del peso y del riesgo de padecer diabetes tipo 2 y enfermedades cardiovasculares (31).

La serotonina es un neurotransmisor que regula el gasto de energía e ingesta de alimento, regula las señales de necesidad energética y las suprime cuando son satisfechas (31).

La serotonina, junto a su receptor, trabajan estimulando el neuropéptido anorexígeno proopiomelanocortina e inhibiendo el neuropéptido Y orexigénico y el péptido relacionado con agutí, generando saciedad y termogénesis (31).

Diversos fármacos como la Olanzapina y la Clozapina muestran antagonismo y alta afinidad por los receptores de serotonina 5HT_{2a} y 2c. La pérdida de los receptores 5HT_{2c} altera el comportamiento alimentario y desencadena la obesidad (31).

Los efectos orexígenos de los antipsicóticos de segunda generación también se ven relacionados con los efectos generados en sobre los receptores H₁ y H₃. La actividad histaminérgica central inhibe la ingesta de alimentos (31).

La Olanzapina y la Clozapina reducen los niveles de receptores H₁ en el núcleo del Hipotálamo, hipotálamo ventromedial, con una estimulación de la proteína quinasa activada por AMP que induce un aumento del apetito y del peso (31).

El aumento de peso, a causa de los antipsicóticos se debe también a su efecto inhibitor en el sistema dopaminérgico (31).

Por otro lado, la Olanzapina y la Clozapina actúan como antagonistas sobre los receptores de acetilcolina muscarínicos los cuales regulan el apetito y el metabolismo (31).

Allison D. B. et al. en Estados Unidos, 1999, encontraron que los psicofármacos antipsicóticos atípicos, como la clozapina y la Olanzapina eran los que más aumento de peso producían en pacientes con esquizofrenia, y aumentaban moderadamente el riesgo de diabetes e hiperlipidemia. (32).

2.4 ACTIVIDAD FÍSICA

Se define como actividad física a cualquier movimiento corporal que aumente el gasto energético, mientras que el ejercicio es una forma estructurada y planeada de su realización. Ambas se correlacionan con la prevención de enfermedades metabólicas, cardiovasculares y obesidad (33).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda 150 a 300 minutos de actividad física aeróbica de intensidad moderada o vigorosa por semana para todos los adultos (34).

Los pacientes con trastornos mentales padecen de los efectos secundarios de la medicación, como el aumento de peso, y estilo de vida precario, sedentarismo, abuso de sustancias, falta de actividad física y estancias hospitalarias prolongadas (33).

Schuch F.B. et al. En 2015, en Estados Unidos, a través de un metaanálisis de 11 ensayos, demostraron que 90 minutos de actividad física moderada a vigorosa por semana, mejora los síntomas positivos y negativos de la esquizofrenia. En otro estudio del 2017, realizado por los mismos autores, se demostró que el ejercicio mejora la cognición global, en comparación con un tratamiento sin el mismo (33)

3. PLANTEAMIENTO Y DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

PREGUNTA PROBLEMA

Cuál es la prevalencia de pacientes con obesidad medicadas por esquizofrenia en el hospital internacional Dr. José Estéves en el año 2023.

OBJETIVO GENERAL

Indagar el estado nutricional, actividad física y hábitos alimentarios de pacientes medicadas por esquizofrenia en el Hospital Interzonal Dr. José A. Estéves en el año 2023

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer las colaciones de las pacientes con esquizofrenia
- Determinar el porcentaje de personas con exceso de peso
- Determinar la frecuencia de actividad física de las pacientes
- Determinar el tipo de vida de las pacientes con esquizofrenia

VIABILIDAD

Este estudio es viable, ya que se encuentra disponible bibliografía relativa al tema y se tiene acceso a población dentro del Hospital Interzonal Dr. José A. Estéves, que presenta las características requerida

4. MATERIALES Y MÉTODOS

4.1. DISEÑO Y ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN

Enfoque

El enfoque del siguiente trabajo es de carácter cuantitativo, prospectivo, transversal, observacional y descriptivo.

Alcance

Este trabajo tiene un alcance descriptivo, cuyo propósito es indagar el estado nutricional, actividad física y hábitos alimentarios en pacientes medicadas por esquizofrenia del Hospital Interzonal Dr. José A. Estéves en el año 2023

4.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Población accesible

Mujeres medicadas por esquizofrenia en el Hospital Interzonal Dr. José A. Estéves, Temperley, Gran Buenos Aires, en el mes de septiembre del año 2023.

Muestra y selección

Mujeres medicadas por esquizofrenia, entre 18 y 97 años internadas en el Hospital Interzonal Dr. José A. Estéves.

4.2 CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Criterios de inclusión

Mujeres entre 18 y 97 años que se encuentran internadas en el Neuropsiquiátrico Hospital Interzonal “José A. Estéves” de la Localidad de Temperley de la Provincia de Buenos Aires, medicadas con antipsicóticos por padecimiento de esquizofrenia.

Criterios de exclusión

Presencia de diabetes, hipertensión, enfermedad hepática, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca o virus de inmunodeficiencia humana.

