



Los hábitos de alimentación de pacientes atendidos en un hospital de Salud Mental Provincial

María de los Angeles Palacios Juncos.

Tesis - Maestría en Salud Pública - Universidad Nacional de Córdoba. Facultad de Ciencias Médicas.
Escuela de Salud Pública, 2019

Aprobada: 23 de mayo de 2019

Este documento está disponible para su consulta y descarga en RDU (Repositorio Digital de la Universidad Nacional de Córdoba). El mismo almacena, organiza, preserva, provee acceso libre y da visibilidad a nivel nacional e internacional a la producción científica, académica y cultural en formato digital, generada por los miembros de la Universidad Nacional de Córdoba. Para más información, visite el sitio <https://rdu.unc.edu.ar/>

Esta iniciativa está a cargo de la OCA (Oficina de Conocimiento Abierto), conjuntamente con la colaboración de la Prosecretaría de Informática de la Universidad Nacional de Córdoba y los Nodos OCA. Para más información, visite el sitio <http://oca.unc.edu.ar/>

Esta obra se encuentra protegida por una Licencia Creative Commons 4.0 Internacional



Los hábitos de alimentación de pacientes atendidos en un hospital de Salud Mental Provincial por María de los Angeles Palacios Juncos se distribuye bajo una [Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



*“Los hábitos de alimentación de pacientes atendidos en un
hospital de Salud Mental Provincial”*

TESIS DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

Autor: Lic. María de los Angeles Palacios Juncos

Director: Prof. Mgter. María Borsotti

TRIBUNAL DE TESIS

Prof. Mgter. Graciela Fabiana Scruzzi

Mgter. Jorge Omar Zarate

Mgter. Maria Valeria Collard Borsotti

DEDICATORIA

A los pacientes del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial por su predisposición para participar en las encuestas y sin ellos no hubiera sido posible la realización del mismo.

A mis padres Edgardo y Mirta, quienes me educaron y acompañaron siempre en mi formación como profesional. Y a mi marido Juan por su apoyo incondicional.

AGRADECIMIENTOS

A mi directora de tesis, Prof. Mgter. María Borsotti, por su paciencia, dedicación, calidez humana, y sus aportes.

A los directivos, profesores y bibliotecaria de la Escuela de Salud Pública. UNC por la excelente calidad educativa que brindan a los estudiantes.

A la Prof. Dra. Ruth Fernández por sus enseñanzas y sugerencias que enriquecieron este trabajo.

A los directivos del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, especialmente Dra. Ana Salomone quien me autorizo para llevar a cabo dicha investigación.

Art. 23- Ordenanza Rectoral 03/77

“La Facultad de Ciencias Médicas no se hace solidaria con las opiniones de esta tesis”.

ABREVIATURAS

AF: Actividad Física

APSA: Asociación de Psiquiatras Argentinos

ANSES: Administración Nacional de la Seguridad Social

BMI: Body Mass Index

C.A.A: Código Alimentario Argentino

CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª versión

ENFR: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo

ELANS: Estudio Latinoamericano de Nutrición y Salud

FEANTSA: Federación Europea de Asociaciones Nacionales que Trabajan con Personas sin hogar

GAPA: Guías Alimentarias para la Población Argentina

HNP: Hospital Neropsiquiátrico Provincial

IMC: Índice de Masa Corporal

NC: Nivel de Confianza

OMS: Organización Mundial de la Salud

RDA: Ración Dietética Recomendada

SNC: Sistema Nervioso Central

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad

UBA: Universidad de Buenos Aires

VET: Valor Energético Total

ÍNDICE

ÍNDICE	Páginas
RESUMEN.....	9
SUMMARY.....	11
1. INTRODUCCIÓN.....	13
2. HIPÓTESIS.....	18
3. OBJETIVOS.....	19
4. MATERIALES Y MÉTODOS.....	20
5. RESULTADOS.....	42
6. DISCUSIÓN.....	110
7. CONCLUSIONES.....	120
8. BIBLIOGRAFÍA.....	123
9. ANEXOS.....	135

RESUMEN

En el campo de la Salud Mental existe una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad. Esto está asociado a cambios en el estilo de vida, como resultado del impacto social, emocional y económico de su trastorno. En las personas con padecimientos mentales la alimentación se ve modificada por la patología dentro de una mayor o menor desestructuración del conjunto de pautas adaptativas. Factores como la medicación, características individuales, etc. tienen relaciones complejas y cambiantes con la forma de alimentarse o el peso.

El objetivo de investigación fue analizar los hábitos alimentarios de las personas con padecimientos mentales que consultan en el Hospital Neurosiquiátrico Provincial y establecer relaciones entre éstos y las variables socioeconómicas y clínicas, en la ciudad de Córdoba, años 2015-2016.

Se empleó un diseño correlacional simple, transversal, no experimental. Se trabajó con una muestra no probabilística (intencional) de 130 pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, que consultaron en el Hospital durante Diciembre 2015 a Febrero 2016. Para analizar la relación entre variables se utilizó test de Chi cuadrado, 95% NC.

Los resultados obtenidos evidencian una media de IMC de $27,03 \pm 0,40$ EE, con una alta prevalencia de sobrepeso (44,6%) e inactividad física (66,2%). En cuanto a hábitos alimentarios, presentaron un bajo consumo de leche, yogur, quesos, huevos, carnes, frutas, verduras y agua y un alto consumo de azúcar, pan, cereales, papas, pastas y legumbres según GAPA 2016; al comparar los hábitos alimentarios con variables socioeconómicas, se observó un consumo predominantemente normal de carnes tanto en quienes percibían pensión como ayuda alimentaria (46,2% vs 47,6%), mientras que el consumo de dulces fue levemente mayor en quienes recibían pensión (54,5%) y el consumo de verduras fue bajo en el 100% de quienes vivían en hogar de tipo no familiar.

En relación a las variables clínicas, los/as pacientes que picoteaban presentaba un estado nutricional inadecuado (74,5%); la alimentación de quienes consumían ansiolíticos se caracterizó por no picotear (75%) y bajo consumo de carnes (52,9%), los/as que consumían antipsicóticos por apetencia por los dulces (61,5%) y los/as consumían anticíclicos por un bajo consumo de verduras (100%) y un normal consumo

de agua (57,1%). Otro hallazgo de interés fue la alta prevalencia de desocupación en quienes padecen esquizofrenia (85,7%).

Se concluye que existen hábitos alimentarios inadecuados en las personas con padecimientos mentales, diferenciándose según características socioeconómicas y clínicas; por lo que es necesario abordar interdisciplinariamente la situación de cada paciente en función de sus necesidades particulares, sus gustos, estilos de vida e historia, para lograr una adecuada adherencia al tratamiento y cambios de conductas que se puedan sostener en el tiempo.

Palabras claves: hábitos alimentarios, personas con padecimientos mentales, obesidad y sobrepeso.

SUMMARY

In the field of Mental Health there is a high prevalence of overweight and obesity. This is associated with changes in lifestyle, as a result of the social, emotional and economic impact of their disorder. In people with mental disorders, the diet is modified by the pathology within a greater or lesser destructure of the set of adaptive guidelines. Factors such as medication, individual characteristics, etc. they have complex and changing relationships with the way they eat or weight.

The objective of the research was to analyze the eating habits of people with mental disorders who consult in the Provincial Neuropsychiatric Hospital and establish relationships between them and socioeconomic and clinical variables in the city of Córdoba, 2015-2016.

A simple, transversal, non-experimental correlational design was used. We worked with a non-probabilistic sample (intentional) of 130 patients of both sexes, over 18 years old, who consulted in the Hospital during December 2015 to February 2016. To analyze the relationship between variables, a Chi-square test was used, 95% NC.

The results obtained show a mean BMI of 27.03 ± 0.40 EE, with a high prevalence of overweight (44.6%) and physical inactivity (66.2%). In terms of eating habits, they presented a low consumption of milk, yogurt, cheeses, eggs, meat, fruits, vegetables and water and a high consumption of sugar, bread, cereals, potatoes, pasta and pulses according to GAPA 2016; when comparing the alimentary habits with socioeconomic variables, a predominantly normal consumption of meats was observed in both those who received a pension and food aid (46.2% vs. 47.6%), while the consumption of sweets was slightly higher in those receiving a pension (54.5%) and the consumption of vegetables was low in 100% of those who lived in non-family homes.

In relation to the clinical variables, the patients who pecked had an inadequate nutritional status (74.5%); the diet of those who consumed anxiolytics was characterized by not pecking (75%) and low consumption of meat (52.9%), those who consumed antipsychotics for appetite for sweets (61.5%) and those who consumed anticyclics for a low consumption of vegetables (100%) and a normal water consumption (57.1%). Another finding of interest was the high prevalence of unemployment in those suffering from schizophrenia (85.7%).

It is concluded that there are inadequate food habits in people with mental disorders, differentiating according to socioeconomic and clinical characteristics; so it is necessary to interdisciplinary approach the situation of each patient according to their particular needs, their tastes, lifestyles and history, to achieve adequate adherence to treatment and changes in behavior that can be sustained over time.

Keywords: eating habits, people with mental illness, obesity and overweight.

1. INTRODUCCIÓN

La obesidad y el sobrepeso son los principales problemas de salud que elevan el costo sanitario y producen una gran morbimortalidad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en todo el mundo hay cerca de 1,5 miles de millones de personas con sobrepeso, de las que 500 millones son obesas.⁽¹⁾

En Argentina, los datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo (ENFR) de 2009 muestran, una prevalencia de obesidad del 18% en población de adultos, mayor a la cifra hallada en 2005. Los datos de sobrepeso continúan siendo elevados, sin registrar cambios significativos, 34,4% en 2005 contra 35,4% en 2009. La 3° ENFR de 2013 continúa la tendencia no significativa respecto a los cambios en el sobrepeso, pero la obesidad aumentó a 20,8%.

Además, en Argentina se realizó el primer estudio de Epidemiología en Salud Mental, publicado en la revista científica “Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology”. El mismo fue financiado por el Ministerio de Salud de la Nación, tuvo como unidad ejecutora la Facultad de Medicina de la UBA a través de un convenio con el Consorcio Internacional de Epidemiología Psiquiátrica OMS/ Universidad de Harvard –presidido por el profesor Ronald Kessler– y contó con el apoyo técnico y material de la Asociación de Psiquiatras Argentinos (APSA). El estudio multicéntrico incluyó casi 4 mil participantes de 18 años y más (sin límite superior de edad) de las nueve ciudades más importantes del país (Buenos Aires, Córdoba, Corrientes-Resistencia, Mendoza, Neuquén, Rosario, Salta y Tucumán), representativas del 50% de la población total de la Argentina. Se realizaron entrevistas domiciliarias, para lo que se utilizó la versión electrónica de la Encuesta Mundial de Salud Mental – Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta. La tasa de respuesta fue del 77%.⁽²⁾ Entre los resultados del trabajo se destaca que la prevalencia de por vida para algún trastorno fue del 29,1% (en EE.UU. es de 48,6% mientras que en México es de 20,2%), es decir una de cada tres personas en el transcurso de la vida sufre algún trastorno de salud mental. La prevalencia mayor por grupo o clase de trastornos fue, el Trastornos de ansiedad (16,4%), en segundo lugar como grupo, aparecen los Trastornos del estado de ánimo (12,3%) que incluyen el Trastorno depresivo mayor (8,7%), la bipolaridad (3,5%) y la

distimia (0,6%). Y en tercer término, los Trastornos por abuso de sustancias (10,4%) que fueron más frecuentes en hombres. Por último, se ubican los Trastornos del control de impulsos (2,5%), donde prevalece el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), con solo el 1%. En cuanto a las diferencias según género, las mujeres tuvieron un 85% más de probabilidades que los hombres de padecer Trastornos de ansiedad. La edad media de aparición de algún trastorno fue de 20 años. De las personas estudiadas, el 29,1% presentaba un solo diagnóstico, el 12,6% dos o más diagnósticos y un 5,7% tres o más. Para 2020 se considera que la depresión va a ser uno de los trastornos más frecuentes en la población en general. ⁽²⁾

En el campo de la salud mental, existe una alta prevalencia de obesidad. Esto, asociado a menudo a cambios en el estilo de vida, como resultado del impacto social, emocional y económico de su trastorno, contribuye a la formación del síndrome metabólico. ⁽³⁾

En Estados Unidos, las cifras de obesidad oscilan entre 40 y 60% en pacientes esquizofrénicos, el doble de la población en general. ⁽⁴⁾ En este dato epidemiológico colabora la propia enfermedad, potenciada por la acción de algunos antipsicóticos. ⁽⁵⁾

El síndrome metabólico se encuentra en el 19% de los/as pacientes que usan antipsicóticos contra el 6% de la población en general. Estudios revelan que el aumento de peso (adiposidad central) y manifestaciones metabólicas, se produce desde las primeras semanas de tratamiento. ⁽⁴⁾ Siendo el incremento progresivo y mantenido en terapias a largo plazo, alcanzando en ciertos casos, niveles de obesidad importante. La ganancia de peso se ha evidenciado principalmente en relación con tratamientos con olanzapina, clozapina y clorpromacina. Pero hay un considerable número de factores de riesgo modificables que pueden aumentar la calidad de vida. ⁽⁶⁾

En las personas con enfermedades mentales la alimentación se ve modificada por la patología dentro de una mayor o menor desestructuración del conjunto de pautas adaptativas. Pero este aspecto, excepto en el caso de los trastornos alimentarios específicos, ha sido poco estudiado. Factores como la medicación, características individuales, etc. tienen relaciones complejas y cambiantes con la forma de alimentarse o el peso ⁽⁷⁾. Estudios demuestran que existen cambios en la dieta de las personas con padecimientos mentales, cambios en el apetito y preferencias nutricionales, incluyendo evitar el consumo de grupos específicos de alimentos y preparaciones, son mucho más frecuentes entre los/as pacientes afectados de esquizofrenia. ⁽⁸⁾

El consumo elevado de azúcar se discute cada vez más, como un objetivo de intervención para reducir la prevalencia de obesidad, diabetes y otras enfermedades no transmisibles. Y también se ha relacionado con una mayor prevalencia de depresión en varios estudios ecológicos y transversales. ^(9, 10,11)

Según la investigación realizada por el Estudio Latinoamericano de Nutrición y Salud (ELANS), la Argentina es el país de mayor consumo de azúcar de la región, 115,2 gramos diarios, de los cuales el 91,4% corresponde a azúcares agregados, duplicando lo recomendado (OMS recomienda 50 gr. máximos o no más de 10 cucharaditas diarias, las GAPA 2003 no más de 7 cucharaditas diarias y las GAPA 2016 un consumo ocasional). En segundo puesto está Colombia, con 109,8 gramos diarios. Luego vienen Perú, Ecuador, Venezuela, Costa Rica, Brasil y Chile. La Argentina demostró ser el más vulnerable a las altas ingestas de azúcar, obteniendo los valores más altos en comparación con los otros países evaluados en ELANS, equivalente a la de los adultos de Estados Unidos, población que se sabe que tiene dietas marcadamente altas en azúcares. Con diferencias mínimas entre los diferentes países, en general, las mujeres con nivel socioeconómico alto, y los más jóvenes tuvieron los porcentajes más altos de la energía total diaria en azúcar total y agregada, y de la contribución del azúcar total y agregada en forma de carbohidratos. ⁽¹²⁾

La patología depresiva influye en el peso, dando lugar tanto a aumentos o disminuciones de éste. Esta relación es muy compleja, está influida por el sexo, la edad, personalidad, preocupación o no previa por la dieta ^(13, 14, 15). Durante los episodios depresivos, suele existir una falta de interés por la comida: se come menos y hay una tendencia a consumir aquellos alimentos que tienen un contenido alto en azúcares simples. Es importante que en esos períodos procure seguir realizando una alimentación equilibrada con objeto de mantener un peso estable y asegurar un aporte adecuado de nutrientes. Se debe controlar también el consumo de bebidas alcohólicas y estimulantes (café) que, aunque al principio pueden producir un efecto estimulante, posteriormente tienen efectos negativos sobre la evolución de su proceso. ⁽¹⁶⁾

En los últimos tiempos, se ha incidido en la influencia de determinados aminoácidos sobre la depresión y aún más recientemente en el posible efecto del consumo de determinados principios, como los ácidos grasos omega 3, en la esquizofrenia ^(17,18). El tipo de grasa consumida puede influir en la evolución de la enfermedad. En concreto, la grasa del pescado es más beneficiosa que la de carne, por lo que se aconseja aumentar el consumo de pescado y disminuir el de carne. También se

ha visto que las personas con esquizofrenia tienen mayores necesidades de ciertas vitaminas, especialmente la C, que se encuentra principalmente en las frutas y verduras; de ahí que se recomiende incluir diariamente frutas y verduras en la dieta. ⁽¹⁶⁾

Estos estudios son interesantes, aunque no definitivos, muestran la importancia que la alimentación podría tener sobre las enfermedades mentales, cuya trascendencia clínica está aún por establecerse. Existe una preocupación clara en la salud mental actual por evitar la iatrogenia de los psicofármacos en el aumento de peso.

Quienes padecen algún tipo de enfermedad mental, y particularmente las personas afectadas por esquizofrenia presentan una reducción de la expectativa de vida en un 20% comparado con la población general. En esta mayor mortalidad se destaca la evidencia de que $\frac{2}{3}$ de la población esquizofrénica fallece por enfermedad coronaria. ^(19,20) Y a pesar de la alta prevalencia de alteraciones metabólicas y enfermedad cardiovascular entre las personas con enfermedades mentales y especialmente con esquizofrenia, los estudios demuestran que la mayoría de estos/as pacientes no están recibiendo una adecuada asesoría nutricional en la prevención de trastornos asociados a la obesidad. ⁽⁴⁾

La alimentación es fundamental para conseguir un buen estado de salud, y un buen estado de salud significa no sólo la ausencia de enfermedad, sino también la sensación de bienestar general, incluido el mental. ⁽¹⁶⁾

Para mantener un buen estado de salud, el organismo debe recibir a través de los alimentos unas sustancias llamadas nutrientes. La cantidad y el tipo de nutrientes que debe recibir han de ser adecuados a la edad, al sexo y a la actividad que se realice. Sólo así se consigue un buen desarrollo de todas las funciones del organismo y se evita la aparición de problemas a corto y largo plazo. Se debe tomar una cantidad y variedad de alimentos que garantice todos los nutrientes necesarios: hidratos de carbono, proteínas, grasas, vitaminas (por ejemplo, la D, la C, las del grupo B) y minerales (como el calcio, el hierro, el fósforo).

Si la alimentación no proporciona la energía necesaria se producirán cambios en el organismo que, si duran mucho tiempo, van a perjudicar la salud física y psíquica. Es la llamada malnutrición y es importante corregirla lo antes posible.

Los hábitos alimentarios saludables contribuyen a la disminución de ciertas enfermedades, e incluso a mejorar la calidad y los estilos de vida que favorecen el estado de salud de una población.

Debe destacarse también, que la alimentación está determinada por ciertos factores determinantes como el nivel socioeconómico, la disponibilidad de alimentos, los costos elevados, el poco tiempo para comer; y por costumbres alimentarias propias de los mismos como: evitar las comidas principales (desayuno, almuerzo, merienda y cena), alimentarse entre horas, la ingesta de comida rápida y el consumo frecuente de alcohol.

Para conseguir una alimentación sana, equilibrada y suficiente, es necesario considerar las Guías Alimentarias para la población Argentina (GAPA), que presentan recomendaciones para la población, a través de mensajes breves, claros, concretos, culturalmente aceptables y fundamentados en su alimentación habitual. Indican la frecuencia con que se deben consumir los alimentos de los distintos grupos para asegurar un buen estado de nutrición y de salud; las cantidades van a variar según las características y la situación de cada persona.

Por lo expuesto, se propone conocer los hábitos alimentarios de las personas con padecimientos mentales que consultan en el Hospital Neurosiquiátrico Provincial y establecer relaciones entre éstos y las variables socioeconómicas y clínicas.

2. HIPÓTESIS

- Existe relación entre los hábitos de alimentación de las personas con enfermedades mentales y sus variables socioeconómicas.
- Existe relación entre los hábitos de alimentación de las personas con enfermedades mentales y su diagnóstico clínico, estado nutricional y tratamiento farmacológico.

3. OBJETIVOS

Objetivo General

Analizar los hábitos alimentarios de las personas con padecimientos mentales que consultan en el Hospital Neurosiquiátrico Provincial y establecer relaciones entre éstos y las variables socioeconómicas y clínicas, en la ciudad de Córdoba, años 2015-2016.

Objetivos Específicos

- Determinar los hábitos alimentarios de las personas con padecimientos mentales.
- Identificar las condiciones socioeconómicas de las personas con padecimientos mentales.
- Identificar los estilos de vida de las personas con padecimientos mentales.
- Identificar el diagnóstico clínico y tratamiento farmacológico de las personas con padecimientos mentales.
- Establecer el estado nutricional de las personas con padecimientos mentales.
- Relacionar los hábitos de alimentación de las personas con padecimientos mentales y sus variables socioeconómicas.
- Relacionar los hábitos de alimentación de las personas con enfermedades mentales y su diagnóstico clínico, estado nutricional y tratamiento farmacológico.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de Estudio

El *tipo de estudio* que se desarrollo fue correlacional simple, transversal, no experimental. ⁽²¹⁾

Lugar, universo y muestra

El proyecto de investigación se llevó a cabo en el Hospital Neurosiquiatrico Provincial ubicado en la calle León Morra 160 B° Junior, ciudad de Córdoba.

El *universo de estudio* de esta investigación estuvo constituido por todos/as los/as pacientes del Hospital Neurosiquiátrico Provincial (HNP).

La *muestra* quedó definida por 130 pacientes que consultaban en el Hospital Neurosiquiatrico Provincial durante un período de 3 meses (de Diciembre 2015 a Febrero 2016).

El *método de muestreo* fue no probabilístico (no aleatorio), intencional. El mismo se caracterizó por un esfuerzo consciente de obtener muestras “representativas” mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos. El muestreo se realizó sobre la base del conocimiento y criterios del investigador. Se basó, primordialmente, en la experiencia con la población ⁽²²⁾. Participaron todos/as los/as pacientes disponibles los días en que se aplicó el instrumento en un consultorio del Hospital Neurosiquiátrico Provincial.

Variables de estudio y su operacionalización

VARIABLES BIOGRÁFICAS Y SOCIO-ECONÓMICAS

- **Sexo:** Condición de “varón” o “mujer” del censado. ⁽²³⁾

Categorías/ Indicadores: **1. mujer**

2. varón

- **Edad:** Años cumplidos a la fecha de referencia del censo. ⁽²³⁾

Indicador: *medida en años*

- **Grupo de edades:** Se clasifico a la población en los siguientes grupos de edades.⁽²⁴⁾

Categorías/ Indicadores: **1. 18 a 40 años (adulto joven)**
2. 41 a 64 años (adulto)
3. mayores a 65 años (adulto mayor)

En este estudio se consideró a partir de los 18 años que es la población que asiste la Institución. ⁽²⁴⁾

- **Nacionalidad:** País en el que el censado nació. ⁽²³⁾

Categorías/ Indicadores: **1. argentino/a**
2. Otros

-Máximo nivel educativo alcanzado: Es el máximo nivel de estudio de la población mayor de 15 o mayor de 25 años, ya sea que lo haya completado o no. Los niveles fueron: ⁽²⁵⁾

Categorías/ Indicadores:
1. Sin instrucción
2. Primario
3. Secundario
4. Terciario/ Universitario

-Condición de actividad: La situación en que se encontraban las personas con respecto a su participación o no en la actividad económica. ⁽²⁶⁾

Categorías/ Indicadores:

1. **Ocupado/a:** Se incluyeron a quienes trabajaban aunque sea una hora en la semana inmediata anterior al relevamiento, percibiendo un pago en dinero o en especie por la tarea realizada. También a quienes realizaban tareas regulares de ayuda en la actividad de un familiar, reciban o no una remuneración por ello, y a quienes se hallaban en uso de licencia por cualquier motivo (vacaciones, enfermedad, accidente, etc.).⁽²⁶⁾
2. **Desocupado/a:** Se refiere estrictamente a personas que, no teniendo ocupación están buscando activamente trabajo. No se incluyeron por lo tanto otras formas de precariedad laboral (también relevadas por la Encuesta Permanente de Hogares) tales como las referidas a las personas que realizaban trabajos transitorios mientras buscan activamente una ocupación, a aquellas que trabajaban jornadas involuntariamente por debajo de lo normal, a los desocupados que han suspendido la búsqueda por la falta de oportunidades visibles de empleo, a los ocupados en puestos por debajo de la remuneración mínima o en puestos por debajo de su calificación, etc. ⁽²⁶⁾

- **Percepción de pensión no contributiva asistencial o graciable:** Percepción de beneficio previsional se define como las prestaciones pagadas por ANSES en concepto de jubilación ordinaria, jubilación por edad avanzada, pensión por fallecimiento, subsidio a la pobreza, retiro por invalidez. No se incluyeron repagos, pensiones no contributivas y pensiones coparticipables. ⁽²⁷⁾ En este estudio se consideró si recibía o no la **pensión no contributiva asistencial o graciable**, que es la prestación o pensión no contributiva monetaria (nacional o provincial) otorgadas a personas con discapacidad y con cobertura asistencial médica. ⁽²⁸⁾

0. No percibe pensión

1. Si percibe pensión

- **Filiación religiosa:**
 - 0. Ateo/a* (es el rechazo a la creencia en la existencia de uno o más dioses)

1. Afirma tener una religión

- **Religión actual:** ⁽²⁹⁾

Categorías/ Indicadores:

1. Cristiano/a Católico/a

2. Cristiano/a Evangélico/a

3. Otras (Testigos de Jehová, Mormón/a, Budismo, Judaísmo, Musulmán/a, etc.)

- **Hogar:** Es el conjunto de personas, parientes o no, que viven bajo el mismo techo y comparten los gastos de alimentación. Una persona sola también constituye un hogar. ⁽²²⁾

1. Con Hogar: ⁽²⁶⁾

Categorías/ Indicadores:

1.1 Familiar. Se incluye:

- Nuclear: pareja sola o con hijos solteros (núcleo completo), o sólo uno de los miembros de la pareja con, al menos, un/a hijo/a soltero/a (núcleo incompleto).
- Extendido: nuclear más otros familiares o jefe/jefa más otros familiares (sin núcleo).
- Compuesto: nuclear u hogar extendido más otros no familiares o jefe/jefa más otros familiares y otros no familiares (sin núcleo). ⁽²⁵⁾

1.2 No familiar. Se incluye:

- Multipersonal no familiar: jefe/jefa y otros no familiares.
- Unipersonal: jefe/jefa (solo o con empleado/s doméstico/s). ⁽²⁵⁾

2. **Sin hogar, sin techo:** FEANTSA (Federación Europea de Asociaciones Nacionales que Trabajan con Personas sin hogar), define las **personas sin hogar** como “aquella persona que no puede acceder, o bien, conservarlo, a un alojamiento adecuado, adaptado a su situación personal, permanente y que le proporcione un marco estable de convivencia, ya sea por falta de recursos, ya sea por dificultades personales o sociales para llevar una vida autónoma”.⁽³⁰⁾

-Ayuda alimentaria: Asistencia en forma de productos alimenticios o en forma de financiación para ayudar a la adquisición y la distribución centralizadas de alimentos a los beneficiarios.⁽³¹⁾

Categorías/ Indicadores:

0. No percibe ayuda alimentaria

1. Si percibe ayuda alimentaria

VARIABLES CLÍNICAS

- **Diagnóstico clínico:** La categorización de diagnósticos de los/as pacientes se realizó mediante la CIE-10, que es una Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión y se utiliza actualmente en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial.

Una clasificación de enfermedades es un sistema de categorías por el cual se la asigna un código a cada entidad, de acuerdo a un sistema ordenado, establecido por el especialista. Tiene la finalidad de permitir el registro sistemático de las enfermedades y la comparación de datos recogidos de diferentes países o áreas.⁽³²⁾

El capítulo V de la lista de códigos CIE-10, se dedica a Trastornos Mentales y del Comportamiento (F00-F99). Se consideraron en el estudio las siguientes categorías:

⁽³²⁾

Categorías/ Indicadores:

1. Trastornos mentales orgánicos incluido los sintomáticos (F00-F09)

2. Trastornos mentales y del comportamiento debido al consumo de sustancias psicótropas (F10-F19)

3. Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes (F20-F29)

4. Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39)

5. *Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40-F48)*
6. *Trastornos del comportamiento asociado a disfunciones fisiológicas y factores somáticos (F50-F59)*
7. *Trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto (F60-F69).*
8. *Retraso mental (F70-F79)*
9. *Trastornos del desarrollo psicológico (F80-F89)*
10. *Trastorno del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y adolescencia (F90-F98)*
11. *Trastorno mental sin especificación (F99)*

En los casos en los que apareció más de un diagnóstico se incluyó solo el principal.

-Incluye: Trastornos del desarrollo psicológico.

-Excluye: Síntomas, signos, hallazgos clínicos y de laboratorio anormales, no clasificados en ninguna otra parte. (R00-R99).

- **Farmacoterapia:** Usado con enfermedades para su tratamiento con drogas, productos químicos y antibióticos. ⁽³³⁾ En este estudio, se consideró los **psicofármacos o psicotrópicos**, que son un grupo de drogas que tiene efecto sobre la función psicológica. Los agentes psicotrópicos incluyen a los agentes antidepresivos, alucinógenos, y tranquilizantes (incluidos los agentes antipsicóticos y antiansiedad). ⁽³⁴⁾ Actúan sobre el SNC modificando la conducta de los individuos, alivian la sintomatología de los trastornos mentales y favorecen el reajuste psicológico y mental.

De acuerdo a sus propiedades terapéuticas, los psicofármacos se clasifican desde la perspectiva clínica en: antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, anticíclicos o estabilizantes del estado de ánimo: ⁽³⁵⁾

Categorías/ Indicadores:

1 Antipsicóticos. Contiene:

- **Típicos** (Clorpromacina, Butiferonas, Fenotiazinas, Levopromazina, Clorpromazina, Tioridazina, Tietilperazina, Flufenazina, Haloperidol).
- **Atípicos** (Clozapina, Olanzapina, Quetiapina, Risperidona, Ziprasidona,

Amisulpirida, Aripiprazol).

2. Antidepresivos. Incluye:

- **Tricíclicos** (Clomipramina, Imipramina, Desipramina, Amitriptilina, Nortriptilina, Trimipramina).
- **Tetracíclicos** (Trazodone, Amozapina, Mianserina, Mirtazapina, Nefazodona)
- **Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina (ISRS)** (Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina, Fluvoxamina).
- **Inhibidores selectivos de la recaptación de Dopamina (ISRD)** (Amineptino).
- **Inhibidores selectivos de la recaptación de Noradrenalina (ISRN)** (Reboxetina, Oxaprotilina).
- **Inhibidores selectivos de recaptación de Noradrenalina y Serotonina (ISRNS)** (Venlafaxina, Duloxetina, Milnacipran).
- **Inhibidores selectivos de recaptación de Serotonina y Agonista Parcial 5-HT_{1A}** (Vilazodona).
- **Inhibidores selectivos de recaptación de Noradrenalina y Dopamina** (Bupropion).
- **Inhibidores selectivos de recaptación de Serotonina y Dopamina** (Banzinaprina).
- **IMAO (Inhibidores de la Monoaminoxidasa A y B)** (Tranilcipromina).
- **RIMA (Reversible Inhibidores de la Recaptación de la MAO A)** (Moclobemida).
- **IMAO- B (Inhibidor de la Monoaminoxidasa B)** (Selegilina).
- **Melatoninérgico e inhibidor de los receptores Serotoninérgicos 5-HT_{2C}** (Agomelatina).
- **Otros** (Tianeptina).

3. Ansiolíticos. Contiene:

- **Benzodiazepinas:**

- Acción Prolongada (Clonazepam, Clobazepam, Clorazepato, Diazepam).
- Acción Intermedia (Alprazolam, Bromaxepam, Lorazepam).
- Acción Corta (Oxazepam, Loprazolam, Temazepam).

-**No Benzodiazepínicos** (Azapironas-Buspirona-, Antidepresivos con efectos ansiolíticos –Exitalopram, Paroxetina, Duloxetina, Venlafaxina-
-Otros (*Pregabalina, Etifoxina*).

4. Anticíclicos o Estabilizantes del estado de ánimo. Incluye:

- **Metales** (Carbonato de Litio).
- **Anticonvulsionantes o Antiepilépticos** (Carbamazepina, Divalproato, Lamotrigina, Gabapentin, Oxacarbamazepina, Topiramato).

VARIABLES ANTROPOMÉTRICAS

Peso Corporal Actual: Es la suma de todos los compartimientos a cada nivel de composición corporal, es decir que es una medida global. Es un método simple y grosero de medir los depósitos de energía corporales. ⁽³⁶⁾

Indicador: *medida en Kg.*

Talla: Es un indicador del crecimiento lineal alcanzado y refleja la historia nutricional del sujeto. ⁽³⁷⁾

Indicador: *medida en cm.*

Índice de Masa Corporal o de Quetelet (IMC O BMI): Permite relacionar el peso actual con la talla. ⁽³⁸⁾

Categorías/ Indicadores:

Tabla 1
Clasificación Internacional del IMC

<i>1-Bajo peso</i>	$\leq 18,4$
<i>2-Normopeso</i>	<i>18,5-24,9</i>
<i>3-Sobrepeso</i>	<i>25-29,9</i>
<i>4-Obesidad</i>	≥ 30

Fuente: Organización Mundial de la Salud (OMS). Datos y cifras. Clasificación del IMC. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>.

Cambio de peso en el último año: Percepción de los/as entrevistados/as, en relación al cambio de peso reciente con relación a su peso habitual o usual, durante el último año. ⁽³⁹⁾

Categorías/ Indicadores:

0. No cambio de peso

1. Pérdida de peso significativa

2. Peso incremento

VARIABLES SOBRE ESTILOS DE VIDA

- **Actividad Física (AF):** Se entiende por actividad física a toda actividad o ejercicio que tenga como consecuencia el gasto de energía y que ponga en movimiento un montón de fenómenos a nivel corporal, psíquico y emocional en la persona que la realiza. ⁽⁴⁰⁾

Tabla 2
Dimensiones y Categorías de la Actividad Física

VARIABLE	DIMENSIONES	CATEGORÍAS
Actividad física	¿Realiza AF?	0. No realiza AF 1. Si realiza AF
	Frecuencia (1)	1. 1 a 2 veces por semana 2. 3 veces por semana 3. Todos los días
	Duración (horas semanales) (2)	1. 1 hora semanal 2. 2 a 3 horas semanales 3. más de 3 horas semanales
	Intensidad de Actividad (3)	1. Moderada 2. Intensa

(1) Frecuencia: Cantidad de veces por semana que se realiza actividad física.

(2) Duración: Tiempo de realización de la actividad o ejercicio (expresado en horas semanales).

(3) Intensidad de Actividad: Es la velocidad a la que se realiza la actividad o la magnitud del esfuerzo requerido para realizar un ejercicio o actividad. ⁽⁴⁰⁾

- **Actividad física moderada:** Requiere un esfuerzo moderado, que acelera de forma perceptible el ritmo cardíaco. Ejemplos: caminar a paso rápido, bailar, jardinería, tareas domésticas, caza y recolección tradicionales, participación activa en juegos y deportes con niños y paseos con animales domésticos, trabajos de construcción generales- p. ej., hacer tejados, pintar, etc.-, desplazamiento de cargas moderadas –menor a 20 kg.-. ⁽⁴⁰⁾
- **Actividad física intensa:** Requiere una gran cantidad de esfuerzo y provoca una respiración rápida y un aumento sustancial de la frecuencia cardíaca. Ejemplos: footing, ascender a paso rápido o trepar por una ladera, desplazamientos rápidos en bicicletas, aeróbic, natación rápida, deportes y juegos competitivos- p. ej., juegos tradicionales, fútbol, voleibol, hockey, baloncesto), trabajos intenso con pala o excavación de zanjas, desplazamiento de cargas pesadas - mayor a 20 kg. -. ⁽⁴⁰⁾

-Consumo de alcohol: Las bebidas alcohólicas son sustancias psicoactivas que tienen la propiedad de generar cambios en nuestro organismo tales como modificar el ánimo, la memoria, el pensamiento, las sensaciones y la voluntad. ⁽⁴¹⁾

Tabla 3
Dimensiones y Categorías del Consumo de Alcohol

VARIABLE	DIMENSIONES	CATEGORÍAS
Consumo de alcohol	Consumo de alcohol	<i>0. No consume alcohol</i> <i>1. Si consume alcohol</i>
	Tipo de alcohol	<i>1. Vino</i> <i>2. Cerveza</i> <i>3. Otros</i>

-Consumo de tabaco: Se denominan productos del tabaco los que están hechos total o parcialmente con tabaco, sean para fumar, chupar, masticar o esnifar. Todos contienen nicotina, un ingrediente psicoactivo muy adictivo. El consumo de tabaco es uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, como el cáncer y las enfermedades pulmonares y cardiovasculares. A pesar de ello, su consumo

está muy extendido en todo el mundo. Varios países disponen de leyes que restringen la publicidad del tabaco, regulan quién puede comprar y consumir productos del tabaco, y dónde se puede fumar. ⁽⁴²⁾

Categorías/ Indicadores: ⁽⁴³⁾

0. No fuma

1. Si fuma

VARIABLES SOBRE HÁBITOS ALIMENTARIOS

Hábitos alimentarios: Conjunto de costumbres que condicionan la forma como los individuos o grupos seleccionan, preparan y consumen los alimentos, influida por la disponibilidad de este, el nivel de educación alimentaria y el acceso a los mismos. ⁽⁴⁴⁾

- Tipo y número de comidas realizadas diariamente:

***Desayuno:** Categorías/ Indicadores:

0. No desayuna

1. Si desayuna

***Almuerzo:** Categorías/ Indicadores:

0. No almuerza

1. Si almuerza

***Merienda:** Categorías/ Indicadores:

0. No merienda

1. Si merienda

***Cena:** Categorías/ Indicadores:

0. No cena

1. Si cena

- **Picoteo:** Comida en la que se toman alimentos distintos y en pequeñas cantidades.

Tabla 4

Dimensiones y Categorías de la variable picoteo

VARIABLE	DIMENSIONES	CATEGORÍAS
Picoteo	Picotea	<i>0. No picotea</i> <i>1. Si picotea</i>
	Tipo de picoteo	<i>1. Dulce</i> <i>2. Salado</i> <i>3. Dulce/Salado</i>

- **Apetencia:** Apetito, gana de comer.

Categorías/ Indicadores:

- 1. Dulce*
- 2. Salado*
- 3. Dulce/Salado*

- **Consumo de mates cebados:** Se denomina mate a la infusión preparada con hojas de yerba mate (*Ilex paraguayensis*), una planta originaria de las cuencas de los ríos Paraná, Paraguay y Uruguay, previamente secadas, cortadas y molidas. La yerba mate debe su sabor amargo a los taninos de sus hojas, es por esto que hay quienes gustan de endulzar un poco el mate con azúcar, miel, o endulzante no calórico; y la espuma que se genera al cebar, es a causa de los glicósidos que la yerba contiene.

Tabla 5

Dimensiones y Categorías de la variable consumo de mates

VARIABLE	DIMENSIONES	CATEGORIAS
Consumo de mates Cebados	Consumo de mates cebados	<i>0. No consume mates cebados</i> <i>1. Si consume mates cebados</i>
	Cantidad de mates cebados diarios	<i>1. ≤ 5 mates cebados</i> <i>2. 6-10 mates cebados</i> <i>3. $11 a \geq 20$ mates cebados</i>
	Utilización de azúcar en mates cebados	<i>0. No utiliza azúcar</i> <i>1. Si utiliza azúcar</i>

- **Utensillos de cocina disponibles:** Los utensillos de cocina son una herramienta que se utiliza en el ámbito culinario para la preparación de los platos, tanto en contacto directo con la comida, como una batidora o indirecta (como un minuterero).

Categorías/ Indicadores:

0. No dispone de utensillos de cocina

1. Si dispone de utensillos de cocina

- **Equipos de cocina disponibles:** Se entiende por equipo, toda dotación utilizada en una cocina para elaborar preparaciones que se realizan en la misma. ⁽⁴⁵⁾

Los principales equipos de cocina son: -de cocción (cocina, horno, anafes, horno microondas) y de refrigeración (heladera, freezer). ⁽⁴⁵⁾

Categorías/ Indicadores:

1. Equipos de cocción

2. Equipos de cocina y refrigeración

3. Ninguno

- **Métodos de cocción frecuentes:** Es una operación que consiste en la aplicación de calor al alimento hasta hacerlo sufrir modificaciones organolépticas y fisicoquímicas. Se produce la transferencia de calor de un cuerpo caliente a otro frío, que es el alimento. ⁽⁴⁶⁾

Categorías/ Indicadores:

1. Saludables (a la plancha, hervido, a la parrilla, al horno)

2. No saludables (frito, salteado)

-**Consumo de alimentos:** Se determino si consumía o no cada uno de los alimentos especificados en la Anamnesis Alimentaria.

Tabla 6
Categorías de la variable consumo de alimento

VARIABLES	CATEGORÍAS
Consumo de leche	0. <i>No</i> 1. <i>Si</i>
Consumo de yogur	0. <i>No</i> 1. <i>Si</i>
Consumo de quesos	0. <i>No</i> 1. <i>Si</i>
Consumo de huevo	0. <i>No</i> 1. <i>Si</i>
Consumo de carnes	0. <i>No</i> 1. <i>Si</i>
Consumo de vísceras	0. <i>No</i> 1. <i>Si</i>
Consumo de verduras (A y B)	0. <i>No</i> 1. <i>Si</i>
Consumo de frutas	0. <i>No</i> 1. <i>Si</i>
Consumo de pan	0. <i>No</i> 1. <i>Si</i>
Consumo de cereales/ papa/pastas	0. <i>No</i> 1. <i>Si</i>
Consumo de legumbres	0. <i>No</i> 1. <i>Si</i>
Consumo de azúcar	0. <i>No</i> 1. <i>Si</i>
Consumo de dulces	0. <i>No</i> 1. <i>Si</i>
Consumo de edulcorante	0. <i>No</i> 1. <i>Si</i>
Consumo de aceite	0. <i>No</i> 1. <i>Si</i>
Consumo de manteca/crema	0. <i>No</i> 1. <i>Si</i>
Consumo de fiambres	0. <i>No</i> 1. <i>Si</i>
Consumo de golosinas	0. <i>No</i> 1. <i>Si</i>
Consumo de gaseosa	0. <i>No</i> 1. <i>Si</i>
Consumo de agua	0. <i>No</i> 1. <i>Si</i>

- **Tipo:** Se detalla las características de los alimentos considerados en el análisis. ⁽³²⁾

Tabla 7*Tipo de alimentos considerados en el análisis*

VARIABLES	CATEGORÍAS
Tipos de leche	<i>1. Entera</i> <i>2. Descremada</i>
Tipos de yogur	<i>1. Entero</i> <i>2. Descremado</i>
Tipos de quesos	<i>1. Bando</i> <i>2. Semiblando</i> <i>3. Duro</i>
Tipos de carnes	<i>1. Rojas</i> <i>2. Blancas</i> <i>3. Rojas/Blanca</i>
Tipos de pan	<i>1. Integral</i> <i>2. No integral</i>
Tipos de dulces	<i>1. Dietético</i> <i>2. No dietético</i>
Tipos de gaseosa	<i>1. Dietética</i> <i>2. No dietética</i>

-Frecuencia de consumo de alimentos: Para cada alimento, los/as entrevistados/as consignaron cuantas veces promedio habían consumido la cantidad de alimento que se indica (*Tabla 8*), durante el año pasado. Se tuvo en cuenta las veces que lo toma solo y las que lo añade a otros alimentos o platos (Ej.: La leche del café, huevos en las tortillas, etc.).⁽⁴⁷⁾

Para el cálculo de las porciones se tomo como referencia las Guías Alimentarias para la Población Argentina 2016 (GAPA 2016). Ministerio de Salud de la Nación⁽⁴⁸⁾, y en caso que no se especificara en las guías, se consideró la porción declarada en el rótulo, indicada en el Código Alimentario Argentino (C.A.A).

Tabla 8*Porciones consideradas para el análisis de la cantidad de consumo de alimentos*

ALIMENTOS	PORCIÓN
Leche	1 taza
Yogur	1 pote
Quesos pasta blanda/semidura/dura	1 trozo tamaño cajita de fosforo
Huevo	1 unidad
Carnes	1 unidad mediana
Vísceras	1 porción mediana
Verduras (A y B)	1 plato
Fruta fresca	1 unidad
Pan	1 bollo
Cereales, pastas, papa	1 plato en cocido
Legumbres	1 plato en cocido
Azúcar	1 cucharadita
Edulcorante	6 gotas= 1 cucharadita
Dulces	1 cucharada o 3 cucharaditas
Aceite	1 cucharada en crudo
Manteca o crema	1 cucharada
Fiambres	4 fetas
Golosina	1 unidad
Gaseosa	1 vaso
Agua	1 vaso

Al comparar la frecuencia de consumo con la Ración Dietética Recomendada (RDA) de las Guías Alimentarias 2016, se tuvo en cuenta como porción: -huevo (½ unidad), pan (2 bollos), azúcar (7 cucharaditas), aceite (2 cucharadas en crudo). Con el resto de los alimentos se consideró como porción lo que figura en la *Tabla 8*. Con respecto al azúcar y dulces, la GAPA 2016, los denominan como “alimentos de consumo opcional” y el consumo de azúcar agregada debe representar menos del 10% del Valor Energético Total (VET) para una dieta promedio de 2.000 Kcal.