Criterios de eliminación

Pacientes ambulatorias

Pacientes que elaboran sus propios alimentos

4.3 OPERALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Tabla 1. Operalización de las variables utilizadas en el trabajo de investigación

Nota específica: Definiciones conceptuales:

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Indicador	Categoría	Clasificación	Técnica/ Instrumento
Edad	Tiempo que ha vivido una persona o cierto animal o vegetal (35)	Edad	Edad en años cumplidos	18-27 28-37 38-47 48-57 58-67 68-77 78-87 88-97 98-107	Policotómica cuantitativa continua	Cuestionario Estructurado. Encuesta/ Formulario Google
Medicamento	Sustancia que, se administra por interior o exterior a un organismo animal, sirve para prevenir, curar o aliviar la enfermedad y corregir o reparar las secuelas de esta.(36)	Consumo medicación	-Medicación consumida para esquizofrenia	-Consumo medicina para esquizofrenia: Clorpromazina Flufenazina Haloperidol Perfenazina Tioridazina Trifluoperazina Aripiprazol Asenapina Clozapina Olanzapina Quetiapina Risperidona Ziprasidona	Policotómica cualitativa nominal	Cuestionario Estructurado. Encuesta/ Formulario Google
Consumo	Utilizar comestibles u otros bienes para satisfacer necesidades o deseos. (37)	Consumo Alimentos	-Consumo de colaciones	De consumir colación indique qué alimentos: -galletitas dulces, alfajores, fruta, caramelos, chocolate, torta, yogurt, mate con azúcar, otro	Policotómica cualitativa nominal	Cuestionario Estructurado. Encuesta/ Formulario Google
Estado nutricional	Resultado entre el aporte nutricional que recibe y sus demandas nutritivas, debiendo permitir la	Estado nutricional	Categoría de estado nutricional	-Obesidad mórbida -Obesidad -Sobrepeso -Normo peso -Bajo peso	Policotómica cualitativa ordinal	Cuestionario Estructurado. Encuesta/ Formulario Google

Andino Candela. Estado nutricional, actividad física y hábitos alimentarios en pacientes con esquizofrenia del Hospital Interzonal Dr. José A. Estéves en 2023

	utilización de nutrientes mantener las reservas y compensar las pérdidas. (38)					
Movimiento	Estado de los cuerpos mientras cambian de lugar o de posición. (39)	Movilidad	-Falta de movilidad -Actividad física -deambulación	-La paciente presenta limitación de la movilidad -Realiza gimnasia o baile durante la semana -1 , 2 o más de 3 veces por semana - La paciente deambula -Lo hace en menos de 1 hora al día, entre 1 y 4 horas, más de 4 horas	Dicotómica cualitativa ordinal	Cuestionario Estructurado. Encuesta/ Formulario Google

4.4 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información fue otorgada por la licenciada en nutrición y las enfermeras de 3 salas del Hospital Interzonal Dr. José A. Estéves entre el 30 de agosto y el 6 de septiembre del año 2023.

El formulario brindó información sobre el tipo de medicación utilizada para tratar la esquizofrenia, el padecimiento de otras enfermedades tales como diabetes o hipertensión, la edad de las pacientes, su estado nutricional, su plan alimentario, el consumo de colaciones y el nivel de actividad física.

A partir del Microsoft Excel 2010 se logró realizar tablas para el procesamiento y análisis de los datos de forma clara y sistemática.

4.5 INSTRUMENTOS VALIDADOS O CONSTRUIDOS PARA ESTE TRABAJO

Instrumento de elaboración propia.

Se utilizó el software de administración de encuestas, formularios Google, para arrojar información brindada por la Licenciada en nutrición y las Enfermeras de distintas salas.

El formulario consta de 8 secciones, las cuales indagan sobre el tipo de medicación utilizada para esquizofrenia, el padecimiento de otra patología crónica, el estado nutricional de la paciente, el tipo de dieta suministrada, el consumo de colaciones y el nivel de actividad física.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Previo a la recolección de datos se solicitó al personal a cargo la autorización para llevar la tarea, indicando el propósito de esta, garantizando confidencialidad de la información recabada y de los involucrados.

4.7 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES EN FUNCIÓN DEL TIEMPO

Tareas a realizar	Actividades a realizar	Tiempo meses
Revisión bibliográfica	Búsqueda de información en sitios webs sobre el tema a analizar	8 meses
Planteamiento del problema y objetivos	Redactar el problema de la población y los objetivos principal y específicos del estudio	4 meses
Elaboración del marco teórico	Redactar, en base a la información recabada por la revisión bibliográfica, información acerca del tema de estudio	6 meses
Elaboración de instrumentos	Elaborar instrumentos para obtener la información sobre nuestra población de estudio	1 mes
Prueba piloto	Indicar cuando se realizara el trabajo de campo y que estimativo de muestra se espera, en comparación con el obtenido	1 semana
Trabajo de campo-recolección de datos	Obtener información sobre la población de estudio	1 mes

Andino Candela. Estado nutricional, actividad física y hábitos alimentarios en pacientes con esquizofrenia del Hospital Interzonal Dr. José A. Estéves en 2023

Resultados	Realizar un análisis de la información obtenida de las encuestas, en forma de gráficos y redactado	2 semana
Discusión	Comparar los datos más relevantes con estudios anteriores. Indagar las limitaciones del trabajo, pero también su importancia.	2 semanas
Conclusión y recomendaciones	Redactar la conclusión del trabajo. Recomendar que accionar debería llevar la institución para solucionar la problemática y que se debería estudiar en futuras investigaciones	2 semanas

4.8 PRUEBA PILOTO

Se realizó la prueba piloto y no se modificaron ninguno de los datos

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó un análisis estadístico con método descriptivo, frecuencia y porcentajes. Se utilizó la planilla de cálculo Microsoft Excel 2010.

5 RESULTADOS

El tamaño de la muestra fue de 105 pacientes, por conveniencia del investigador.

Del total de encuestadas se obtuvieron 75 respuestas, de las cuales se excluyeron 30 debido a que no cumplieron el criterio de inclusión. De ellas 3 fueron descartadas por presentar diabetes tipo 2, 2 por presentar diabetes tipo 2 e hipertensión, 1 por presentar diabetes tipo 2 y HIV, 1 por padecer diabetes tipo 2 e insuficiencia cardiaca, 2 por presentar diabetes tipo 2 e insuficiencia renal, 7 por presentar enfermedad hepática, 8 por presentar hipertensión, 1 por presentar hipertensión e insuficiencia renal, 2 por presentar HIV y 3 por padecer insuficiencia renal.

Características de la muestra

Tabla 1: Distribución de porcentaje por edad

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo.

Edad	%	n
18-27	1,33%	1
28-37	6,67%	5
38-47	16,00%	12
48-57	26,67%	20
58-67	32,00%	24
68-77	9,33%	7
78-87	5,33%	4
88-97	1,33%	1
97 o mas	1,33%	1
Total	100,00%	75

La muestra fue representada por un 32% de mujeres entre 58 y 67 años (n:24).

Tabla 2: Distribución de porcentaje por medicación.

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo.

Medicacion	%	n
Clozapina (Clozaril®, FazaClo®)	1,33%	1
Clozapina (Clozaril®, FazaClo®), Olanzapina (Zyprexa®)	1,33%	1
Clozapina (Clozaril®, FazaClo®), Risperidona (Risperdal®)	4,00%	3
Haloperidol (Haldol®)	16,00%	12
Haloperidol (Haldol®), Clozapina (Clozaril®, FazaClo®)	16,00%	12
Haloperidol (Haldol®), Olanzapina (Zyprexa®)	10,67%	8
Haloperidol (Haldol®), Risperidona (Risperdal®)	29,33%	22
Olanzapina (Zyprexa®)	2,67%	2
Olanzapina (Zyprexa®), Risperidona (Risperdal®)	8,00%	6
Risperidona (Risperdal®)	10,67%	8
Total	100,00%	75

La muestra fue representada por un 29,33% de pacientes que consumen Haloperidol y Risperidona (n:22)

Tabla 3: Distribución de porcentaje por estado nutricional.

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo.

Estado nutricional	%	n
bajo peso	9,33%	7
normopeso	28,00%	21
obesidad	28,00%	21
obesidad morbida	6,67%	5
sobrepeso	28,00%	21
Total	100,00%	75

La muestra fue representada por un mismo porcentaje de pacientes con normo peso, sobrepeso y obesidad ,28%(n:21)

Tabla 4: Distribución de porcentaje por consumo

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo.

Consume	%	n
desayuno, almuerzo, merienda, cena	53,33%	40
desayuno, almuerzo, merienda, cena, colacion diurna	46,67%	35
Total	100,00%	75

La muestra fue representada por un 53,33% de pacientes (n:45) que consumen las 4 comidas principales, pero no colación diurna.

Tabla 5: Distribución de porcentaje por colaciones

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo.

Colaciones	%	n
Galletitas dulces	51,43%	18
Galletitas dulces, Mate con azucar	11,43%	4
Mate con azucar	25,71%	9
yogurt	11,43%	4
Total	100,00%	35

La muestra fue representada por un 51,43% de pacientes (n:18) que consumen galletitas dulces como colación diurna.

Tabla 6: Distribución de porcentaje por limitación de la movilidad

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo.

Limitacion movilidad	n	%
no	71	94,67%
si	4	5,33%
Total	75	100,00%

La muestra fue representada por un 94,67% de pacientes (n:71) que no presentan limitación en la movilidad.

Tabla 7: Distribución de porcentaje por actividad física

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo.

La muestra fue representada por un 78,87% de pacientes (n:56) que no realizan actividad física

Tabla 8: Distribución de porcentaje por frecuencia semanal

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo.

La muestra fue representada por un 93,33% de pacientes (n:14) que realizan actividad física una vez por semana y 6,67%(n:1) que realizan 3 veces o más

Tabla 9: Distribución de porcentaje por frecuencia semanal horaria

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo.

La muestra fue representada por un 93.33% de pacientes (n:14) que realizan actividad física entre 1 y 2 horas al día y un 6,67%(n:1) que realizan menos de 1 hora al día.