Las **categorías de frecuencia de consumo alimentario:** ⁽⁴⁷⁾

- 1- Nunca o menor a 1 porción por mes*
- 2- 1 a 3 porciones por mes*
- 3- 1 porción por semana*
- 4- 2 a 4 porciones por semana*
- 5- 5 a 6 porciones por semana*
- 6- 1 porción por día*
- 7- 2 a 3 porciones por día*
- 8- 4 a 5 porciones por día*
- 9- 6 o más porciones por día*

En el caso del agua se utilizó las siguientes categorías para determinar frecuencia de consumo:

- 1- Nunca o menor a 1 porción por mes*
- 2- 1 a 3 porciones por mes*
- 3- 1 porción por semana*
- 4- 2 a 4 porciones por semana*
- 5- 5 a 6 porciones por semana*
- 6- 1 a 2 porción por día*
- 7- 3 a 5 porciones por día*
- 8- 5 a 7 porciones por día*
- 9- 8 o más porciones por día*

PARA PODER REALIZAR EL ANÁLISIS DE RELACIÓN DE VARIABLES SE CONSIDERÓ LO QUE SE DETALLA A CONTINUACIÓN:

-Estado nutricional: Se definió por medio del Índice de Masa Corporal, las 4 categorías (Bajo Peso, Normopeso, Sobrepeso y Obesidad) se recategorizaron en dos variables finales: ⁽⁴⁹⁾

- 1-Inadecuado* (pacientes con Bajo Peso, Sobrepeso y Obesidad)
- 2-Adecuado* (pacientes con IMC normal)

- **Hábitos alimentarios:** Para su estudio se comparo frecuencia de consumo por grupos de alimentos de los/as pacientes entrevistados/as del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial con la Ración Dietética Recomendada (RDA) de las Guías Alimentarias para la Población Argentina 2016 (GAPA 2016). Se clasifico la frecuencia de consumo en baja, normal o alta para cada grupo de alimento de acuerdo a las recomendaciones. ⁽⁵⁰⁾

Las Guías Alimentarias para la Población Argentina 2016, define como **hábito alimentario saludable** la elección correcta de alimentos que contribuyen a tener un buen estado de salud, esto se consigue a través de las mismas. ⁽⁴⁸⁾

Frecuencia de consumo recomendado por grupo de alimentos:

Grupo de frutas y verduras

Frutas

1- Baja: menor a 2 porciones diarias

2- Normal: 2 a 3 porciones diarias (2 a 3 unidades diarias)

3- Alta: mayor a 3 porciones diarias

Verduras

1- Baja: menor a 1 porción diaria

2-Normal: 1 porción diaria (1 plato diario)

3-Alta: mayor a 1 porción diaria

Grupo de legumbres, cereales, papa, pan y pastas

Legumbres, cereales, papa y pastas

1- Baja: menor a 1 porción diaria de legumbres, cereales, papa y pastas en cocido

2-Normal: 1 porción diaria de legumbres, cereales, papa y pastas en cocido (1 plato en cocido diario)

3-Alta: mayor a 1 porción diaria de legumbres, cereales, papa y pastas en cocido

Pan

1-Baja: menor a 1 porción diaria

2-Normal: 1 porción diaria (2 bollos diarios)

3-Alta: mayor a 1 porción diaria

Grupo de leche, yogur y quesos

1-Baja: menor a 3 porciones diarias

2-Normal: 3 porciones diarias (1 tazas de leche más 1 pote de yogur más 1 porción de queso tamaño cajita de fosforo diarios)

3-Alta: mayor a 3 porciones diarias

Grupo de carnes y huevo

Carnes

1-Baja: menor a 1 porción diaria

2-Normal: 1 porción diaria (1 unidad mediana diaria)

3-Alta: mayor a 1 porción diaria

Huevo

1-Baja: menor a 1 porción diaria

2-Normal: 1 porción diaria (1/2 huevo diario)

3-Alta: mayor a 1 porción diaria

Aceite

1-Baja: menor a 1 porción diaria en crudo

2-Normal: 1 porción diaria en crudo (2 cucharadas en crudo diarias)

3-Alta: mayor a 1 porción diaria en crudo

Grupo de azúcar y dulces

Azúcar

1-Normal: hasta 1 porción diaria (hasta 7 cucharaditas diarias)

2-Alta: mayor a 1 porción diaria

Dulces

1-Normal: hasta 1 porción diaria (hasta 3 cucharaditas diarias)

2-Alta: mayor a 1 porción diaria

Agua

1-Baja: menor a 8 porciones diarias

2-Normal: igual o mayor a 8 porciones diarias (igual o mayor a 8 vasos diarios)

Instrumento empleado para la recolección de los datos

Para la recolección de los datos se utilizó como instrumento la *Anamnesis Alimentaria*. La misma es una entrevista personal, que se aplicó a los/as pacientes que consultaban en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial durante un período de 3 meses (de Diciembre 2015 a Febrero 2016) (*Anexo N° 1*). Antes de llevar a cabo la *Anamnesis Alimentaria* se brindó información detallada de la misma al participante, mediante el consentimiento informado (*Anexo N° 2*), que le permitió decidir en forma libre, voluntaria y confiada el acceso a la experimentación.

El modelo de *Anamnesis Alimentaria o Historia Dietética*, es un instrumento especial que describe los patrones de ingestión de alimentos de una persona. Presenta cuatro secciones: ⁽⁵¹⁾

- 1) Obtención de datos biográficos, antropométricos, y socio-económicos.
- 2) Información sobre el consumo real de alimentos (¿Qué come?) (Cuantificar)
- 3) Información sobre algunas variables que gobiernan el consumo de alimentos (¿Por qué?)
- 4) Evaluación de los datos obtenidos.

La *Historia Dietética* brinda información sobre la ingesta habitual de alimentos en términos de frecuencias y cantidades ingeridas. Proporciona información sobre la preparación de los alimentos y sobre las prácticas de consumo de las dietas habituales de las personas estudiadas. Permite sacar conclusiones respecto al “Estado Dietético”, que es diferente al “Estado Nutricional”. ⁽⁴⁹⁾

El modelo de formulario de *Anamnesis Alimentaria* estuvo dividido en secciones y fue conformado con preguntas de respuesta simples y múltiples. Las secciones del cuestionario fueron:

- Datos biográficos (sexo, edad, nacionalidad)
- Datos socio-económicos (máximo nivel educativo alcanzado, condición de actividad, percepción de pensión no contributiva asistencial o graciable, religión actual, hogar, ayuda alimentaria).

- Datos clínicos (diagnóstico clínico y farmacoterapia).
- Datos antropométricos (peso actual, talla, IMC, cambio de peso en el último año).
- Datos sobre estilo de vida (actividad física, consumo de alcohol, consumo de tabaco).
- Datos sobre hábitos alimentarios (tipo y número de comidas realizadas diariamente, picoteo, tipo de picoteo, apetencia alimentaria, consumo de mates cebados, cantidad de mates cebados diarios, uso de azúcar en los mates cebados, disponibilidad de utensilios y equipos de cocina disponibles, método de cocción frecuentes, frecuencia de consumo de los siguientes alimentos: leche, yogur, queso, huevo, carne, vísceras, vegetales, frutas, pan, cereales, papa y pastas, legumbres, azúcar, edulcorante, dulces, manteca o crema, aceite, fiambres, golosinas, gaseosa, agua).

Procesamiento y análisis de la información

Una vez finalizada la recolección de los datos, se procedió al tratamiento de los mismos a través de los siguientes pasos:

- Codificación de datos: Consiste en un procedimiento técnico mediante el cual los datos son traducidos en números, de modo de facilitar su conteo posterior. Se asigna a cada modalidad (categoría) de la variable un número correlativo. La codificación ahorra esfuerzo, permitiendo obtener una respuesta lista para ser transferida en términos numéricos a las planillas, utilizadas luego en el procesamiento de datos. ⁽¹⁸⁾
- Tabulación de datos: Es la fase en la que se disponen en forma conjunta y ordenada los datos y se determina la frecuencia de aparición de las diferentes respuestas, simultáneamente, queda organizada la información de modo que se puede efectuar el proceso técnico del análisis estadístico. ⁽¹⁸⁾
- Análisis estadístico e interpretación de los datos: Se realizó un análisis descriptivo y de asociación entre variables, para este último se utilizaron las Prueba Chi Cuadrado de Pearson o el Estadístico Exacto de Fisher a un nivel de significación de 0,05. El

software empleado para el análisis de los datos fue SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versión 15.0.

5. RESULTADOS

5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO

5.1.1 VARIABLES BIOGRÁFICAS Y SOCIO-ECONÓMICAS

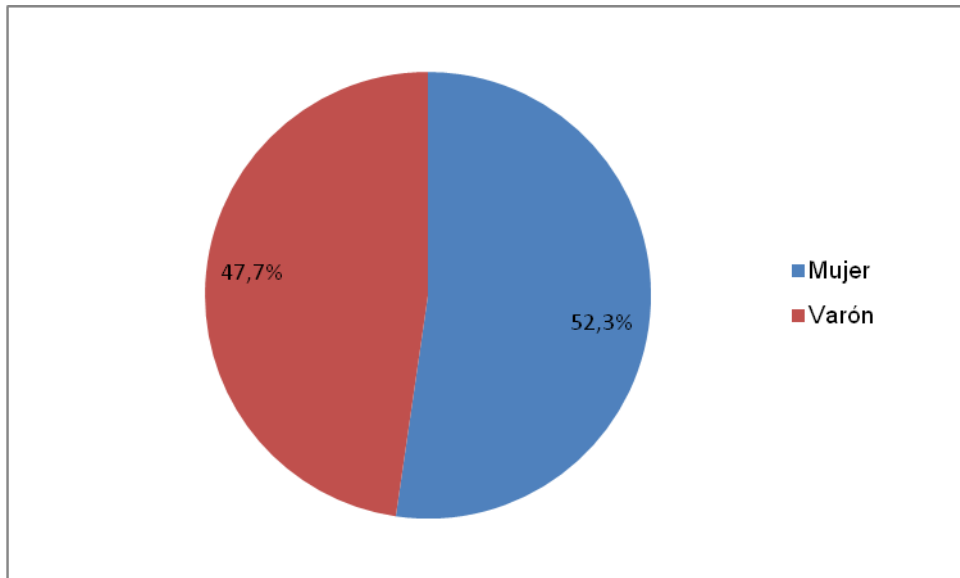


Figura 1: Distribución de los/as pacientes según sexo, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, año 2016 (n=130)

La muestra total quedó compuesta por 130 pacientes atendidos por consultorio en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial en un período de tres meses (de Diciembre 2015 a Febrero 2016). Se entrevistaron 68 mujeres y 62 varones (*figura 1*), con una edad media de $41,05 \pm 0,96$ EE. Del total de entrevistados/as, 60 pacientes eran adultos jóvenes y 70 pacientes eran adultos (*figura 2*). En este estudio se consideró a partir de los 18 años que es la población que asiste la Institución.

El mayor número de entrevistados/as fueron de nacionalidad argentina (124 pacientes) y un mínimo número (6 pacientes) de otros países (Perú, Chile y Bolivia) (*figura 3*).

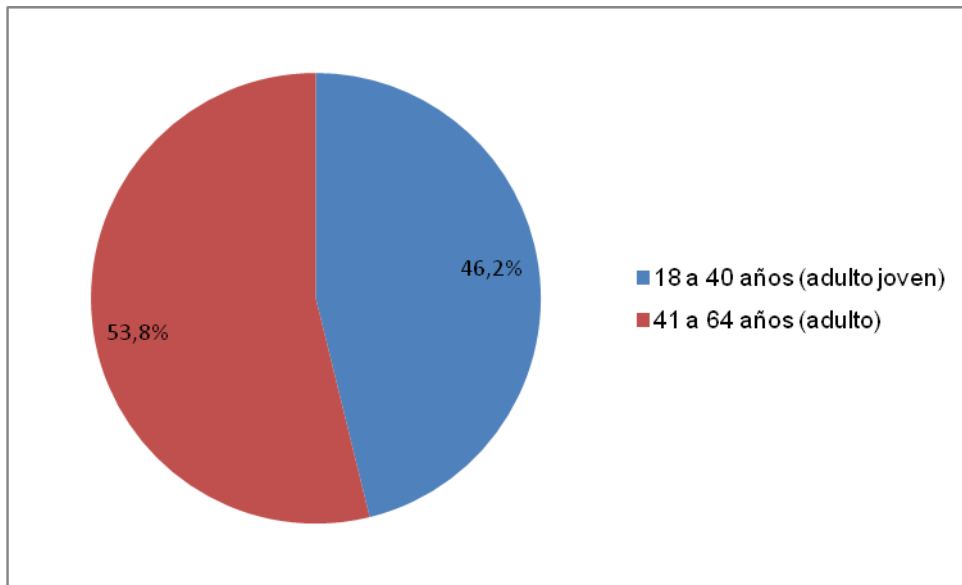


Figura 2: Distribución de los/as pacientes según grupo de edades, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, año 2016 (n=130)

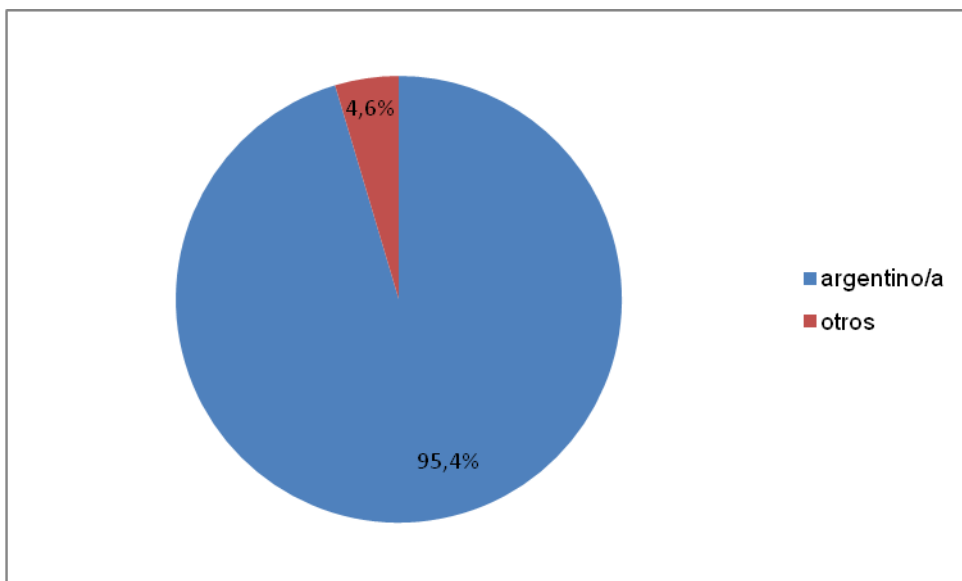


Figura 3: Distribución de los/as pacientes según nacionalidad, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, año 2016 (n=130)

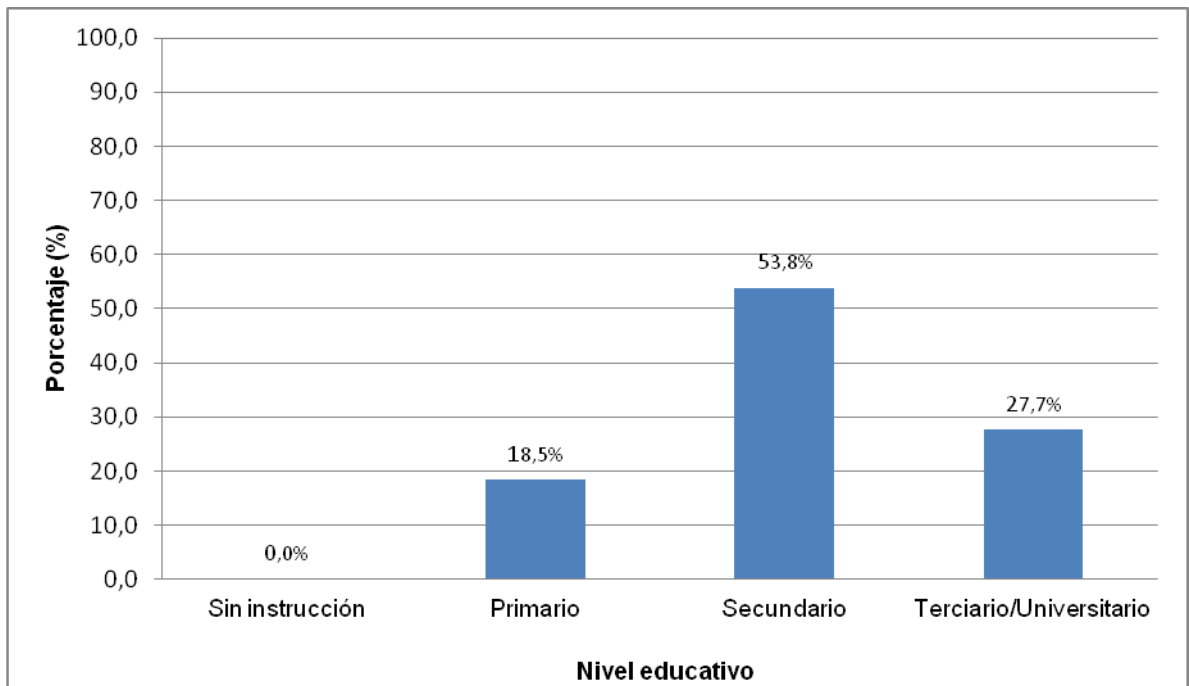


Figura 4: Distribución de los/as pacientes según máximo nivel educativo alcanzado, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, año 2016 (n=130)

El máximo nivel educativo alcanzado por los/as entrevistados/as, fue secundario (70 pacientes), seguido de terciario/universitario (36 pacientes) y en un menor número primario (24 pacientes). No registrándose pacientes sin instrucción (figura 4).

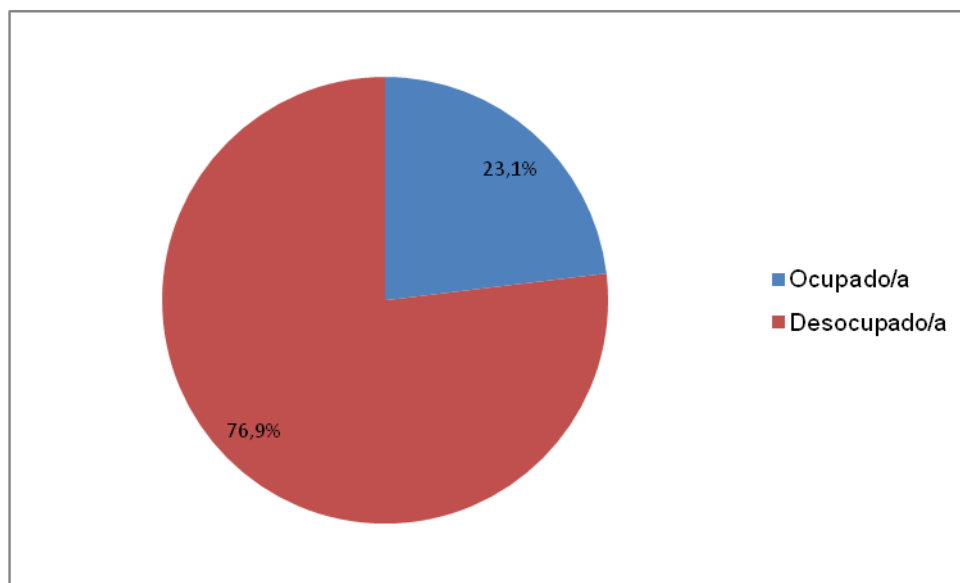


Figura 5: Distribución de los/as pacientes según condición de actividad, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, año 2016 (n=130)

La mayoría de los/as entrevistados/as (100 pacientes) se encontraban desocupados/as y 30 pacientes estaban ocupados/as (*figura 5*).

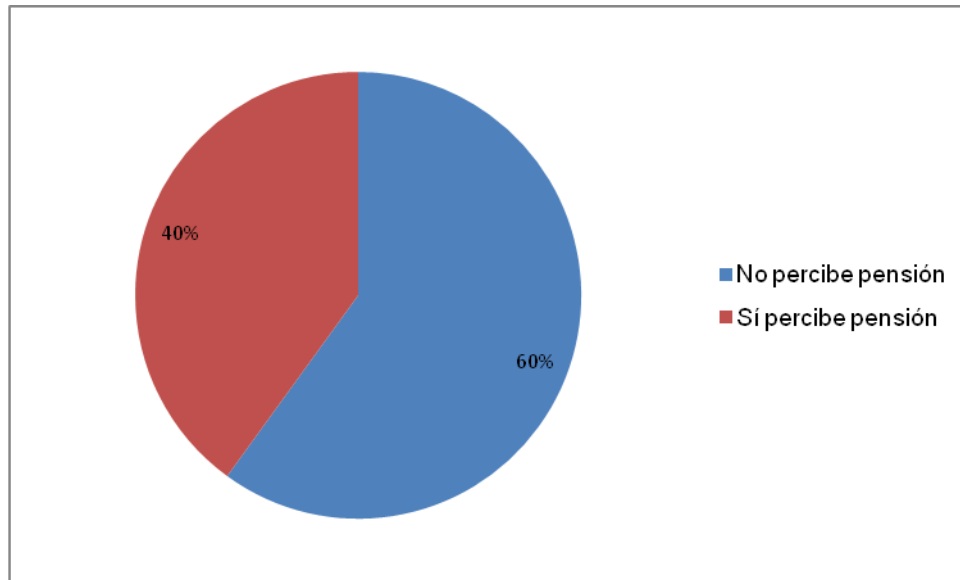


Figura 6: Distribución de los/as pacientes según percepción de pensión no contributiva asistencial o graciable, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, año 2016 (n=130)

En la *figura 6* se puede observar que el mayor número de los entrevistados/as no percibía una pensión no contributiva asistencial o graciable (78 pacientes) y un menor número si la percibía (52 pacientes).

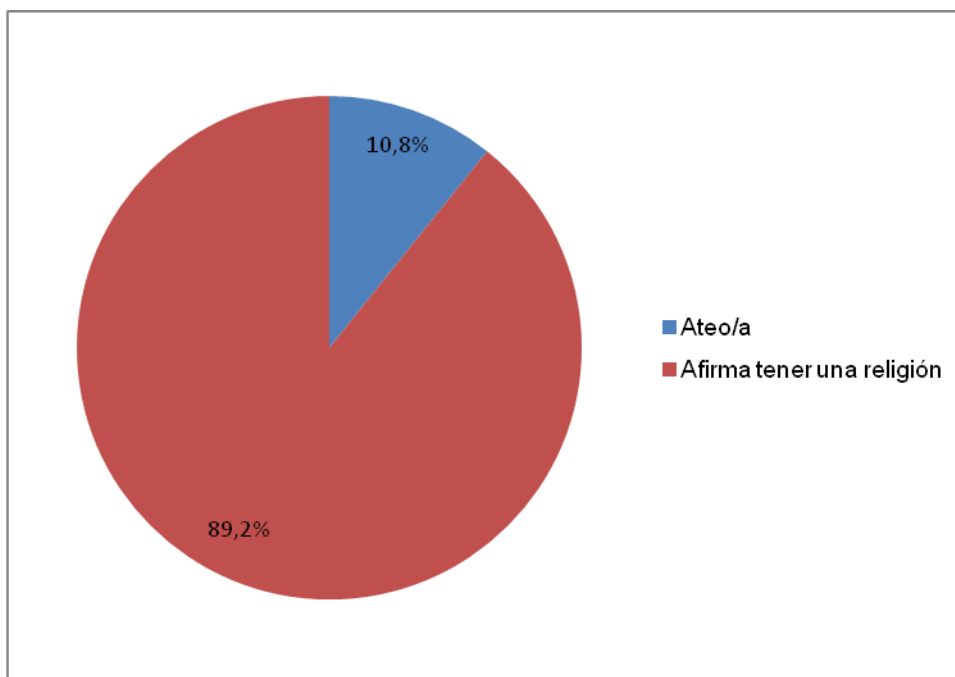


Figura 7: Distribución de los/as pacientes según filiación religiosa, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, año 2016 (n=130)

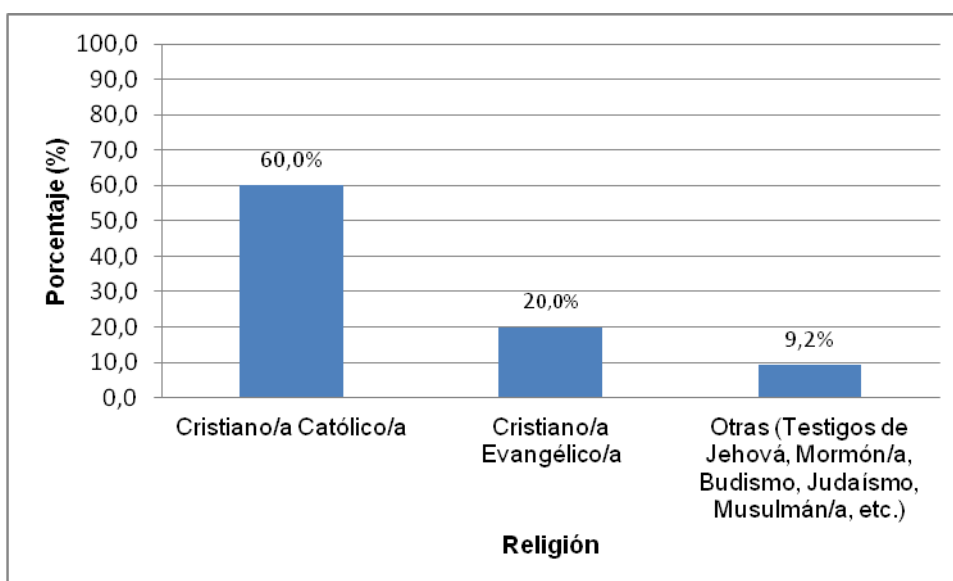


Figura 8: Distribución de los/as pacientes según religión actual, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, año 2016 (n=130)

La mayoría de las personas con padecimientos mentales (116 pacientes) afirmaron tener una religión y 14 pacientes manifestaron ser ateos (*figura 7*); siendo la religión con mayor frecuencia la Cristiano/a Católico/a (78 pacientes), seguido de la religión Cristiano/a Evangélico/a (26 pacientes) y otras religiones (12 pacientes), que

incluyen: Testigos de Jehová, Mormón/a, Budismo, Judaísmo, Musulmán/a, etc. (figura 8).

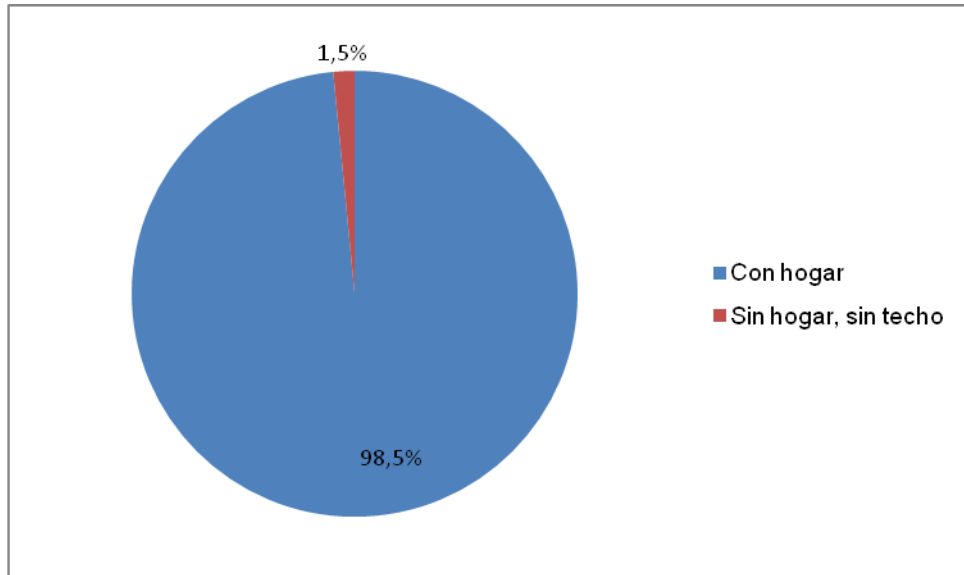


Figura 9: Distribución de los/as pacientes según hogar, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, año 2016 (n=130)

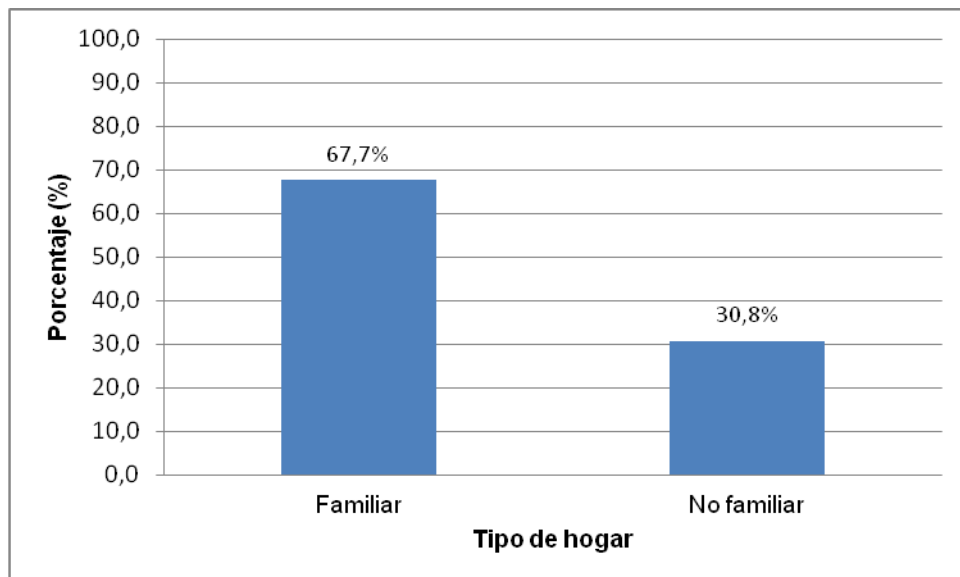


Figura 10: Distribución de los/as pacientes según tipo de hogar, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, año 2016 (n=130)

Entre los/as entrevistados/as casi la totalidad tenía “hogar” (128 pacientes) y 2 pacientes “Sin hogar, sin techo” (*figura 9*).

De los/as pacientes con “hogar”, 88 pacientes tenían un “Hogar familiar” y 40 un “Hogar no familiar” (*figura 10*).

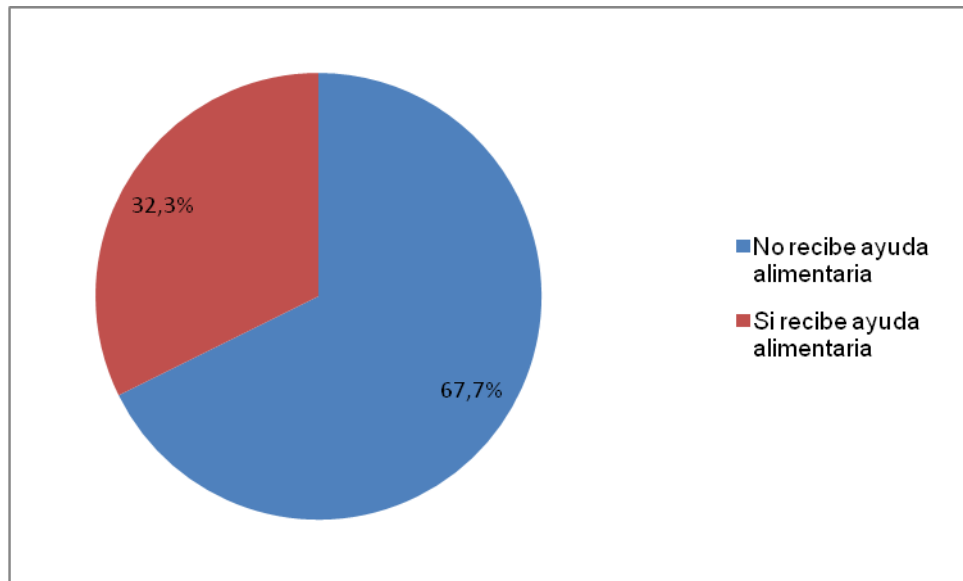


Figura 11: Distribución de los/as pacientes según ayuda alimentaria, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, año 2016 (n=130)

Siguiendo con el análisis de las variables socioeconómicas, el mayor número (88 pacientes) no recibía ayuda alimentaria y 42 pacientes sí recibían ayuda alimentaria (*figura 11*).

5.1.2 VARIABLES CLÍNICAS

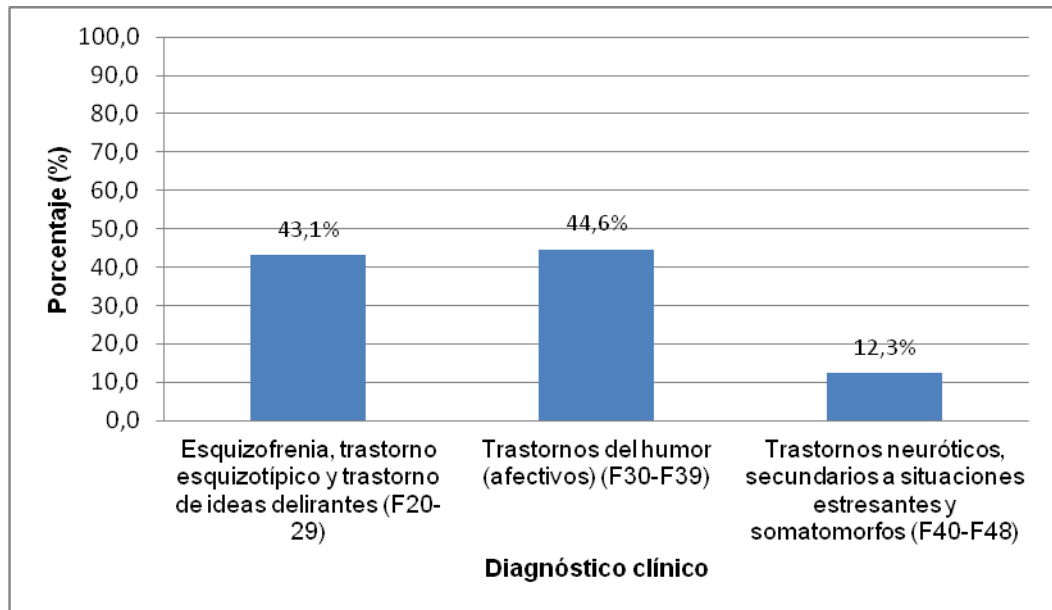


Figura 12: Distribución de los/as pacientes según diagnóstico clínico, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, año 2016 (n=130)

Con respecto al diagnóstico (*figura 12*) se utilizó el CIE-10 Capítulo V Trastornos Mentales y del Comportamiento (F00-F99), que es el sistema de clasificación utilizado por el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, las categorías que prevalecieron en la muestra fueron: Trastornos del humor (afectivos) (F30-F39) (58 pacientes), Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastorno de ideas delirantes (F20-F29) (56 pacientes), y Trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos (F40-F48) (16 pacientes), no encontrándose el resto de las categorías establecidas por la CIE-10 Capítulo V.

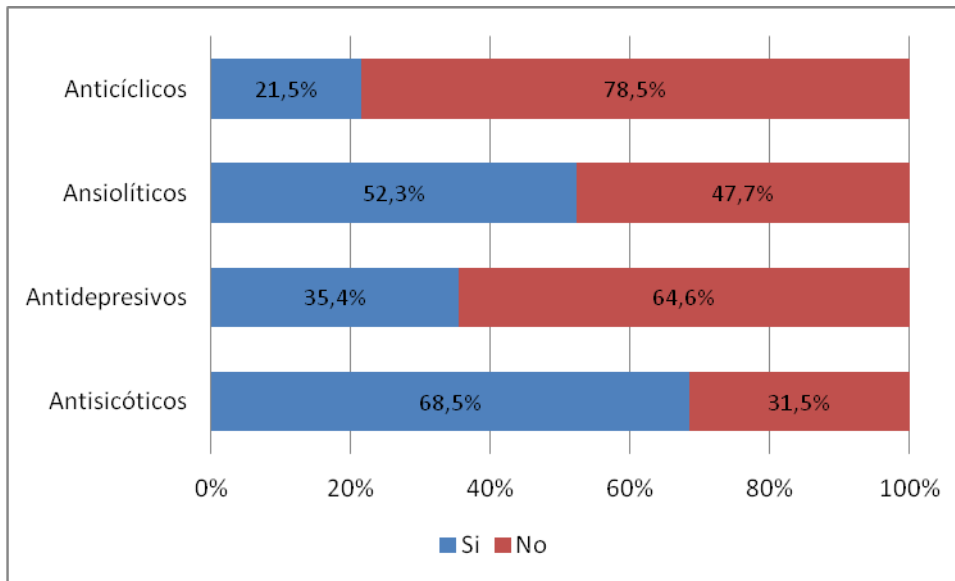


Figura 13: Distribución de los/as pacientes según consumo de psicofármacos, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, año 2016 (n=130)

Los psicofármacos o psicotrónicos según propiedad terapéutica se clasificaron en: antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, anticíclicos o estabilizantes del estado de ánimo. Del total de pacientes entrevistados/as un mayor número consumían antisicóticos (89 pacientes) y un menor número no los consumían (41 pacientes), en relación a los antidepresivos mayoritariamente no los consumían (84 pacientes) y el resto si los consumía (46 pacientes). Existiendo números similares entre los/as entrevistados/as que consumían (68 pacientes) y no consumían (62 pacientes) ansiolíticos. Asimismo, se puede observar, que un mayor número no consumían anticíclicos (102 pacientes) y 28 pacientes si los consumían (*figura 13*).

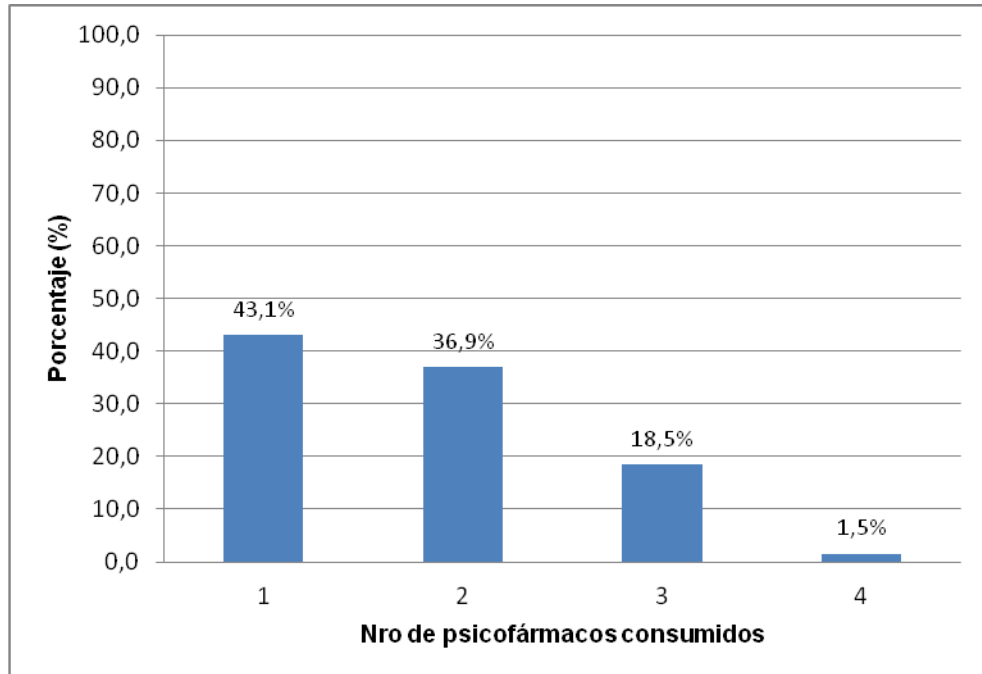


Figura 14: Distribución de los/as pacientes según el número de psicofármacos consumidos, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, año 2016 (n=130)

Siguiendo con el análisis de psicofármacos, predominantemente los/as pacientes consumían entre 1 y 2 psicofármaco (56 y 48 pacientes respectivamente), seguido de 3 psicofármacos (24 pacientes) y un mínimo número de entrevistados/as (2 pacientes) consumían 4 psicofármacos (*figura 14*).

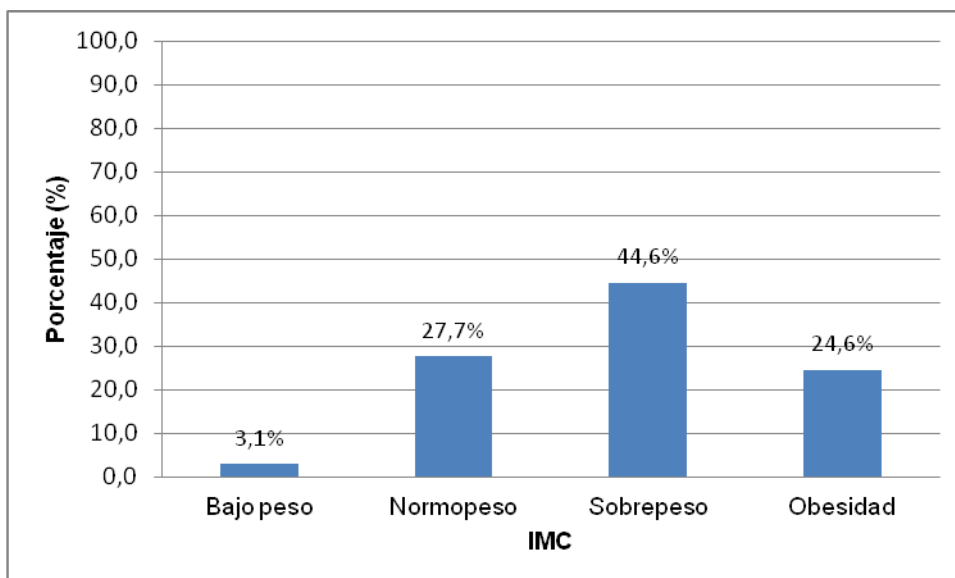


Figura 15: Distribución de los/as pacientes según Índice de Masa Corporal (IMC), en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, año 2016 (n=130)

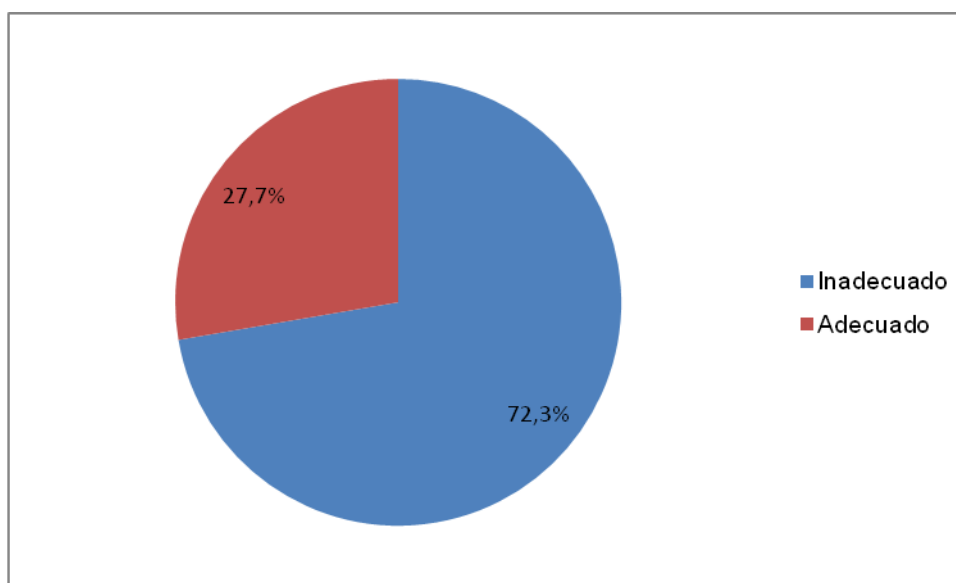


Figura 16: Distribución de los/as pacientes según estado nutricional, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, año 2016 (n=130)

Se valoró antropométricamente a los/as pacientes, por medio del peso y talla, a partir del cual se obtuvo el IMC, las categorías utilizadas fueron las establecidas por la OMS. El peso actual medio fue de $74,31 \pm 1,25$ EE, la talla promedio fue de $1,66 \pm 0,01$ EE y el IMC medio obtenido fue de $27,03 \pm 0,40$ EE.

Se pudo observar una mayor prevalencia de sobrepeso (58 pacientes), seguido de normopeso y obesidad (36 y 32 pacientes respectivamente) y un mínimo número de entrevistados/as con bajo peso (4 pacientes) (*figura 15*). Por lo tanto, 94 pacientes de la muestra tenían un estado nutricional inadecuado (bajo peso, sobrepeso y obesidad) y 36 pacientes un estado nutricional adecuado (normopeso) (*figura 16*).