Tabla 10: Distribución en porcentaje de la relación Medicación/Estado nutricional

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos revelados en el trabajo de campo

Medicacion/Estado nutricional	%	n
☐ Clozapina (Clozaril®, FazaClo®)	1,33%	1
bajo peso	1,33%	1
☐ Clozapina (Clozaril®, FazaClo®), Olanzapina (Zyprexa®)	1,33%	1
normopeso	1,33%	1
☐ Clozapina (Clozaril®, FazaClo®), Risperidona (Risperdal®)	4,00%	3
bajo peso	1,33%	1
obesidad	2,67%	2
☐ Haloperidol (Haldol®)	16,00%	12
bajo peso	1,33%	1
normopeso	8,00%	6
obesidad	2,67%	2
obesidad morbida	1,33%	1
sobrepeso	2,67%	2
☐ Haloperidol (Haldol®), Clozapina (Clozaril®, FazaClo®)	16,00%	12
normopeso	6,67%	5
obesidad	4,00%	3
obesidad morbida	1,33%	1
sobrepeso	4,00%	3
☐ Haloperidol (Haldol®), Olanzapina (Zyprexa®)	10,67%	8
bajo peso	1,33%	1
normopeso	4,00%	3
sobrepeso	5,33%	4
☐ Haloperidol (Haldol®), Risperidona (Risperdal®)	29,33%	22
bajo peso	2,67%	2
normopeso	5,33%	4
obesidad	9,33%	7
sobrepeso	12,00%	9
☐ Olanzapina (Zyprexa®)	2,67%	2
obesidad	1,33%	1
sobrepeso	1,33%	1
☐ Olanzapina (Zyprexa®), Risperidona (Risperdal®)	8,00%	6
obesidad	2,67%	2
obesidad morbida	4,00%	3
sobrepeso	1,33%	1
☐ Risperidona (Risperdal®)	10,67%	8
bajo peso	1,33%	1
normopeso	2,67%	2
obesidad	5,33%	4
sobrepeso	1,33%	1
Total	100,00%	75

La muestra fue representada por un 29,33% (n:22) de pacientes que toman Haloperidol y Risperidona, de las cuales un 12%(n:9) padecen sobrepeso

Tabla 11: Distribución en porcentaje de la relación Edad/Estado nutricional

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo.

Edad/Estado nutricional	%	n
18-27	1,33%	1
obesidad	1,33%	1
28-37	6,67%	5
normopeso	1,33%	1
obesidad	2,67%	2
sobrepeso	2,67%	2
38-47	16,00%	12
normopeso	1,33%	1
obesidad	5,33%	4
obesidad morbida	4,00%	3
sobrepeso	5,33%	4
48-57	26,67%	20
normopeso	8,00%	6
obesidad	6,67%	5
obesidad morbida	2,67%	2
sobrepeso	9,33%	7
58-67	32,00%	24
bajo peso	5,33%	4
normopeso	8,00%	6
obesidad	9,33%	7
sobrepeso	9,33%	7
68-77	9,33%	7
bajo peso	1,33%	1
normopeso	5,33%	4
obesidad	2,67%	2
78-87	5,33%	4
bajo peso	1,33%	1
normopeso	2,67%	2
sobrepeso	1,33%	1
88-97	1,33%	1
bajo peso	1,33%	1
97 o mas	1,33%	1
normopeso	1,33%	1
Total	100,00%	75

La muestra fue representada por un 32 % (n:24) de pacientes entre 58 y 67 años, de las cuales un 9,33% (n:7) padece sobrepeso

Tabla 12: Distribución en porcentaje de la relación Estado nutricional/colación

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo.

Estado nutricional/colacion	%	n
bajo peso	9,33%	7
(en blanco)	9,33%	7
normopeso	28,00%	21
Galletitas dulces	2,67%	2
Mate con azucar	2,67%	2
yogurt	1,33%	1
(en blanco)	21,33%	16
obesidad	28,00%	21
Galletitas dulces	9,33%	7
Galletitas dulces, Mate con azucar	4,00%	3
Mate con azucar	6,67%	5
(en blanco)	8,00%	6
obesidad morbida	6,67%	5
Galletitas dulces	4,00%	3
yogurt	1,33%	1
(en blanco)	1,33%	1
sobrepeso	28,00%	21
Galletitas dulces	8,00%	6
Galletitas dulces, Mate con azucar	1,33%	1
Mate con azucar	2,67%	2
yogurt	2,67%	2
(en blanco)	13,33%	10
Total	100,00%	75

La muestra fue representada por un 9,33%(n:7) de pacientes con bajo peso que no consumen colaciones, un 21,33%(n:16) de pacientes con normo peso que no consumen colaciones, un 9,33%(n:7) de pacientes con obesidad que consumen galletitas dulces como colación

Tabla 13: Distribución en porcentaje de la relación Movilidad/edad

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo.

Movilidad/edad	%	n
<input type="checkbox"/> no	94,67%	71
18-27	1,33%	1
28-37	6,67%	5
38-47	14,67%	11
48-57	25,33%	19
58-67	29,33%	22
68-77	9,33%	7
78-87	5,33%	4
88-97	1,33%	1
97 o mas	1,33%	1
<input type="checkbox"/> si	5,33%	4
38-47	1,33%	1
48-57	1,33%	1
58-67	2,67%	2
Total	100,00%	75

La muestra fue representada por un 94,67% (n:71) de pacientes que no presentan limitaciones en la movilidad de las cuales un 29,33% (n:22) tienen entre 58 y 67 años

Tabla 14: Distribución en porcentaje de la relación Actividad física/Edad

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo.

Actividad/edad	%	n
<input type="checkbox"/> no	78,87%	56
18-27	1,41%	1
28-37	5,63%	4
38-47	14,08%	10
48-57	22,54%	16
58-67	21,13%	15
68-77	7,04%	5
78-87	4,23%	3
88-97	1,41%	1
97 o mas	1,41%	1
<input type="checkbox"/> si	21,13%	15
28-37	1,41%	1
38-47	1,41%	1
48-57	4,23%	3
58-67	9,86%	7
68-77	2,82%	2
78-87	1,41%	1
Total	100,00%	17

La muestra fue representada por un 78,87% (n:56) de pacientes que no realizan actividad física, de las cuales un 22,54% (n:16) tienen entre 48 y 57 años.