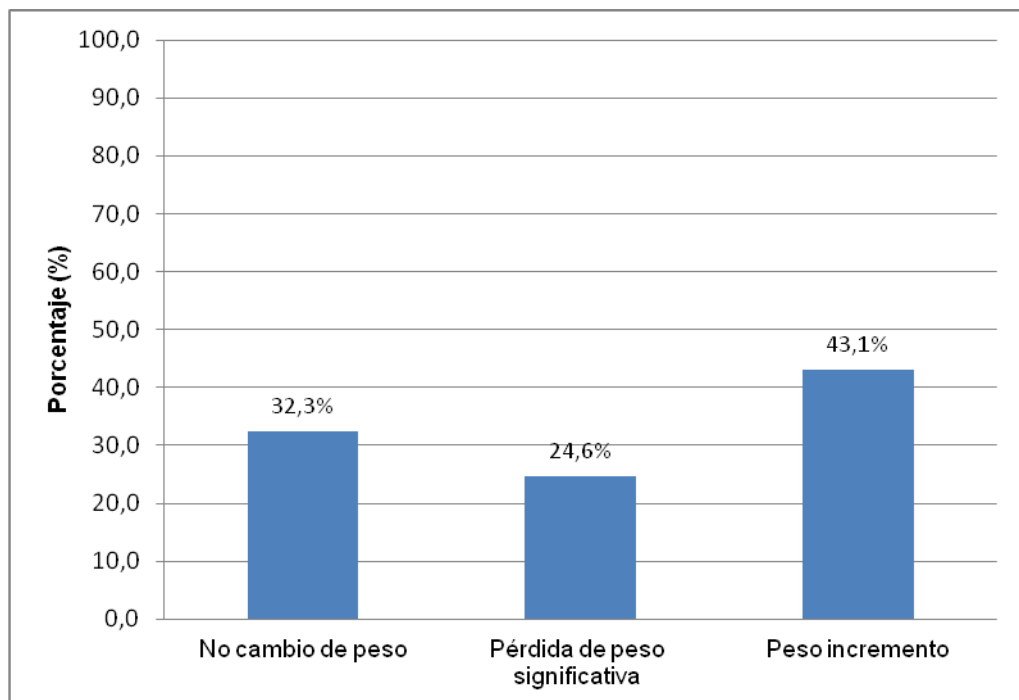


Figura 17: Distribución de los/as pacientes según cambio de peso en el último año, de acuerdo a su percepción, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, año 2016 (n=130)

En la *figura 17* se evaluó la percepción de los pacientes en relación al cambio de peso en el último año, donde la mayoría manifestaron que su peso incremento (56 pacientes), seguido de 42 pacientes, los/as cuales consideran que su peso no cambio y 32 pacientes revelaron que tuvieron una pérdida significativa de peso.

5.1.3 VARIABLES SOBRE ESTILOS DE VIDA

Sobre estilo de vida se evaluó: actividad física, consumo de alcohol y consumo de tabaco.

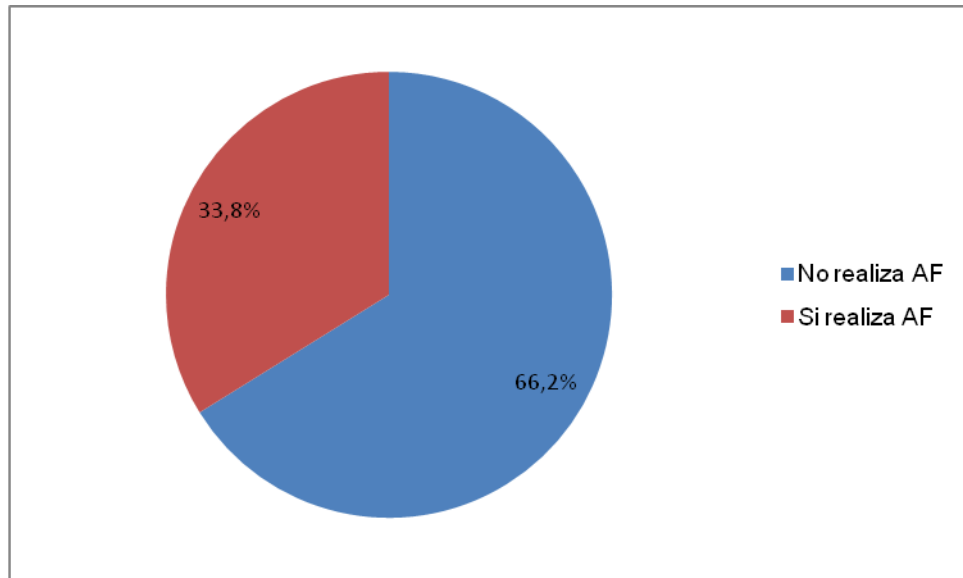


Figura 18: Distribución de los/as pacientes según Actividad Física (AF), en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, año 2016 (n=130)

La mayoría de los/as entrevistados/as (86 pacientes) no realizaban actividad física y un menor número, 44 pacientes si realizaban actividad física (figura 18).

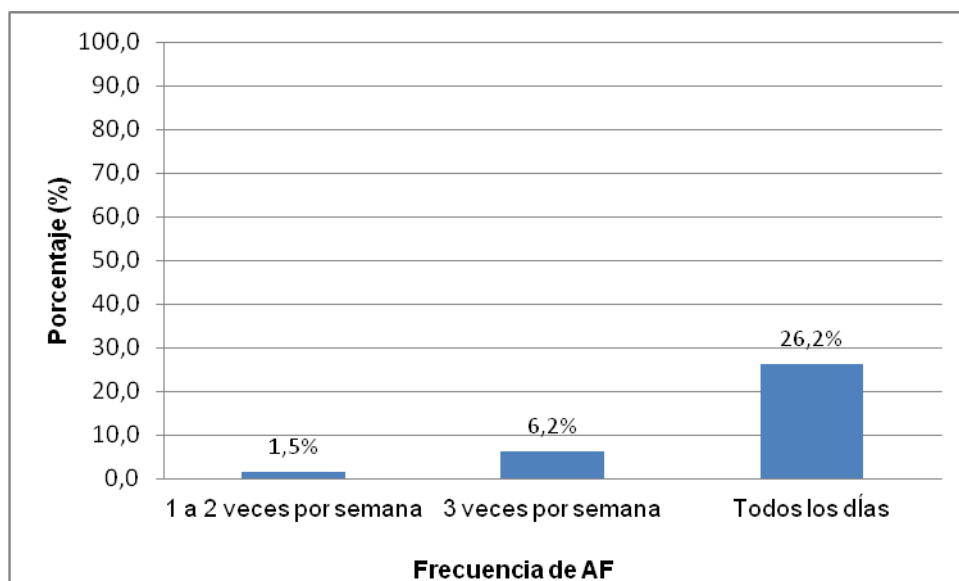


Figura 19: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de Actividad Física, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, año 2016 (n=130)

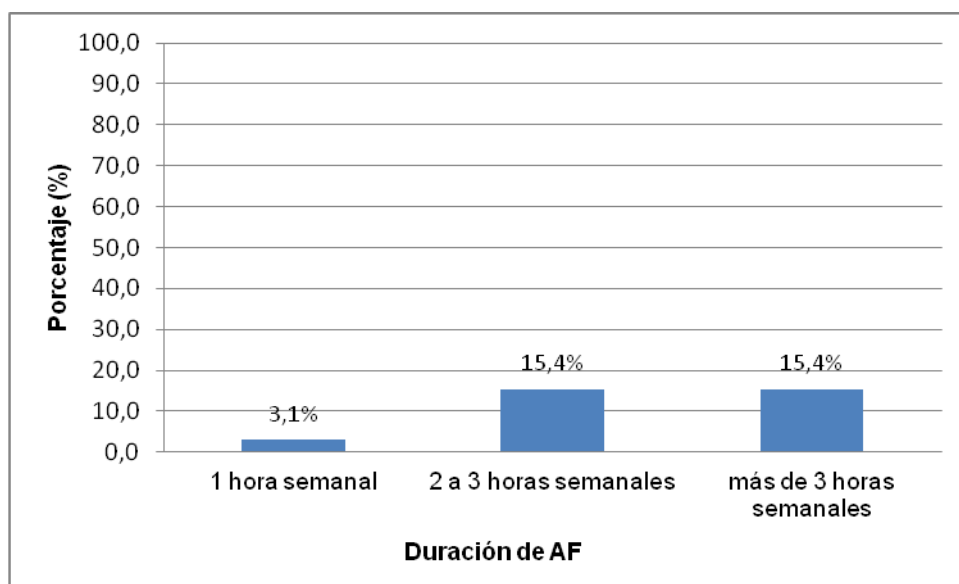


Figura 20: Distribución de los/as pacientes según duración de Actividad Física, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, año 2016 (n=130)

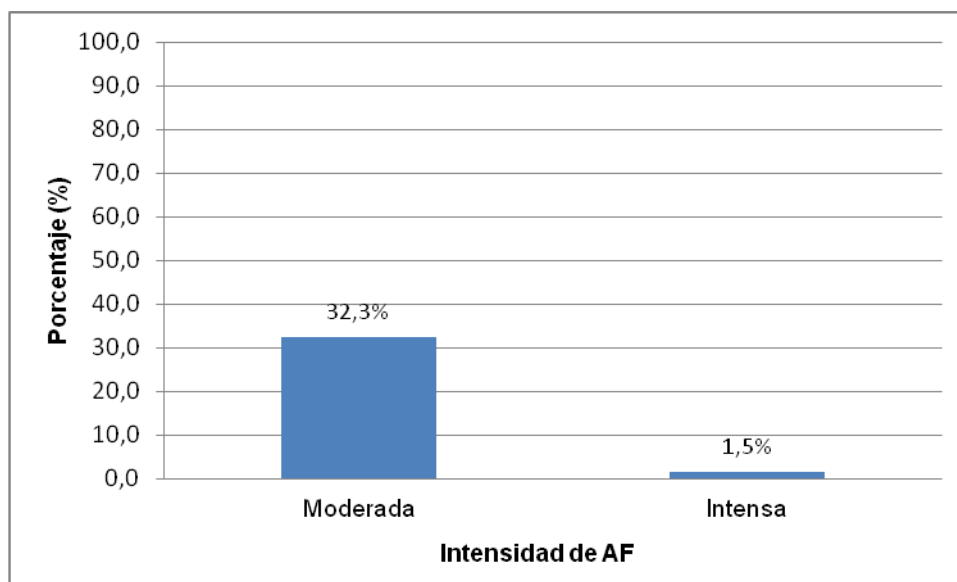


Figura 21: Distribución de los/as pacientes según intensidad de Actividad Física, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, año 2016 (n=130)

De los/as pacientes que si realizaban actividad física (44 pacientes), un mayor número (34 pacientes) hacían actividad todos los días, seguido de 8 pacientes que realizaban actividad 3 veces por semana y un mínimo número de entrevistados/as (2 pacientes) 1 a 2 veces por semana (*figura 19*).

Con respecto a las horas por semana de actividad física, 20 pacientes realizaban 2 a 3 horas por semana y el mismo número más de 3 horas por semana, es decir no hubo diferencias entre estas categorías (*figura 20*). Y casi la totalidad de los/as entrevistados/as que realizaban actividad física, la intensidad fue moderada (42 pacientes) como por ejemplo, caminata y bailar, y una mínimo número (2 pacientes) realizaban actividades intensas como por ejemplo, fútbol (*figura 21*).

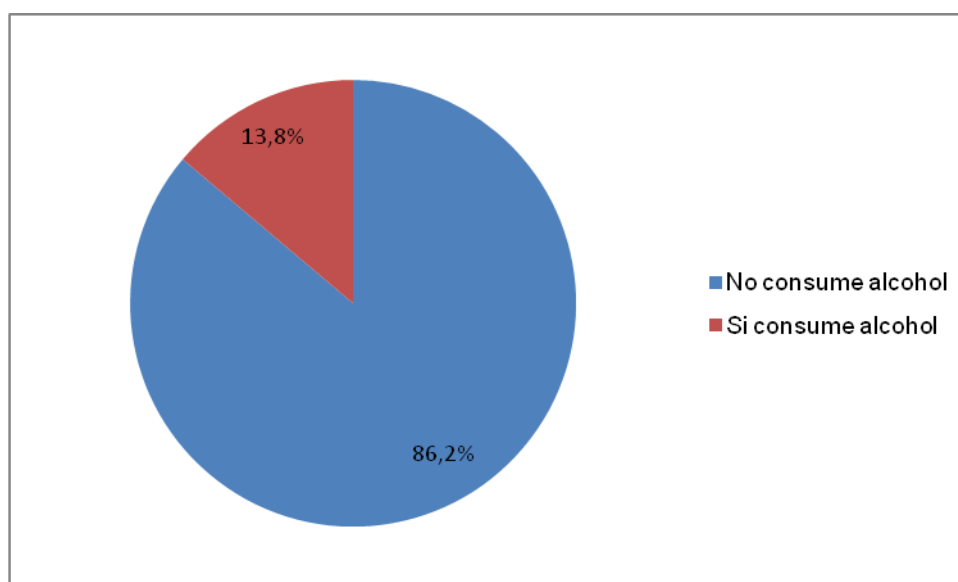


Figura 22: Distribución de los/as pacientes según consumo de alcohol, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Mayoritariamente los/as entrevistados/as (112 pacientes) no consumían alcohol y un menor número (18 pacientes) si consumían (*figura 22*).

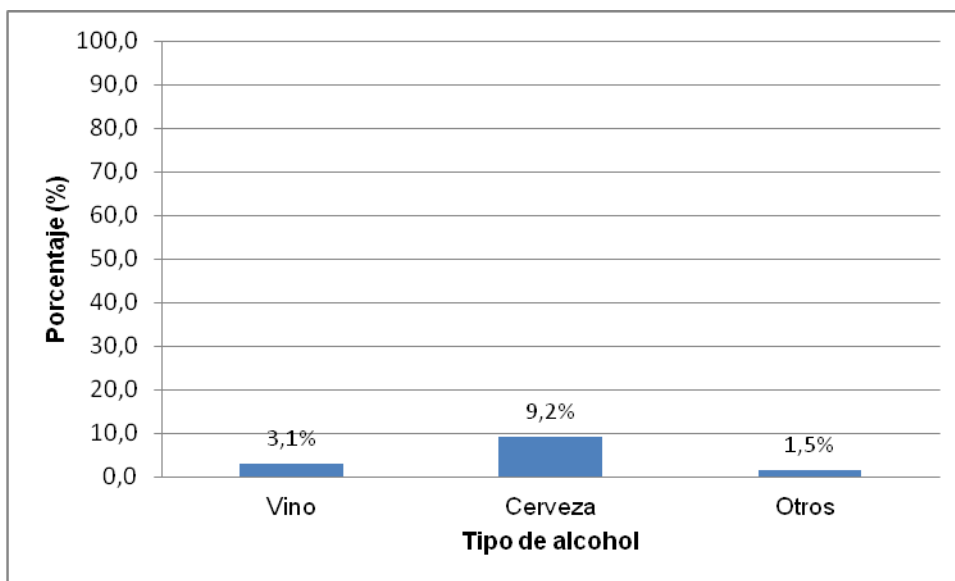


Figura 23: Distribución de los/as pacientes según tipo de alcohol consumido, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Entre los/as que consumían alcohol (18 pacientes), la bebida más consumida fue la cerveza (12 pacientes), seguido del vino (4 pacientes) y otras bebidas alcohólicas (2 pacientes) (figura 23).

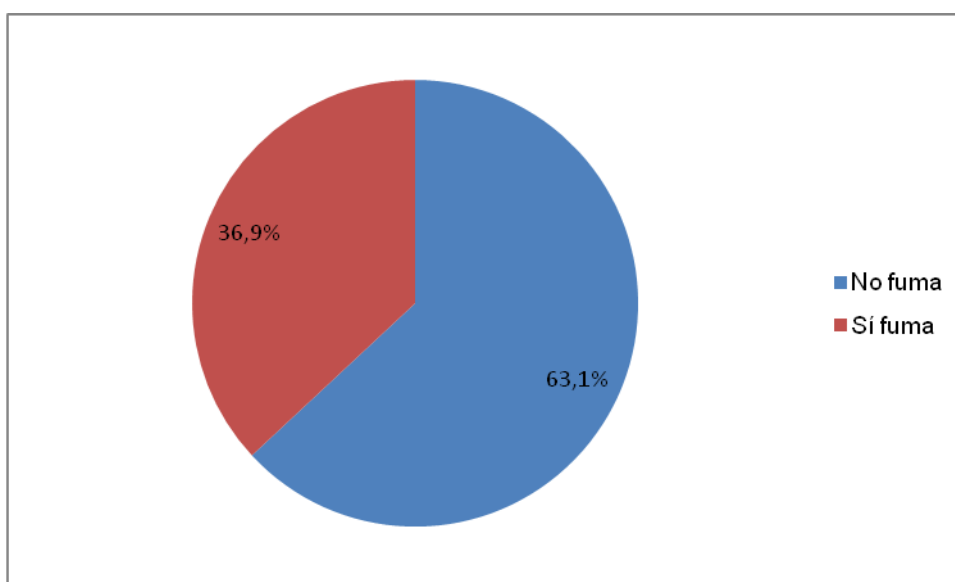


Figura 24: Distribución de los/as pacientes según consumo de tabaco en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Sobre la variable consumo de tabaco, un mayor número de entrevistados/as no fumaba (82 pacientes) y 42 pacientes si fumaban (figura 24).

5.1.4 VARIABLES SOBRE HÁBITOS ALIMENTARIOS

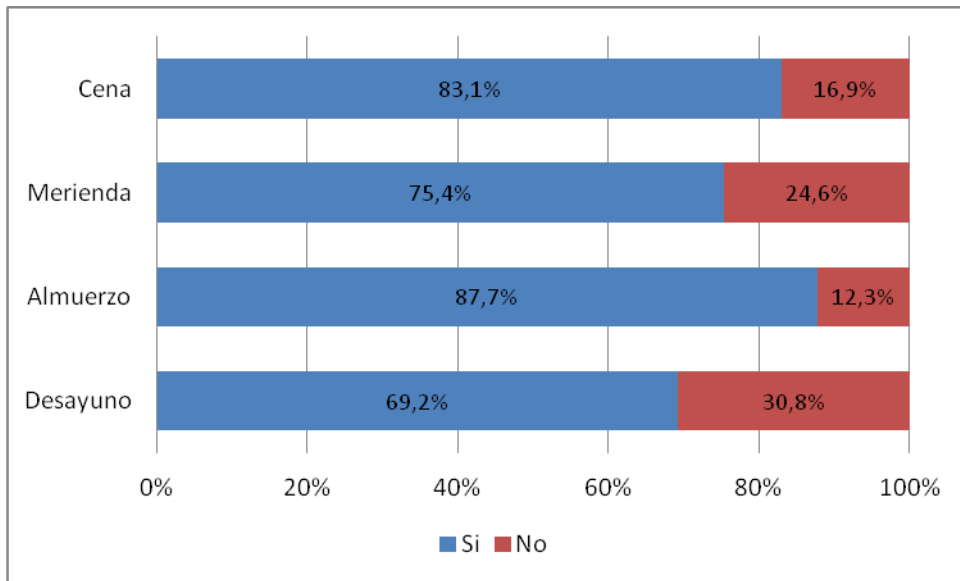


Figura 25: Distribución de los/as pacientes según comidas realizadas diariamente, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

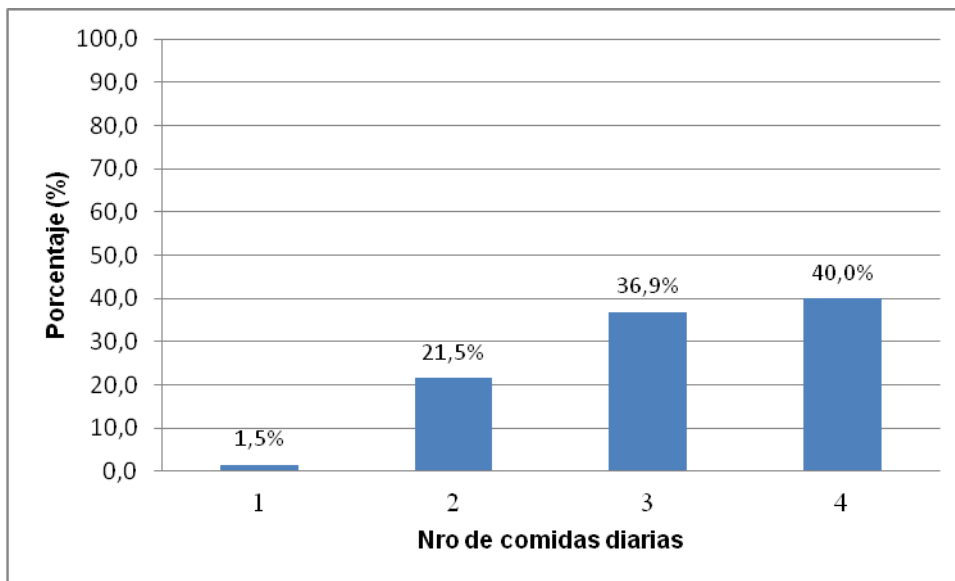


Figura 26: Distribución de los/as pacientes según número de comidas realizadas diariamente, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Como se puede evidenciar en la *figura 25*, 90 pacientes entrevistados/as si desayunaban y 40 pacientes no desayunaban, un gran número de entrevistados/as almorzaban (114 pacientes) y un mínimo número (16 pacientes) no almorzaban, en relación a la merienda, 98 pacientes si merendaban y 32 pacientes no merendaban. Y 108 pacientes si cenaban y 22 pacientes no cenaban.

Teniendo en cuenta el número de comidas consumidas diariamente, la mayor parte de los/as entrevistados/as realizaban entre 3 y 4 comidas diarias (48 y 52 pacientes respectivamente), seguido de 2 comidas (28 pacientes) y 1 comida diaria (2 pacientes) (*figura 26*).

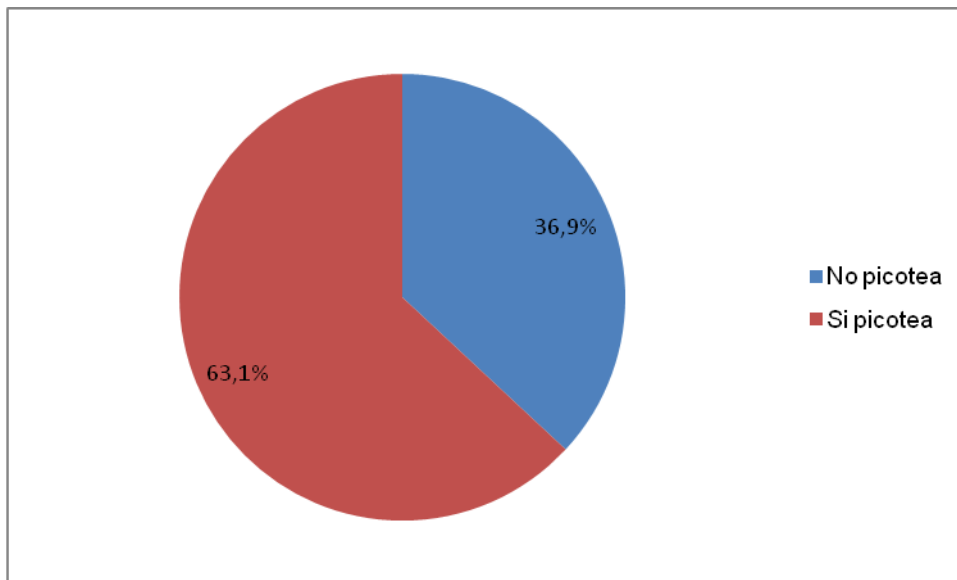


Figura 27: Distribución de los/as pacientes según picoteo, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

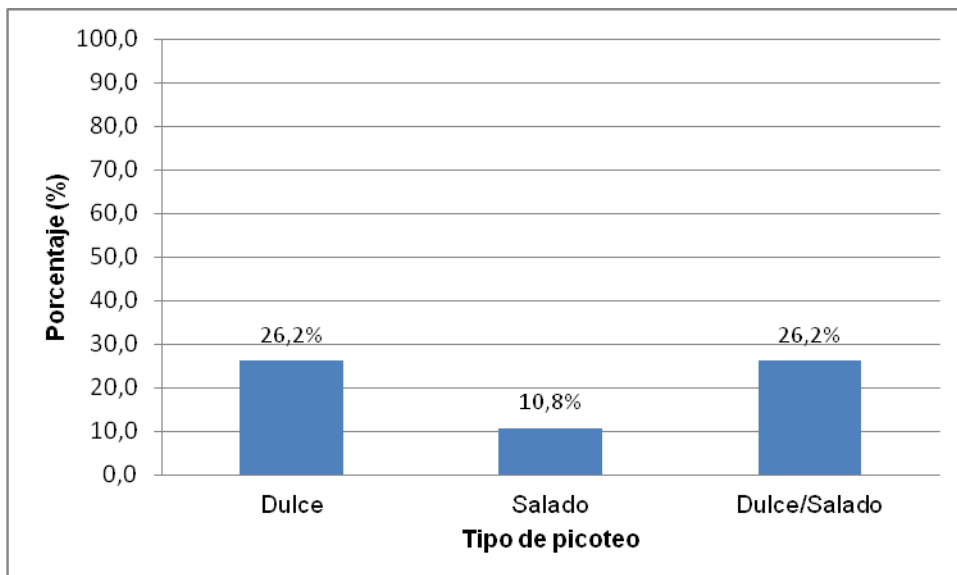


Figura 28: Distribución de los/as pacientes según tipo de picoteo, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

En la *figura 27* se observa que 82 pacientes si picotean y 48 pacientes no

picotean, y además, el mayor número picotea alimentos dulces (34 pacientes) y dulces/salados (34 pacientes), no encontrándose diferencias entre estas dos categorías, seguido de alimentos salados (14 pacientes) (*figura 28*).

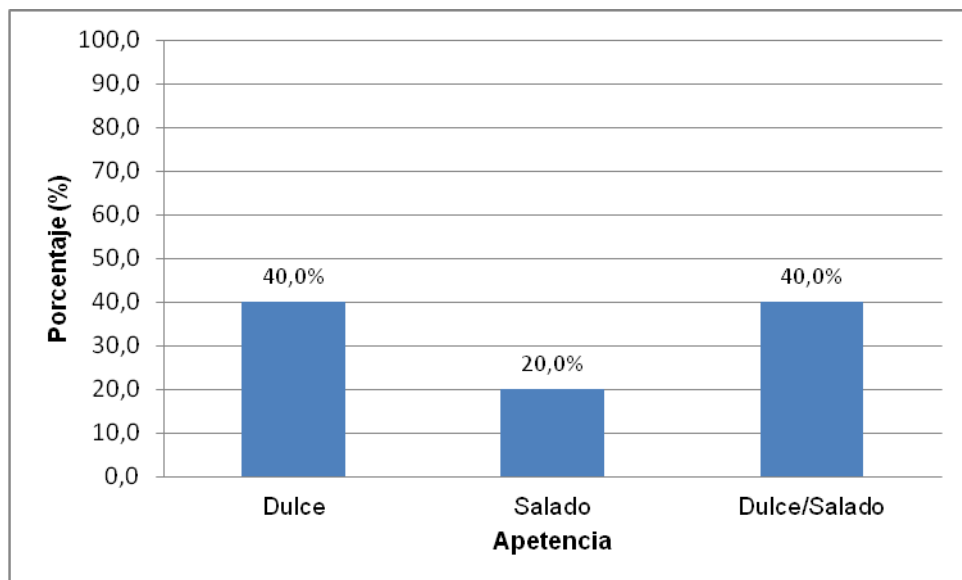


Figura 29: Distribución de los/as pacientes según apetencia, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

En relación a la apetencia, un mayor número de personas con padecimientos mentales tenían apetencia por los alimentos dulces (52 pacientes) y dulces/salados (52 pacientes), no habiendo diferencias entre estas dos categorías, seguido por alimentos salados (26 pacientes) (*figura 29*).

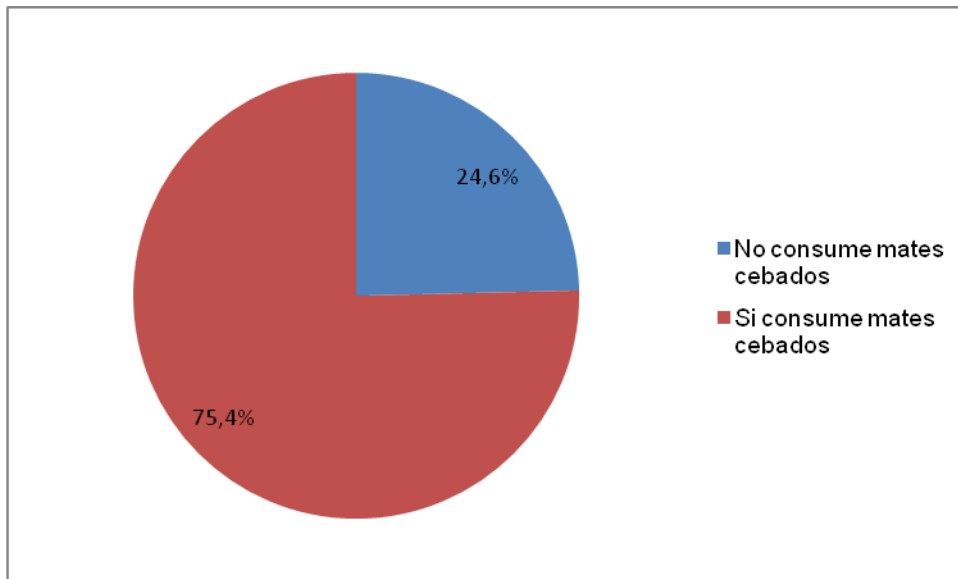


Figura 30: Distribución de los/as pacientes según consumo de mates cebados, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

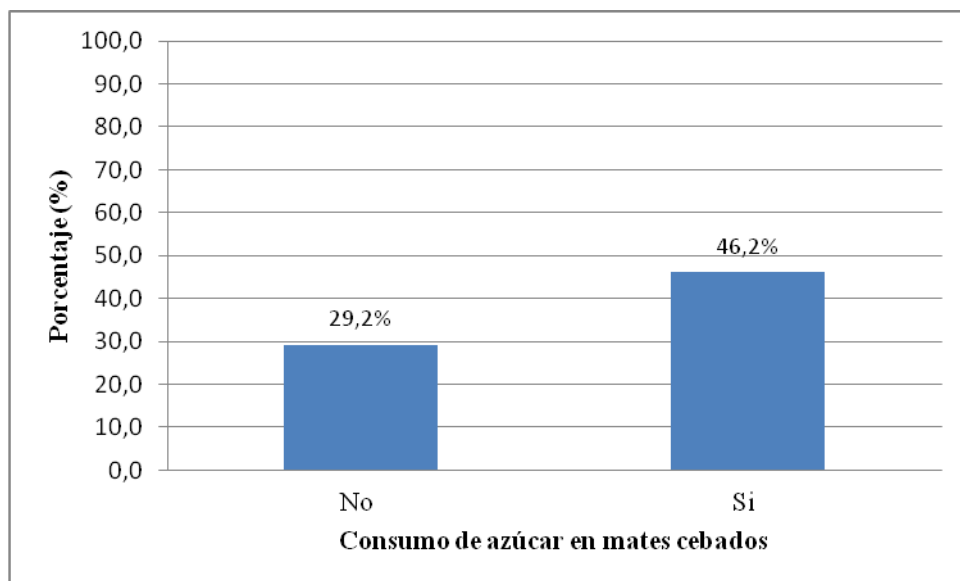


Figura 31: Distribución de los/as pacientes según consumo de azúcar en mates cebados, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

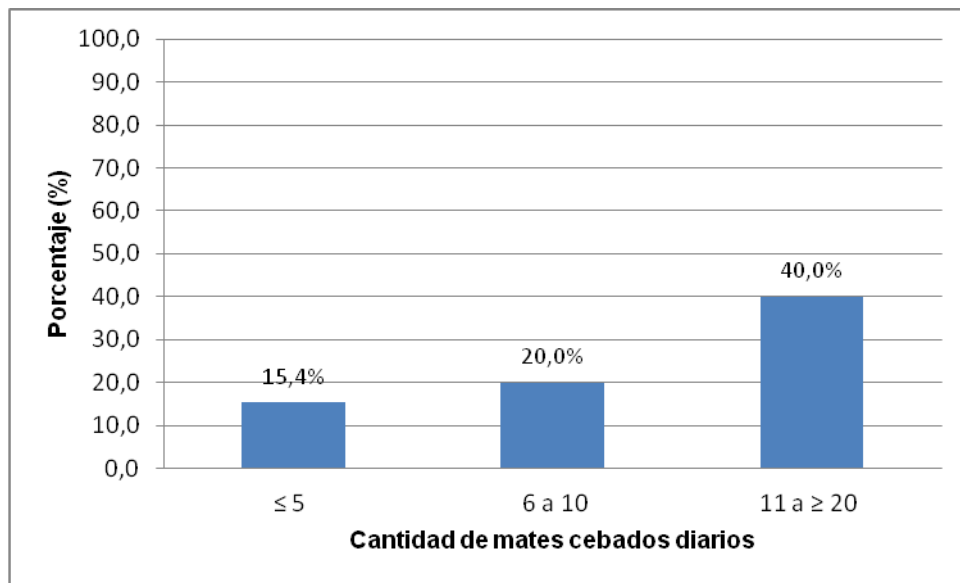


Figura 32: Distribución de los/as pacientes según cantidad de mates cebados consumidos diariamente, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Se analizó el consumo de mates cebados (*figura 30*), y se puede observar que un mayor número de entrevistados/as consumían mates cebados (98 pacientes) y un menor número no consumían (32 pacientes).

De los que consumían mates cebados, se estudió si utilizaban azúcar y la cantidad de mates cebados consumidos diariamente; 60 pacientes utilizaban azúcar para endulzar los mates y el resto (38 pacientes) no usaba azúcar, y en su reemplazo utilizaban edulcorante o amargo (*figura 31*). Y 52 pacientes consumían entre 11 mates cebados o más diariamente, seguido de 26 pacientes que consumían entre 6 a 10 mates cebados y 20 pacientes igual o menos a 5 mates cebados diarios (*figura 32*).

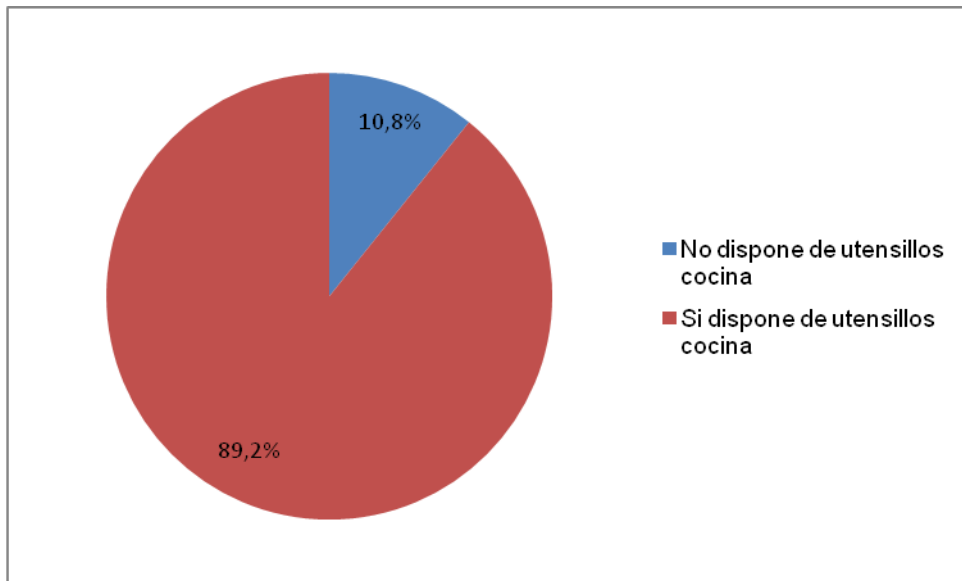


Figura 33: Distribución de los/as pacientes según utensillos de cocina disponibles, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

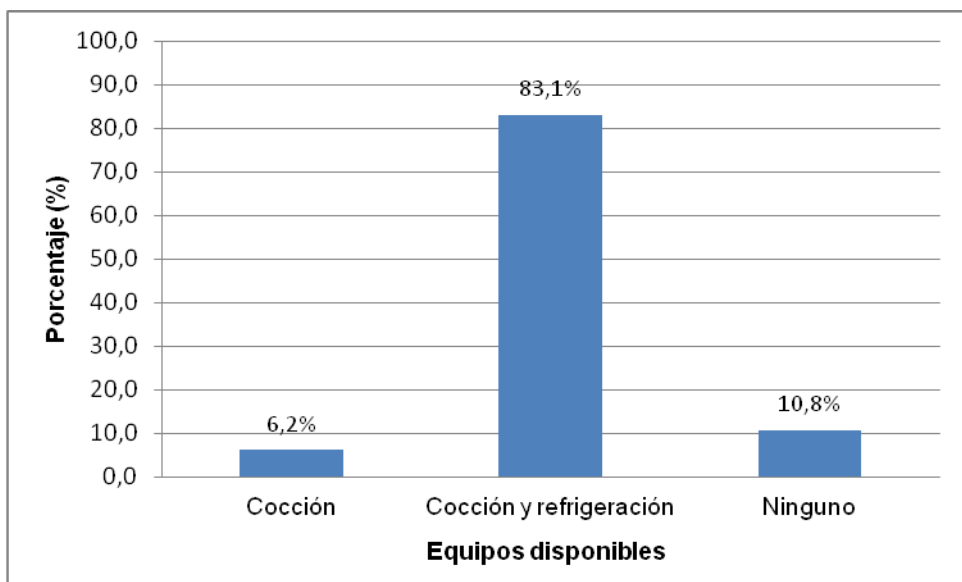


Figura 34: Distribución de los/as pacientes según equipos de cocina disponibles, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Las figuras 33 y 34 muestra si los/as pacientes disponían de utensillos y equipos de cocina para poder preparar los alimentos y conservarlos, dando como resultado que la mayoría si disponía de utensillos de cocina (116 pacientes) y 14 pacientes no poseían

utensillos. Y con respecto a los equipos de cocina, 108 pacientes poseían equipo de cocción y refrigeración, seguido de 14 pacientes que no tenían equipos de cocción ni de refrigeración y 8 pacientes que disponían únicamente de equipo de cocción.

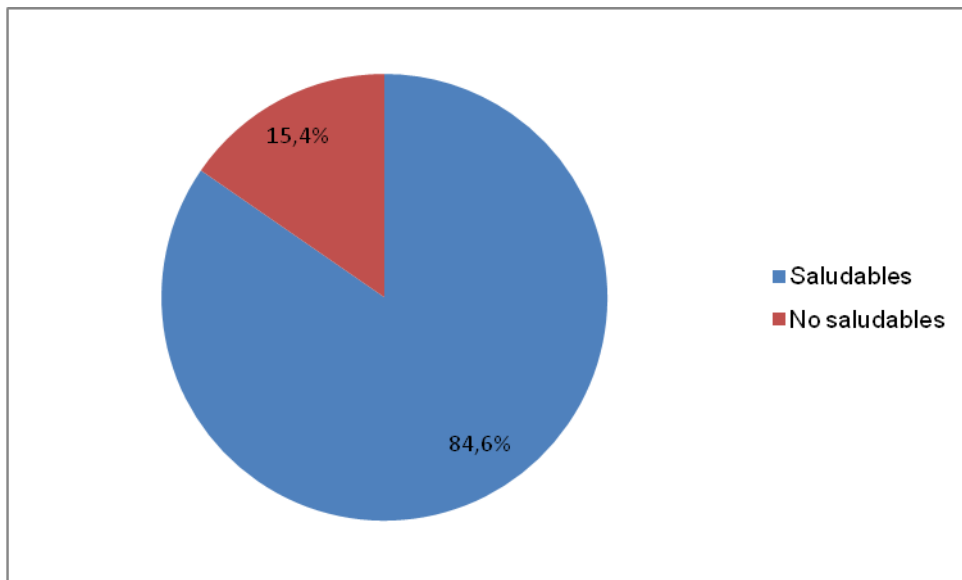


Figura 35: Distribución de los/as pacientes según métodos de cocción frecuente, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Se les pregunto a los/as pacientes acerca de los métodos de cocción más frecuentes, clasificándolos en saludables (a la plancha, hervido, a la parrilla, al horno) y no saludables (frito, salteado). La mayoría respondió (110 pacientes) que utilizaban los métodos de cocción saludables y en un menor número (20 pacientes) no saludables (*figura 35*).

Se determinó si consumían o no cada uno de los alimentos especificados en la anamnesis alimentaria y el tipo de alimento ingerido.

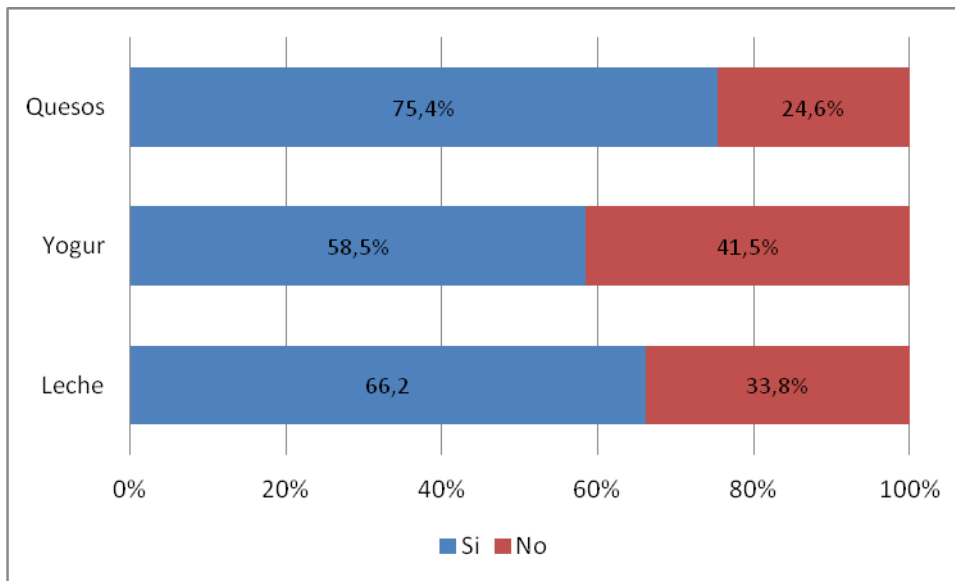


Figura 36: Distribución de los/as pacientes según consumo de leche, yogur y queso, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Resultando que dentro del **grupo de leche, yogur y quesos**, 98 pacientes consumían queso y 32 pacientes no consumían queso, 86 pacientes ingerían leche y 44 pacientes no consumían leche, y 76 pacientes consumían yogur y 54 pacientes no consumían yogur. (figura 36).

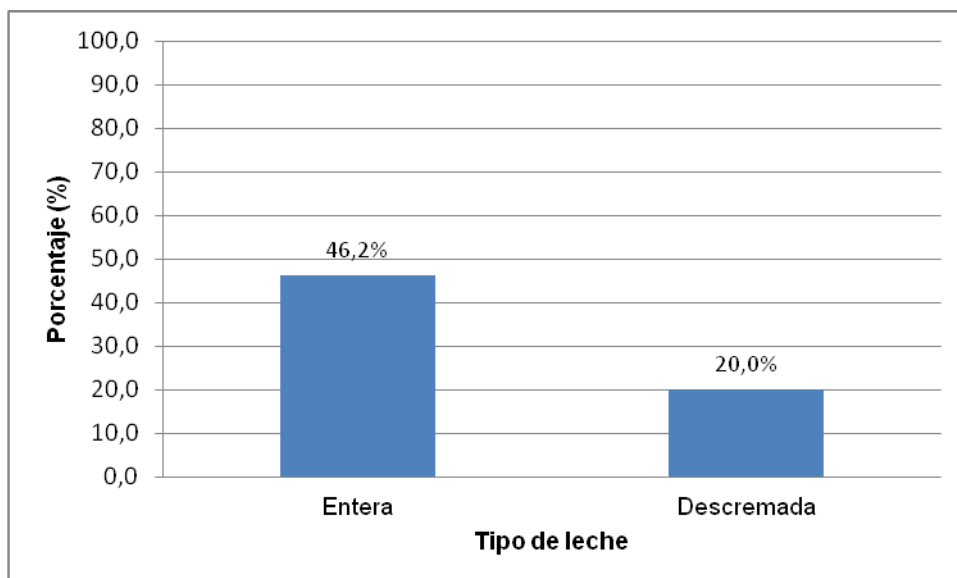


Figura 37: Distribución de los/as pacientes según tipo de leche consumida, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

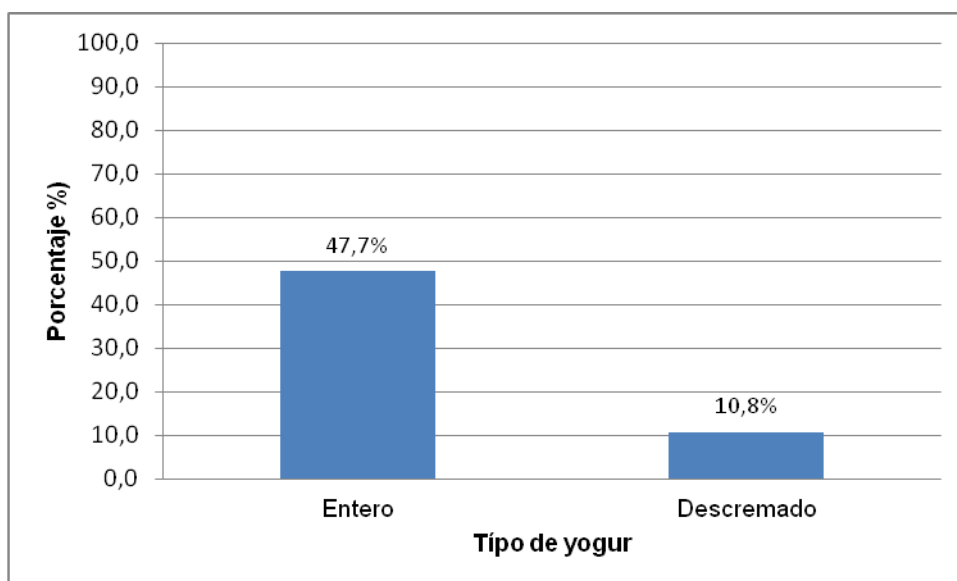


Figura 38: Distribución de los/as pacientes según tipo de yogur consumido, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

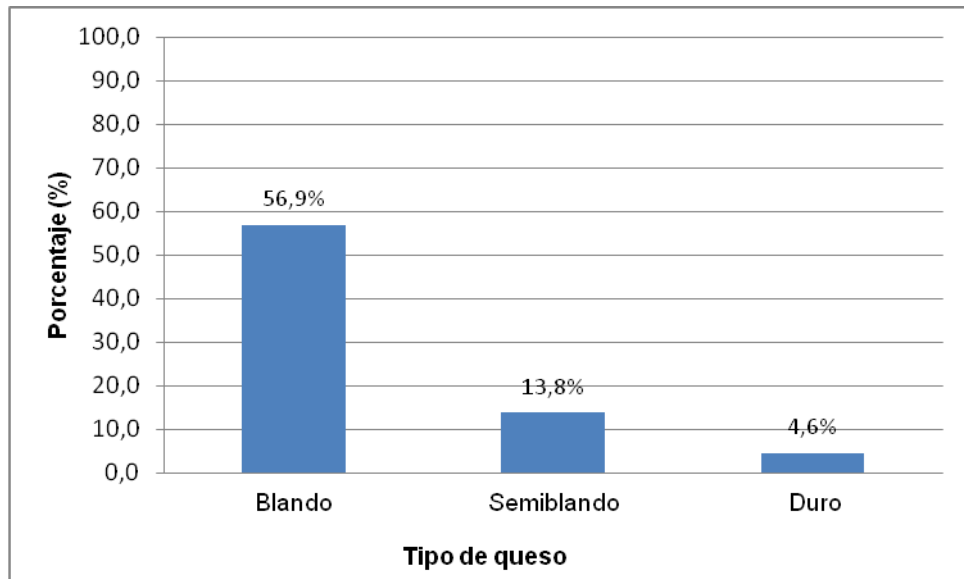


Figura 39: Distribución de los/as pacientes según tipo de queso consumido, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

En relación al tipo de leche, yogur y queso consumido. La mayoría (60 pacientes) ingerían leche entera y 26 pacientes consumían leche descremada (figura 37), un mayor número consumían yogur entero (62 pacientes) y un menor número yogur descremado (14 pacientes) (figura 38) y 74 pacientes consumían quesos blando, seguido de quesos semiblando y queso duros, 18 y 6 pacientes respectivamente (figura 39).