Tabla 15: Distribución en porcentaje de la relación Actividad física/Estado nutricional.

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo.

Actividad física/estado nutricional	%	n
no	78,87%	56
bajo peso	7,04%	5
normopeso	21,13%	15
obesidad	21,13%	15
obesidad morbida	5,63%	4
sobrepeso	23,94%	17
si	21,13%	15
bajo peso	2,82%	2
normopeso	8,45%	6
obesidad	5,63%	4
sobrepeso	4,23%	3
Total general	100,00%	71

La muestra fue representada por un 78,87% (n:56) de pacientes que no realizan actividad física, de las cuales un 23,94% (n:17) tienen sobrepeso. Mientras que un 8,45% (n:6) representan a pacientes con normo peso que realizan actividad

Tabla 16: Distribución en porcentaje de la relación Frecuencia semanal/Edad

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo.

Frecuencia semanal/edad	%	n
1	93,33%	14
28-37	6,67%	1
38-47	6,67%	1
48-57	20,00%	3
58-67	46,67%	7
68-77	13,33%	2
3 o mas	6,67%	1
78-87	6,67%	1
Total general	100,00%	15

La muestra fue representada por 93,33%(n:14) de pacientes que realizan actividad física 1 vez por semana, de las cuales un 46,67%(n:7) tiene entre 58 y 67 años.

Tabla 17: Distribución en porcentaje de la relación Frecuencia / Edad

Fuente. Elaboración propia a partir de los datos relevados en el trabajo de campo.

Andino Candela. Estado nutricional, actividad física y hábitos alimentarios en pacientes con esquizofrenia del Hospital Interzonal Dr. José A. Estéves en 2023

Frecuencia/edad	%	n
<input type="checkbox"/> entre 1 y 2 horas al día	93,33%	14
28-37	6,67%	1
38-47	6,67%	1
48-57	13,33%	2
58-67	46,67%	7
68-77	13,33%	2
78-87	6,67%	1
<input type="checkbox"/> menos de 1 hora al día	6,67%	1
48-57	6,67%	1
Total general	100,00%	15

La muestra fue representada por un 93,33%(n:14) de pacientes que realizan actividad física entre 1 y 2 horas, de las cuales un 46,67 % (n:7) tienen entre 58 y 67 años.

6 DISCUSIÓN

Este estudio analizó el estado nutricional, actividad física y hábitos alimentarios de pacientes con diagnóstico de esquizofrenia del Hospital Interzonal Dr. José A. Estéves, con un “n” muestral de 75 pacientes.

Es importante destacar que por una cuestión ética no fue posible encuestar directamente a las usuarias del hospital y así conocer qué opinan respecto a sus hábitos, por lo cual, dentro de las limitaciones del estudio realizado, se debe mencionar que está basado en la información brindada por el personal a cargo de estas.

El estudio se realizó confiando en el criterio dicho personal, pero sabiendo que toda visión subjetiva puede generar un sesgo en los resultados.

En el presente estudio, con un n:75 personas, se encontró un mismo porcentaje de pacientes con normo peso, sobrepeso y obesidad siendo un 28% (n:21), en contraparte con un estudio realizado por Joffre V.M. en Bogotá, 2019, en el que se mostró que un 1% eran obesas, el 19% tenían sobrepeso y el 12% tenían peso normal (40). Esta diferencia puede deberse a que el segundo estudio contó con una muestra mucho más amplia que el primero.

De un n:75 personas, un 78,87%(n:56), no realiza actividad física, y de 93,33% (n:14) que lo hacen, únicamente cumplen 1 o 2 horas por semana, lo cual no llega a cumplir la recomendación de 90 minutos semanales realizada por Schuch F.V. et al. en 2015(33).

La investigación demostró que, de 21 pacientes con obesidad, un 20%(n:15) consumen como colación galletitas dulces, mate con azúcar o ambas cosas, esto tiene una relación con el estudio realizado por Zurrón Madera en España durante ,2017, donde se indicó un elevado consumo de azúcares y uno bajo de frutas y lácteos (6).

Este estudio demostró que de 22 de pacientes que toman Haloperidol y Risperidona, un 12%(n:9) padecen sobrepeso, esto se contrapone con los estudios de Allison D.B. et al. realizados en Estados Unidos ,1999, demostraron que los psicofármacos atípicos, como la clozapina y la Olanzapina eran los que más aumento de peso producían en pacientes con esquizofrenia (32).

Se considera que la investigación realizada es de importancia debido a que no hay antecedentes en Argentina de este tipo de estudios que hayan considerado variables como hábitos alimenticios, de actividad física, consumo medicamentoso y enfermedades concomitantes en mujeres con diagnóstico de esquizofrenia

7 CONCLUSIÓN

Durante el estudio de IMC de la población seleccionada para el presente estudio se observó un porcentaje similar entre las pacientes con normo peso, sobrepeso y obesidad.

Se logró identificar un alto consumo de hidratos de carbono como colación a elección de las propias pacientes.