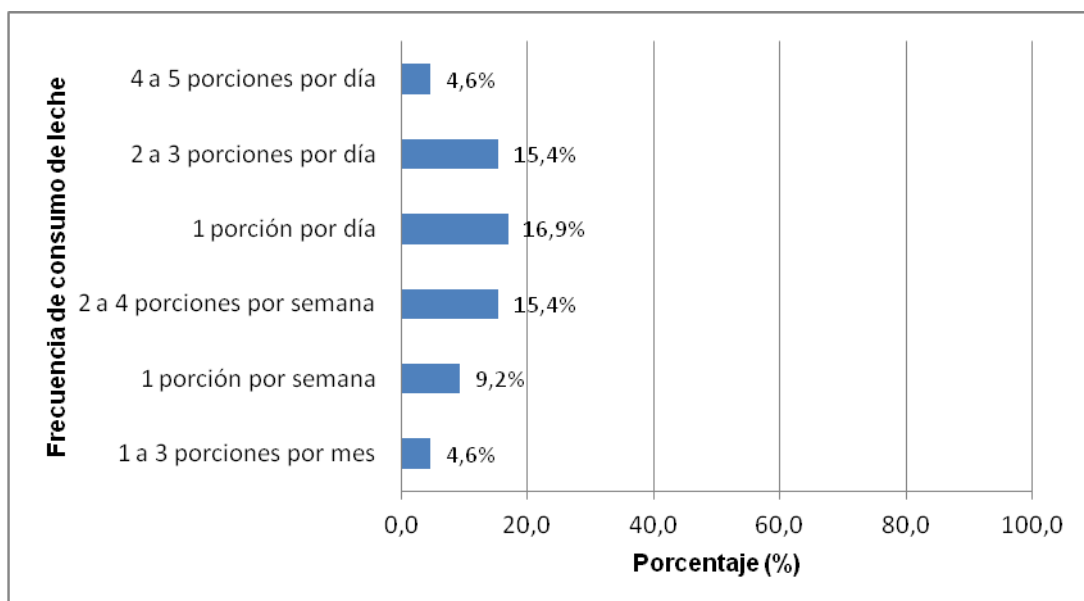


Figura 40: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de leche, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Del grupo leche, yogur y quesos se analizó la frecuencia de consumo. 1 porción de leche equivale a 1 taza, 1 porción de yogur es igual a 1 pote y una porción de queso es igual a 1 trozo tamaño cajita de fosforo.

Dentro de los/as entrevistados/as que ingerían leche, la mayoría consumían 1 porción de leche por día (22 pacientes), 2 a 3 porciones por día (20 pacientes) y 2 a 4 porciones por semana (20 pacientes), no encontrándose diferencias entre estas dos últimas categorías, seguido de 1 porción por semana (12 pacientes) y 1 a 3 porciones por mes (6 pacientes) (*figura 40*).

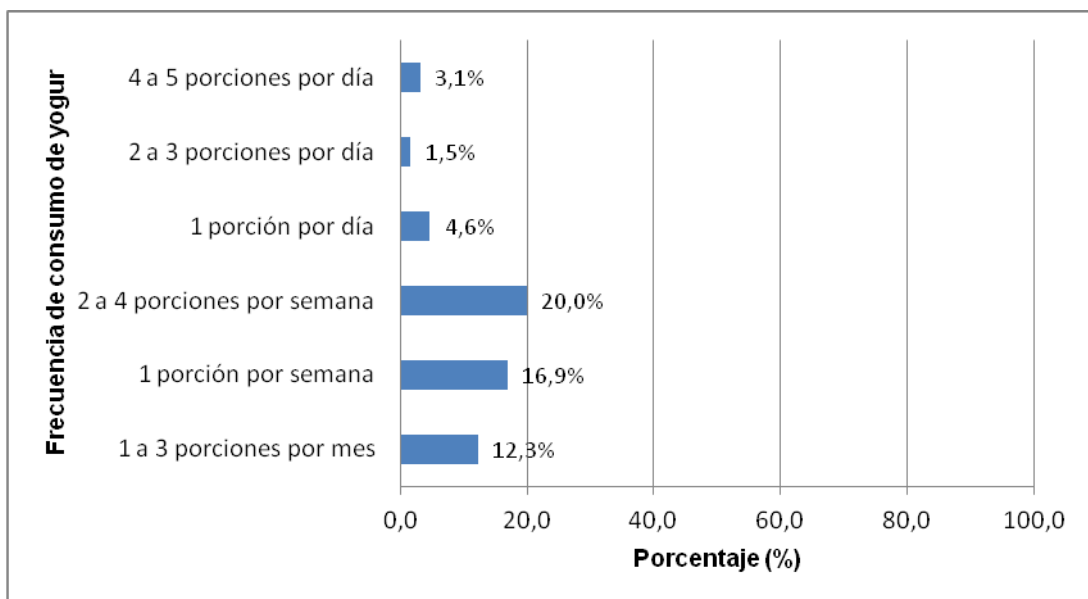


Figura 41: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de yogur, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Del total que consumían yogur, el mayor número encuestados/as ingerían 2 a 4 porciones por semana (26 pacientes), 1 porción por semana (22 pacientes) y 1 a 3 porciones por mes (16 pacientes), seguido 1 porción por día (6 pacientes), 4 a 5 porciones por día (4 pacientes) y un mínimo número de entrevistados/as (2 pacientes) consumían 2 a 3 porciones por día (*figura 41*).

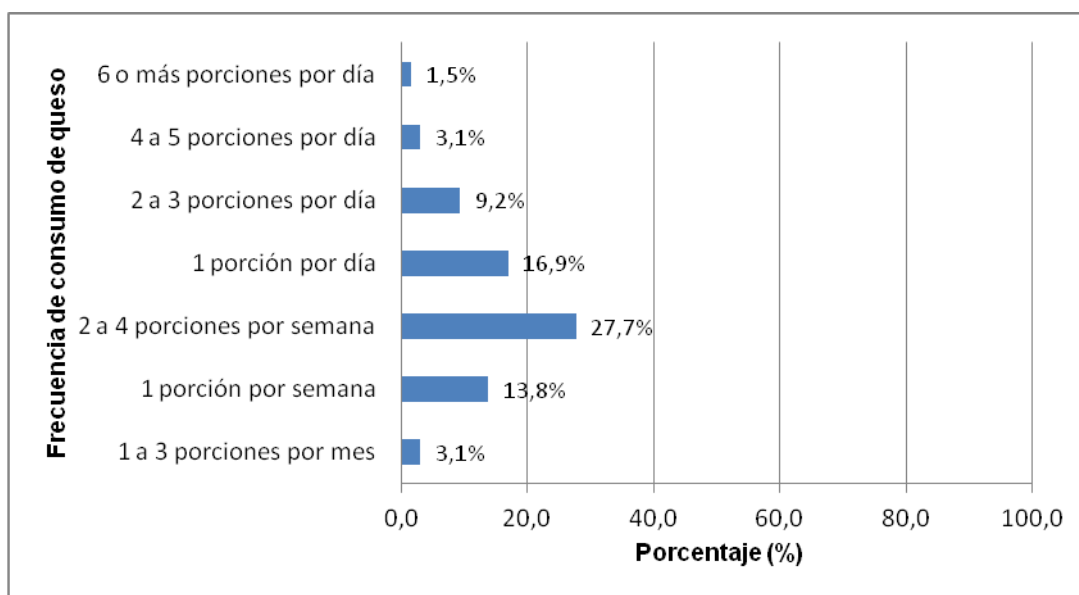


Figura 42: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de queso, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Dentro de este grupo también se analizó la frecuencia de consumo de quesos, del total que ingería este alimento, el mayor número de entrevistados/as consumían 2 a 4 porciones por semana (36 pacientes), 1 porción por día (22 pacientes) y 1 porción por semana (18 pacientes), 12 pacientes consumían 2 a 3 porciones por día, 4 pacientes consumían 4 a 5 porciones por día y el mismo número consumían 1 a 3 porciones por mes, y un mínimo número (2 pacientes) consumían 6 o más porciones por día (*figura 42*).

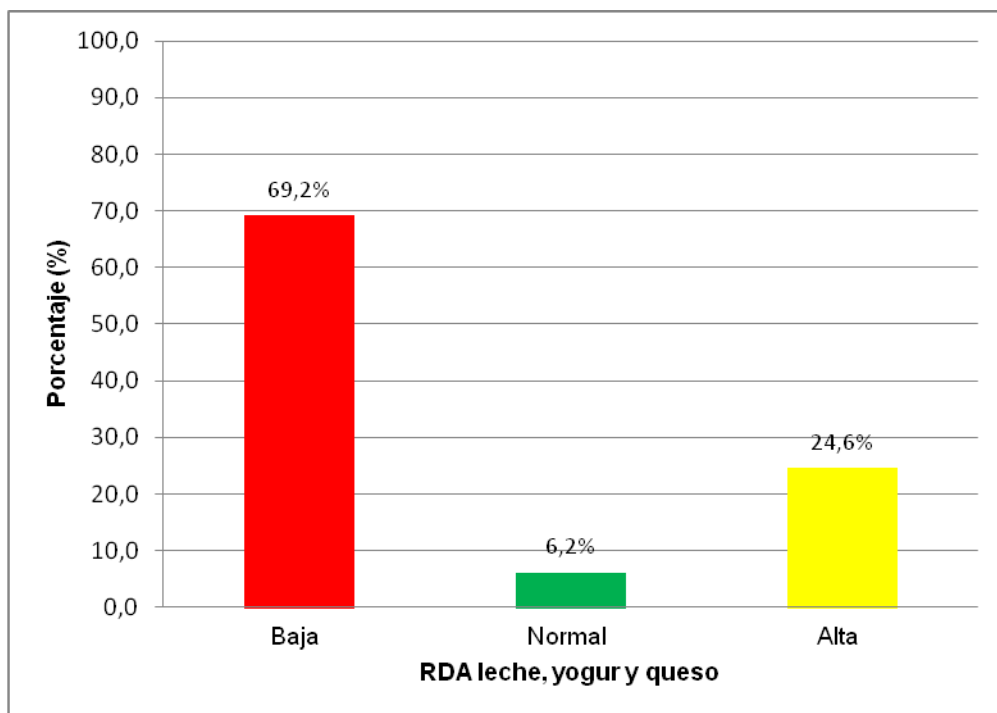


Figura 43: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de leche, yogur y quesos en relación a las RDA de las GAPA 2016, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Se comparó la frecuencia de consumo del **grupo leche, yogur y quesos** de los/as pacientes con la Ración Dietética Recomendada (RDA) de las Guías Alimentarias para la Población Argentina 2016 (GAPA 2016). Un mayor número de entrevistados/as (90 pacientes) tenían una baja frecuencia de consumo de leche, yogur y quesos, con respecto a la recomendación (3 porciones diarias), seguido de 32 pacientes que tenían un alta frecuencia de consumo de este grupo en relación a la RDA y un menor número (8 pacientes) tenían una normal frecuencia de consumo con respecto a lo recomendado (*figura 43*).

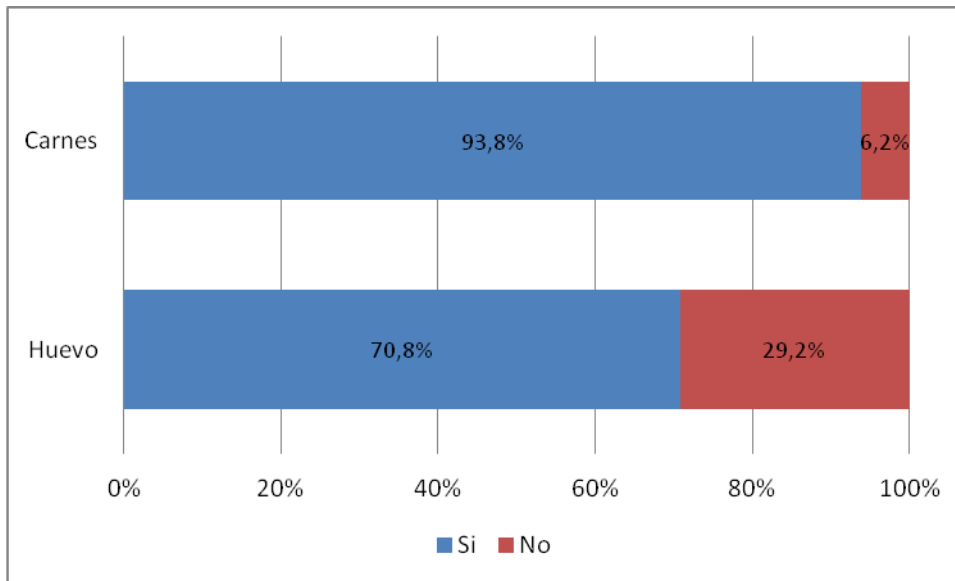


Figura 44: Distribución de los/as pacientes según consumo de carnes y huevo, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

En el **grupo de carnes y huevo**, la mayoría de las personas con padecimientos mentales si consumían carnes (122 pacientes) y 8 pacientes no consumían carnes, y mayoritariamente los/as entrevistados/as (92 pacientes) si consumían huevo y un menor número no consumían huevo (32 pacientes) (figura 44).

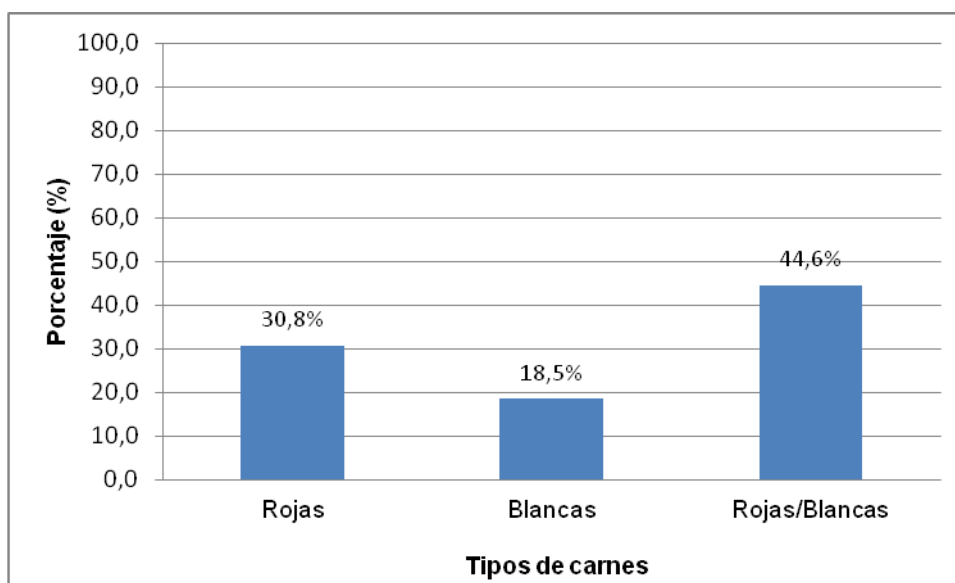


Figura 45: Distribución de los/as pacientes según tipos de carnes consumidas, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Con respecto al tipo de carnes consumidas, la mayor parte de los/as entrevistados/as consumían carnes rojas/blancas (58 pacientes), seguido de 40 pacientes que consumían carnes rojas y 24 pacientes carnes blancas (*figura 45*). La carne blanca consumida fue el pollo, no registrándose consumo de pescado.

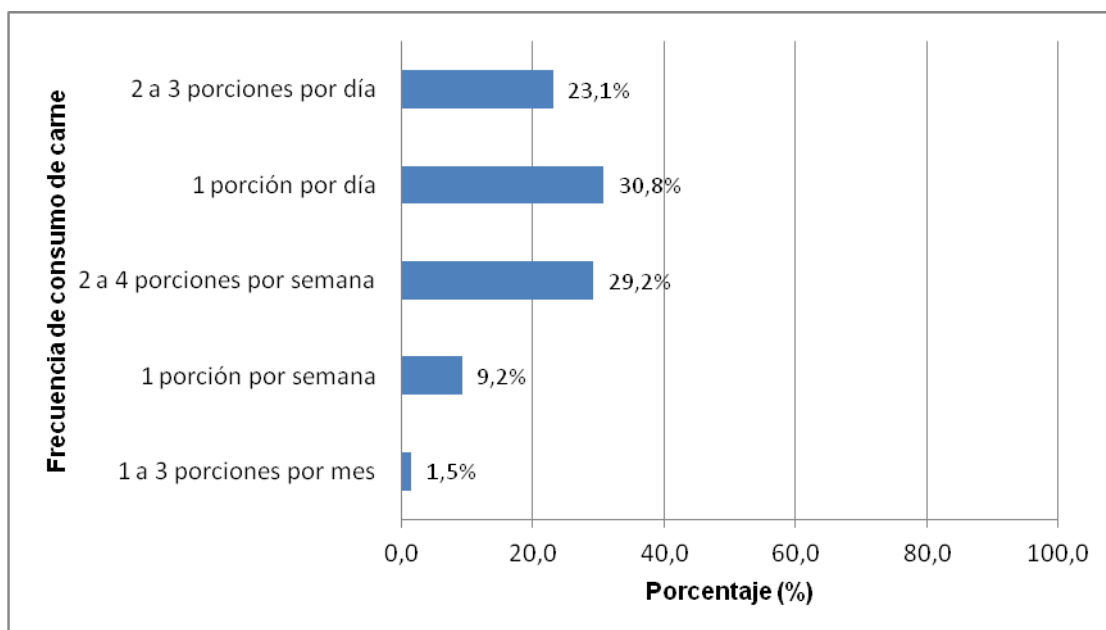


Figura 46: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de carnes, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Se analizó la frecuencia de consumo del grupo de carnes y huevo. La porción de carne equivale a 1 porción mediana y la porción de huevo a $\frac{1}{2}$ unidad.

En la *figura 46*, se pudo observar que del total de pacientes que consumían carne, un mayor número de entrevistados/as ingerían 1 porción de carne por día (40 pacientes), 2 a 4 porciones por semana (38 pacientes), seguido de 2 a 3 porciones por día (30 pacientes), 12 pacientes consumían 1 porción por semana y un mínimo número (2 pacientes) consumían 1 a 3 porciones por mes de carne.

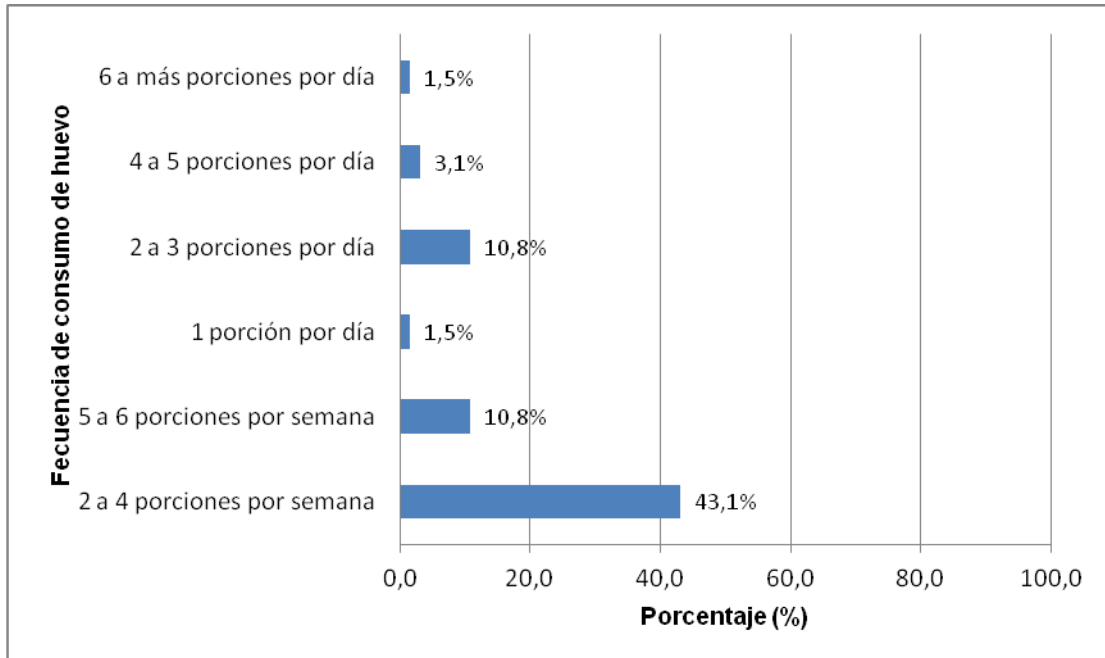


Figura 47: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de huevo, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

En la *figura 47* se determinó la frecuencia de consumo de huevo. Del total de personas que consumían huevo, un mayor número ingería 2 a 4 porciones por semana de huevo (56 pacientes), seguido de 14 pacientes que consumían 2 a 3 porciones por día y el mismo número de pacientes 5 a 6 porciones por semana, no hubo diferencias entre estas dos categorías, 4 pacientes consumían 4 a 5 porciones por día, 2 pacientes ingerían 1 porción por día y el mismo número de pacientes, 6 o más porciones por día.