Se corroboró que la actividad física, es escasa a nula, quedando a voluntad de las pacientes a realizarla.

No fue posible inferir que la situación de sobrepeso y obesidad se deba al tipo de medicación recibida.

8 RECOMENDACIONES

Para futuros estudios sobre esta enfermedad se recomienda indagar sobre los hábitos alimenticios y el nivel de actividad física, en poblaciones de rango etario más amplio, otra localización geográfica, con costumbres diferentes y tratadas con distintos protocolos medicamentosos aplicados a esquizofrenia.

Motivar realizar 90 minutos mínimos actividad física semanalmente.

Realizar un control de las colaciones consumidas por las pacientes, incentivar el aporte de frutas y disminuir el consumo de alimentos fuentes de azúcares.

9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Saha S, Chant D, Welham J, McGrath J. A Systematic Review of the Prevalence of Schizophrenia. Hyman SE, editor. PLoS Medicine [Internet]. 2005 May 31;2(5): e141. Available from: <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0020141>
- (2) Lakhan SE, Vieira KF. Nutritional therapies for mental disorders. Nutrition Journal. 2008 Jan 21;7(1). Available from: <http://www.nutritionj.com/content/7/1/2>
- (3) Padín GA. Esquizofrenia. Cuadernos del Tomás [Internet]. 2012;(4):151–72. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4018442>
- (4) Penninx BWJH, Lange SMM. Metabolic syndrome in psychiatric patients: overview, mechanisms, and implications. Dialogues in Clinical Neuroscience [Internet]. 2018 Mar 1;20(1):63–73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29946213/>
- (5) Cobos-López E, Morales-Rodríguez G, A.M. Riesgo genético y ambiental en enfermedad mental: esquizofrenia y obesidad. Una revisión bibliográfica (Internet). Disponible en: https://revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v5_n2_a7.pdf
- (6) Zurrón Madera P, Casaprima Suárez S, García Álvarez L, García-Portilla González MP, Junquera Fernández R, Canut MTL. Hábitos alimenticios y nutricionales en pacientes con esquizofrenia. Rev Psiquiatr Salud Ment [Internet]. 2022 ;15(1):54–60. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-psiquiatria-salud-mental-286-articulo-habitos-alimenticios-nutricionales-pacientes-con-S1888989119300989>
- (7) Pacheco A, Raventós H. Genética de la esquizofrenia: avances en el estudio de genes candidatos. Revista de Biología Tropical [Internet]. 2004 Sep 1 ;52(3):467–73. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-77442004000300007&lng=en.
- (8) Avila-Rojas H, Sandoval-Zamora H, Pérez-Neri I. Sistemas de neurotransmisión, alteraciones neuroanatómicas y muerte celular en la

- esquizofrenia: actualización y perspectivas. *Investigación Clínica* [Internet]. 2016 jun 1 ;57(2):217–30. Disponible en:
http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0535-51332016000200008&lng=es
- (9) Ruiz JS, Sánchez DC de la V, Páez PS. Bases Neurobiológicas de la Esquizofrenia. *Clínica y Salud* [Internet]. 2010;21(3):235–54. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180615360004>
- (10) Campero-Encinas D, Campos-Lagrava H, Campero Encinas M. Esquizofrenia: la Complejidad de una Enfermedad Desoladora. *Revista Científica Ciencia Médica* [Internet]. 2009 ;12(2):32–7. Disponible en:
http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332009000200011&lng=es.
- (11) Alanen Y, Fleck S, González De Chávez M, Sanz M. LA ESQUIZOFRENIA Sus Orígenes y su Tratamiento Adaptado a las Necesidades del Paciente Introducción a la edición española de [Internet]. Disponible en:
http://www.cursoesquizofrenia.com/Castellano/pdf/LA_ESQUIZOFRENIA.pdf
- (12) Tandon R, Gaebel W, Barch DM, Bustillo J, Gur RE, Heckers S, et al. Definition and description of schizophrenia in the DSM-5. *Schizophr Res* [Internet]. 2013;150(1):3–10. Available from:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996413002831>
- (13) Castro-Alzate ES, Cardona-Marín LM, Bustos C, Pacheco-López R, Saldivia S. Modelo explicativo de discapacidad en población con trastornos mentales graves atendida en una institución especializada de la ciudad de Cali (Colombia). *Revista Ciencias de la Salud* [Internet]. 2019 oct 31 ;17(3):60. Disponible en:
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-72732019000300060
- (14) Campero-Encinas D, Campos-Lagrava H, Campero Encinas M. Esquizofrenia: la Complejidad de una Enfermedad Desoladora. *Revista Científica Ciencia Médica* [Internet]. 2009;12(2):32–7. Disponible en:

http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-74332009000200011&lng=es.

- (15) Herlyn S. Tratamiento de la esquizofrenia [Internet]. 2011. Disponible en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/616_psicofarmacologia/material/tratamiento_farmaco_esquizofrenia.pdf
- (16) Solano García Lidia, Campello Vicente Cristina. ¿Influyen los hábitos alimenticios de un paciente esquizofrénico en el desarrollo de la obesidad? Evidentia [Internet]. 2015 ene-mar; 12(49). Disponible en: <https://www.index-f.com/evidentia/n49/ev9800.php>
- (17) Pearsall R, Thyarappa Praveen K, Pelosi A, Geddes J. Dietary advice for people with schizophrenia. Cochrane Libr [Internet]. 2016. Disponible en: https://www.cochrane.org/es/CD009547/SCHIZ_asesoramiento-dietetico-para-los-pacientes-con-esquizofrenia
- (18) Guías Alimentarias para la Población Infantil Consideraciones para los equipos de salud [Internet]. Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/profesionales/PDF_Equipo_baja.pdf
- (19) Ministerio de Salud de la Nación. Guías Alimentarias para la Población Argentina [Internet] Buenos Aires 2020. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina.pdf>
- (20) Gómez Ayala AE. Nutrición y enfermedad mental. Farmacia Profesional [Internet]. 2007 Mar 1 ;21(3):60–3. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-farmacia-profesional-3-articulo-nutricion-enfermedad-mental-13100394>
- (21) José Antonio Villegas. Manipulación proteica en las enfermedades mentales asociadas a alteraciones de la serotonina y dopamina (esquizofrenia). [Internet]. 2004.. Available from: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/manipulacion-proteica-en-las-enfermedades-mentales-asociadas-a-alteraciones-de-la-serotonina-y-dopamina-esquizofrenia/>
- (22) Cavieres F. A, Valdebenito V. M. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en la esquizofrenia. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2005 Jun;43(2). Disponible en : https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000200003

- (23) Escalas J, Guerra A, Rodríguez-Cerdeira MC. Tratamiento con psicofármacos de los trastornos psicodermatológicos. *Actas Dermo-Sifiliográficas*. 2010 jul;101(6):485–94. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001731010002267>
- (24) Mukherjee S, Skrede S, Milbank E, Andriantsitohaina R, López M, Fernø J. Understanding the Effects of Antipsychotics on Appetite Control. *Frontiers in Nutrition* [Internet]. 2022 Jan 3;8:815456. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8762106/#>
- (25) Brown AS. The environment and susceptibility to schizophrenia. *Progress in Neurobiology* [Internet]. 2011 Jan;93(1):23–58. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301008210001681>
- (26) José Antonio Morales González. *Obesidad Un enfoque multidisciplinario* [Internet]. 2010. Disponible en: https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4823/libro_de_obesidad.pdf
- (27) Barbany M, Foz M. Obesity: concept, classification and diagnosis. *An Sist Sanit Navar* [Internet]. 2009 ;25(Suppl 1):7–16. Available from: <https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5466>
- (28) Bryce-Moncloa A, Alegría-Valdivia E, San Martín-San Martín MG. Obesidad y riesgo de enfermedad cardiovascular. *Anales de la Facultad de Medicina* [Internet]. 2017 Apr 1 ;78(2):202–6. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832017000200016
- (29) López-Villalta Lozano MJ, Soto González A. Actualización en obesidad. *Cadernos de atención primaria* [Internet]. 2010 ;17(2):101–7. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3321212>
- (30) Daumit GL, Dalcin AT, Dickerson FB, Miller ER, Evins AE, Cather C, et al. Effect of a Comprehensive Cardiovascular Risk Reduction Intervention in Persons with Serious Mental Illness: A Randomized Clinical Trial. *JAMA network open* [Internet]. 2020 Jun 1;3(6): e207247. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32530472/>
- (31) Brecher M, Leong RW, Stening G, Osterling-Koskinen L, Jones AM. Quetiapine and long-term weight change: a comprehensive data review of patients with schizophrenia. *The Journal of clinical psychiatry* [Internet]. 2007;68(4):597–603. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17474816/>

- (32) Allison DB, Mentore JL, Heo M, Chandler LP, Cappelleri JC, Infante MC, et al. Antipsychotic-induced weight gain: a comprehensive research synthesis. *The American Journal of Psychiatry* [Internet]. 1999 Nov 1;156(11):1686–96. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10553730/>
- (33) Schuch FB, Vancampfort D, Richards J, Rosenbaum S, Ward PB, Stubbs B. Exercise as a treatment for depression: A meta-analysis adjusting for publication bias. *Journal of Psychiatric Research* [Internet]. 2016 Jun;77(77):42–51. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0022395616300383>
- (34) Cada movimiento cuenta para mejorar la salud – dice la OMS [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news/item/25-11-2020-every-move-counts-towards-better-health-says-who#:~:text=Las%20nuevas%20directrices%20recomiendan%20por>
- (35) ASALE R -, RAE. edad | Diccionario de la lengua española [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. Disponible en: <https://dle.rae.es/edad>
- (36) ASALE R -, RAE. medicamento | Diccionario de la lengua española [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. Disponible en: <https://dle.rae.es/medicamento>
- (37) ASALE R -, RAE. consumir | Diccionario de la lengua española [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. Disponible en: <https://dle.rae.es/consumir>
- (38) Gimeno E. Medidas empleadas para evaluar el estado nutricional. *Offarm* [Internet]. 2003 Mar 1;22(3):96–100. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-medidas-empleadas-evaluar-el-estado-13044456#:~:text=El%20estado%20nutricional%20de%20un>
- (39) ASALE R -, RAE. movimiento | Diccionario de la lengua española [Internet]. “Diccionario de la lengua española” - Edición del Tricentenario. Disponible en: <https://dle.rae.es/movimiento>
- (40) Víctor Manuel Joffre-Velázquez, Gerardo García-Maldonado, Atenógenes H. Saldívar-González, Gerardo Martínez-Perales. Revisión sistemática de la asociación entre sobrepeso, obesidad y enfermedad mental, con énfasis en el trastorno esquizofrénico. *Revista Colombiana de Psiquiatría* [Internet]. 2009. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80615450011.pdf>

Andino Candela. Estado nutricional, actividad física y hábitos alimentarios en pacientes con esquizofrenia del Hospital Interzonal Dr. José A. Estéves en 2023

10. ANEXO

Anexo 1. Cuestionario de elaboración propia

Estado nutricional y hábitos alimentarios en pacientes con esquizofrenia

Mi nombre es Candela Andino , este cuestionario formará parte del desarrollo de mi trabajo final integrador de la carrera de Licenciatura en Nutrición de la Universidad Isalud .El mismo fue diseñado para conocer el estado nutricional y los hábitos alimentarios de las pacientes con esquizofrenia del Hospital Interzonal Dr. José A. Estévez, a través de las respuestas obtenidas por el personal de salud del hospital. Este cuestionario es de carácter voluntario y anónimo. Muchas gracias por la colaboración.

Desea participar de este cuestionario? *

- si
- no

Nombre de la paciente

Texto de respuesta corta

La paciente padece de esquizofrenia

- si
- no

La paciente consume medicación para la esquizofrenia? *

- si
- no

Andino Candela. Estado nutricional, actividad física y hábitos alimentarios en pacientes con esquizofrenia del Hospital Interzonal Dr. José A. Estéves en 2023

⋮

Cual medicación? *

- Clorpromazina (Thorazine®)
- Flufenazina (Prolixin®)
- Haloperidol (Haldol®)
- Perfenazina (Trilafon®)
- Tioridazina (Mellaril®)
- Trifluoperazina (Stelazine®)
- Aripiprazol (Abilify®)
- Asenapina (Saphris®)
- Clozapina (Clozaril®, FazaClo®)
- Trifluoperazina (Stelazine®)
- Aripiprazol (Abilify®)
- Asenapina (Saphris®)
- Clozapina (Clozaril®, FazaClo®)
- Olanzapina (Zyprexa®)
- Quetiapina (Seroquel®)
- Risperidona (Risperdal®)
- Ziprasidona (Geodon®)
- Otra...

Andino Candela. Estado nutricional, actividad física y hábitos alimentarios en pacientes con esquizofrenia del Hospital Interzonal Dr. José A. Estéves en 2023

Padece alguna de estas patologías? *

- Diabetes tipo 2
 - HIV
 - Hipertension
 - Insuficiencia renal
 - Hepatopatía
 - Insuficiencia cardíaca
 - no
-

La paciente presenta ... *

- obesidad morbida
- obesidad
- normopeso
- bajo peso
- sobrepeso

Andino Candela. Estado nutricional, actividad física y hábitos alimentarios en pacientes con esquizofrenia del Hospital Interzonal Dr. José A. Estéves en 2023

Edad de la paciente *

- 18-27
- 28-37
- 38-47
- 48-57
- 58-67
- 68-77
- 78-87
- 88-97
- 97 o mas

Presenta un plan alimentario

- General
- Bajo en hidratos de carbono
- Bajo en hidratos de carbono estricto
- General con resfuerzo



Consume *

Esto se refiere a una semana tipica,puede elegir mas de una opción

- desayuno
- almuerzo
- merienda
- cena
- colacion matutina
- colacion diurna
- colacion nocturna

Andino Candela. Estado nutricional, actividad física y hábitos alimentarios en pacientes con esquizofrenia del Hospital Interzonal Dr. José A. Estéves en 2023



De consumir colación indique qué alimentos

- Galletitas dulces
- Alfajores
- Fruta
- Caramelos
- Chocolates
- Tortas
- yogurt
- Mate con azucar
- Otra...



La paciente presenta limitación en la movilidad? *

- si
- si, pero se moviliza con ayuda
- no

La paciente realiza baile o gimnasia en la semana? *

- si
- no

Andino Candela. Estado nutricional, actividad física y hábitos alimentarios en pacientes con esquizofrenia del Hospital Interzonal Dr. José A. Estéves en 2023

cuantas veces por semana? *

- 1
- 2
- 3 o mas

⋮

con que frecuencia? *

- menos de 1 hora al dia
- entre 1y 2 horas aldia
- entre 2 y 3 horas al dia
- mas de 3 horas

Anexo 2. Formulario de consentimiento informado.

Título de la investigación: Estado nutricional y hábitos alimentarios en pacientes con esquizofrenia

Mi nombre es Candela Andino , este cuestionario formará parte del desarrollo de mi trabajo final integrador de la carrera de Licenciatura en Nutrición de la Universidad Isalud .El mismo fue diseñado para conocer el estado nutricional y los hábitos alimentarios de las pacientes con esquizofrenia del Hospital Interzonal Dr. José A. Estéves, a través de las respuestas obtenidas por el personal de salud del hospital.

Este cuestionario es de carácter voluntario y anónimo. Pudiendo abandonarlo si usted lo desea.

La información brindada es estrictamente confidencial y anónima y será utilizada únicamente para este estudio.

Ante cualquier consulta comunicarse al mail candelaandino96@gmail.com

He leído el formulario de Consentimiento Informado y voluntariamente consiento participar en este estudio.

FIRMA

ACLARACIÓN