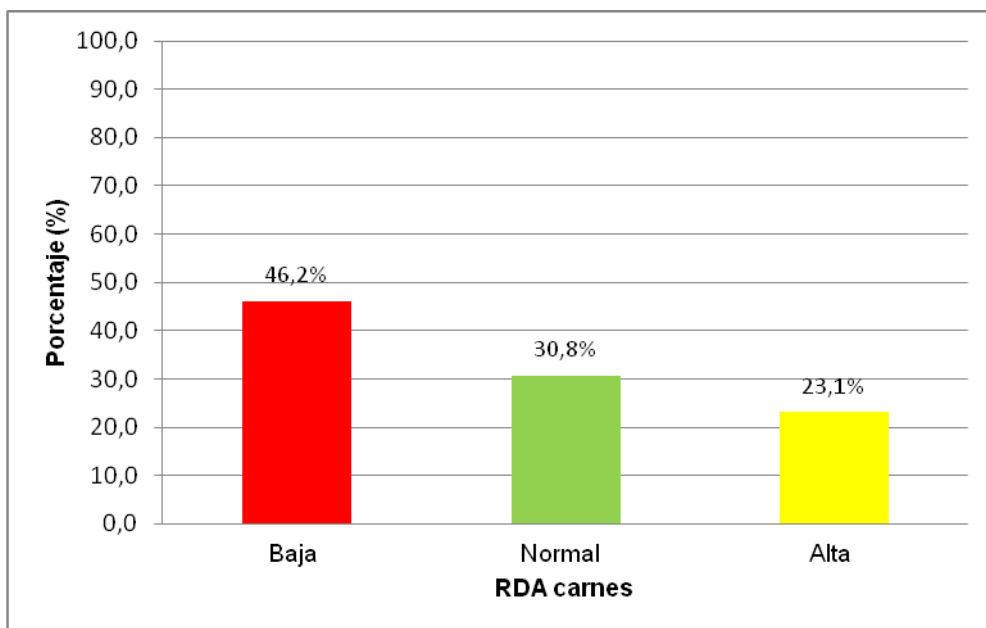


Figura 48: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de carnes en relación a la RDA de las GAPA 2016, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

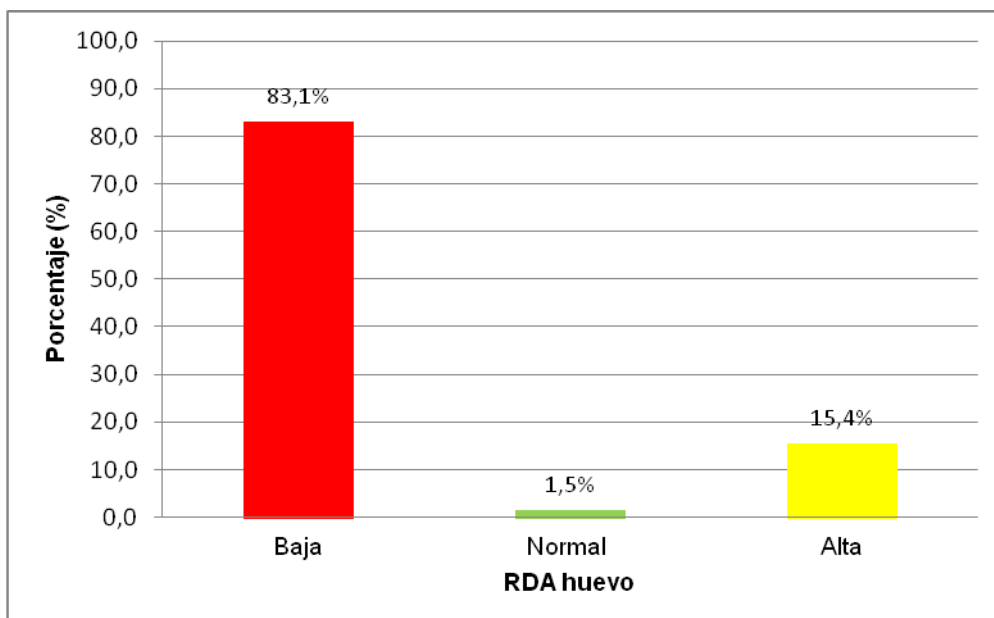


Figura 49: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de huevo en relación a la RDA de las GAPA 2016, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Se estudió la frecuencia de consumo del **grupo carnes y huevo** en relación a la Ración Dietética Recomendada (RDA) de las GAPA 2016, y se pudo observar que un mayor número de entrevistados/as tenían una baja frecuencia de consumo de carnes (60 pacientes) con relación a la recomendación (1 unidad mediana diaria), seguido de 40 pacientes con una normal frecuencia de consumo de carne con respecto a la RDA y 30 pacientes tenían una alta frecuencia de consumo en relación a la recomendación (*figura 48*)

La *figura 49* muestra que un mayor número de entrevistados/as (108 pacientes) tenían una baja frecuencia de consumo de huevo con respecto a la recomendación (1/2 huevo diario), seguido de 20 pacientes con una alta frecuencia de consumo en relación a la RDA y un mínimo número (2 pacientes) una normal frecuencia de consumo con respecto a la recomendación.

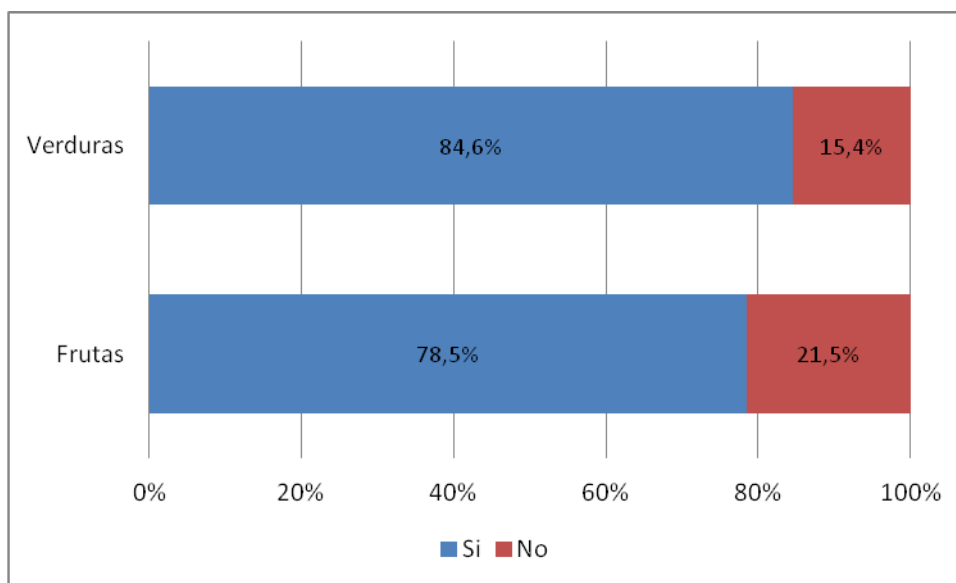


Figura 50: Distribución de los/as pacientes según consumo de frutas y verduras, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

En la *figura 50* se observa la distribución según consumo del **grupo frutas y verduras**, el mayor número de entrevistados/as si consumían frutas (102 pacientes) y 28 pacientes no consumían frutas, y con respecto a las verduras, 110 pacientes si consumían verduras y 20 pacientes no consumían verduras.

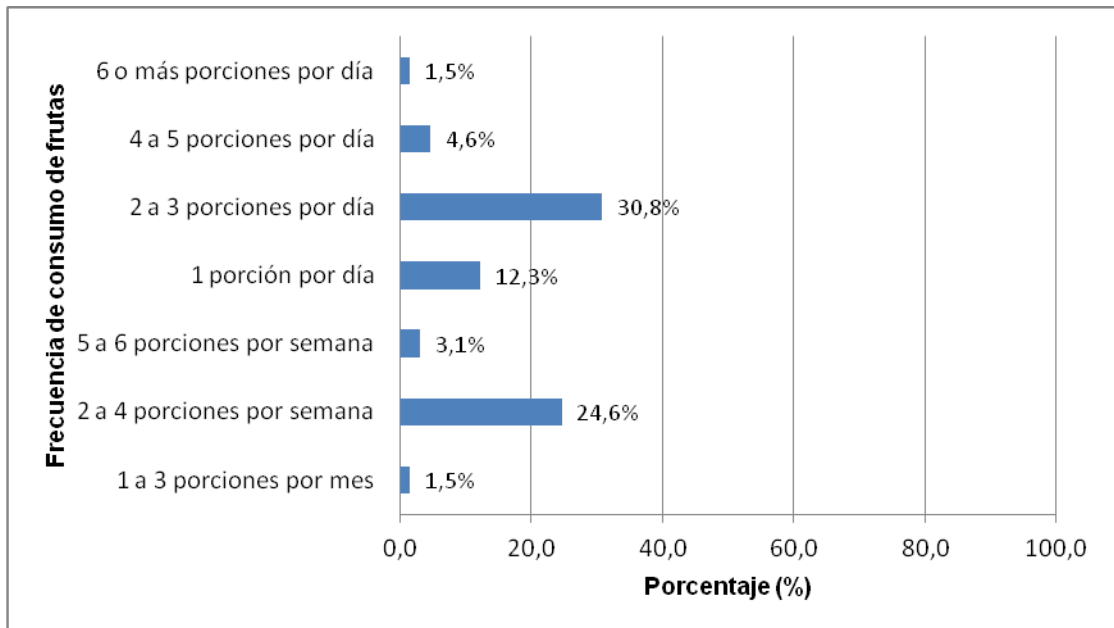


Figura 51: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de frutas, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

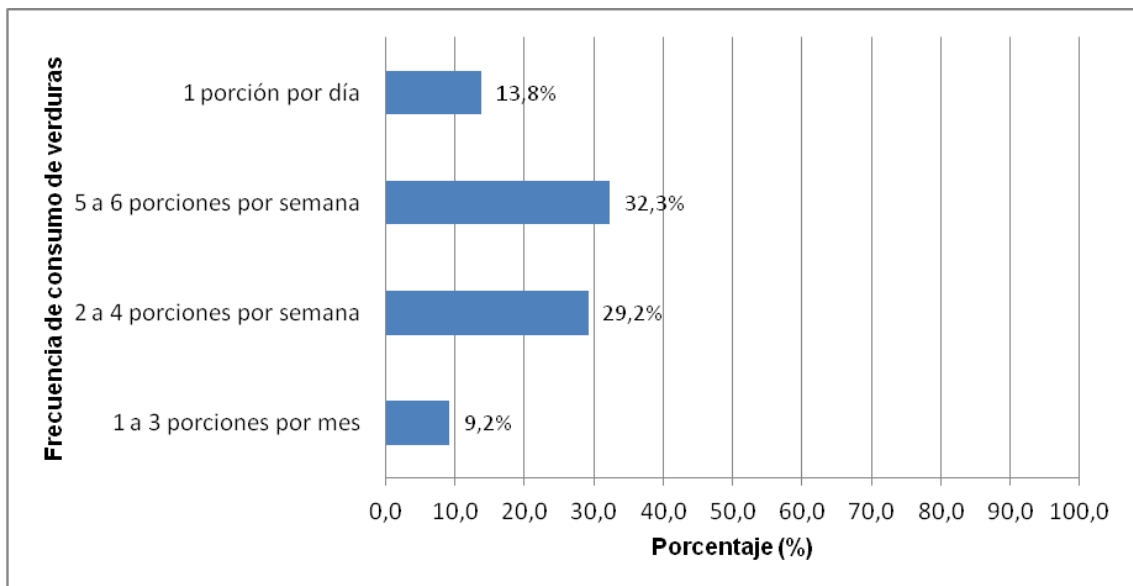


Figura 52: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de verduras, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Se analizó la frecuencia de consumo del grupo frutas y verduras. La porción en el caso de las frutas es igual a 1 unidad y de las verduras es igual a 1 plato.

La mayoría de los/as personas entrevistados/as consumían 2 a 3 porciones por día de frutas (40 pacientes), seguido de 2 a 4 porciones por semana (32 pacientes), 16 pacientes consumían 1 porción por día, 6 pacientes consumían 4 a 5 porciones por día, 4

pacientes ingerían 3 a 5 porciones por semana, 2 pacientes consumían 6 o más porciones por día y el mismo número de pacientes, consumían 1 a 3 porciones por mes (*figura 51*).

En la frecuencia de consumo de verduras se pudo analizar, de los que si consumían este alimento, la mayoría ingerían 5 a 6 porciones por semana (42 pacientes), 38 pacientes consumían 2 a 4 porciones por semana, 18 pacientes 1 porción por día y 12 pacientes 1 a 3 porciones por mes (*figura 52*).

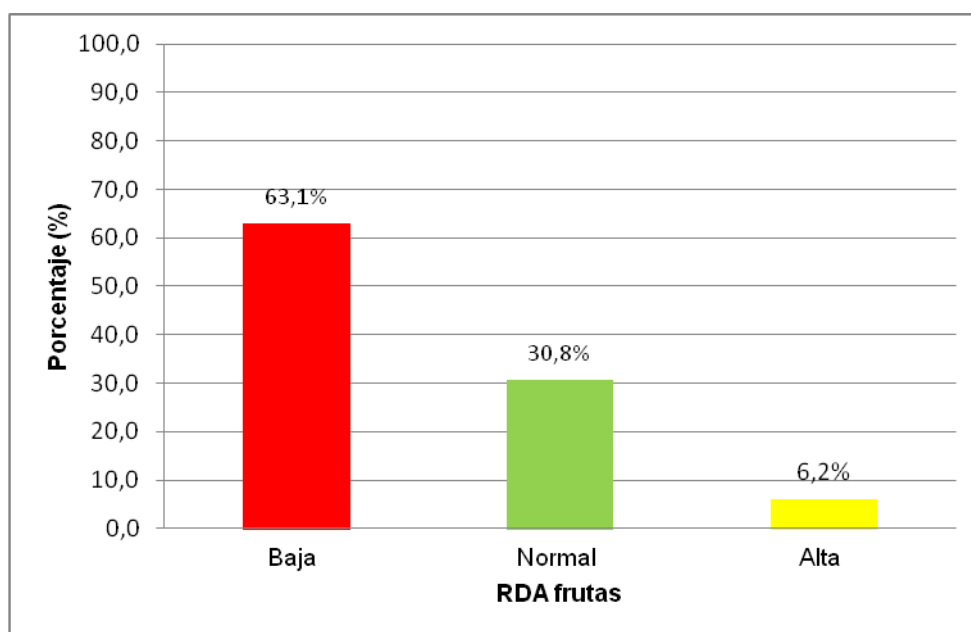


Figura 53: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de frutas en relación a la RDA de las GAPA 2016, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

En este grupo de alimentos, se comparó la frecuencia de consumo del **grupo frutas y verduras** con Ración Dietética Recomendada (RDA) de las GAPA 2016, y se pudo observar en la *figura 53* que un elevado número (82 pacientes) tenían una baja frecuencia de consumo de frutas en relación a la porción recomendada (2 a 3 unidades diarias), seguido de 40 pacientes con una normal frecuencia de consumo de frutas con respecto a la RDA y 8 pacientes tenían una alta frecuencia de consumo de frutas en relación a la recomendación.

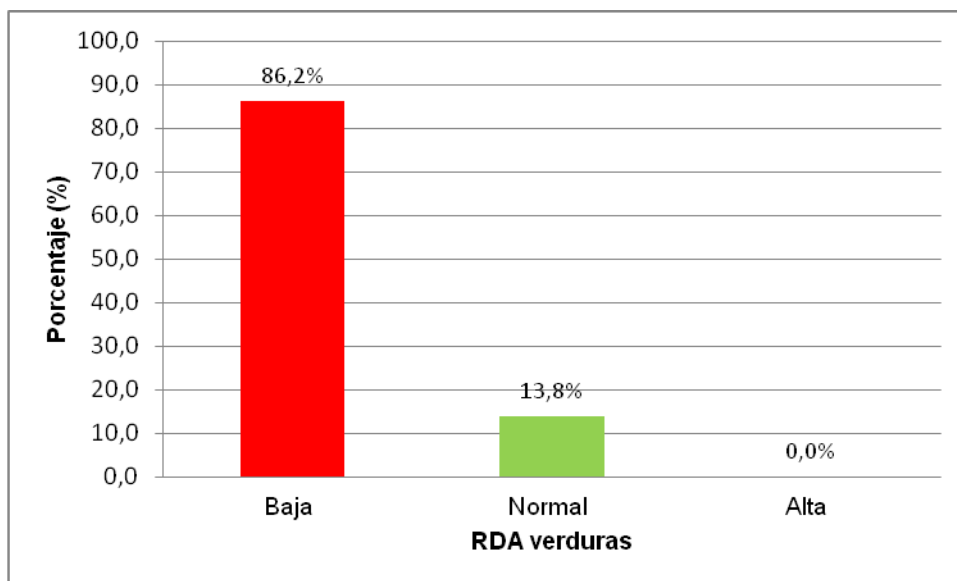


Figura 54: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de verduras en relación a la RDA de las GAPA 2016, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Continuando con el estudio de la frecuencia de consumo en relación a lo recomendado, un elevado número de entrevistados/as (112 pacientes) tenían una baja frecuencia de consumo de verduras en relación a la porción recomendada (1 plato por día), seguido de 18 pacientes con una normal frecuencia de consumo de verduras con respecto a la RDA y no se registraron pacientes con una alta frecuencia de consumo de verduras (*figura 54*).

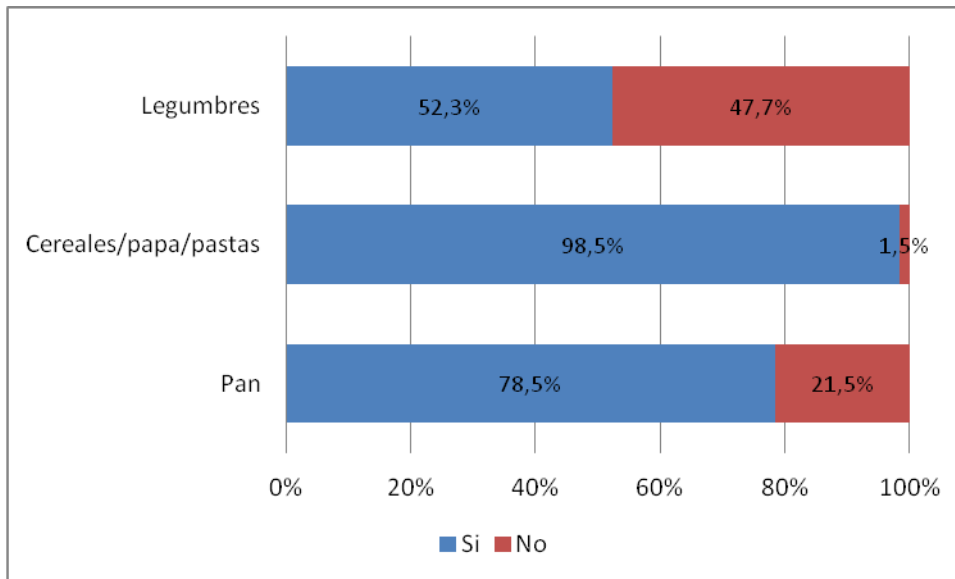


Figura 55: Distribución de los/as pacientes según consumo de legumbres, cereales, papa, pan y pastas, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

En el **grupo de legumbres, cereales, papa, pan y pastas**. El mayor número (102 pacientes) consumían pan y el resto de entrevistados/as (28 pacientes) no consumían pan. Casi la totalidad (128 pacientes) ingerían cereales, papa y pastas y 2 pacientes no consumían estos alimentos. Y 68 pacientes consumían legumbres y 62 pacientes no consumían legumbres, no encontrándose diferencias importantes entre los que consumían y no consumían legumbres.

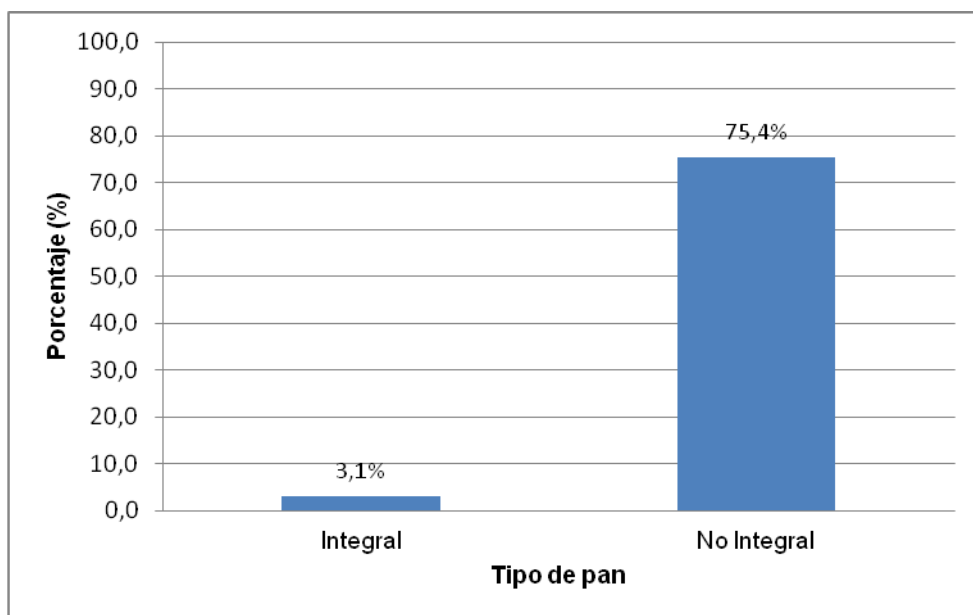


Figura 56: Distribución de los/as pacientes según tipo de pan consumido, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Un mayor número de entrevistados/as consumían pan no integral (98 pacientes) y el resto (4 pacientes) consumían pan integral (*figura 56*).

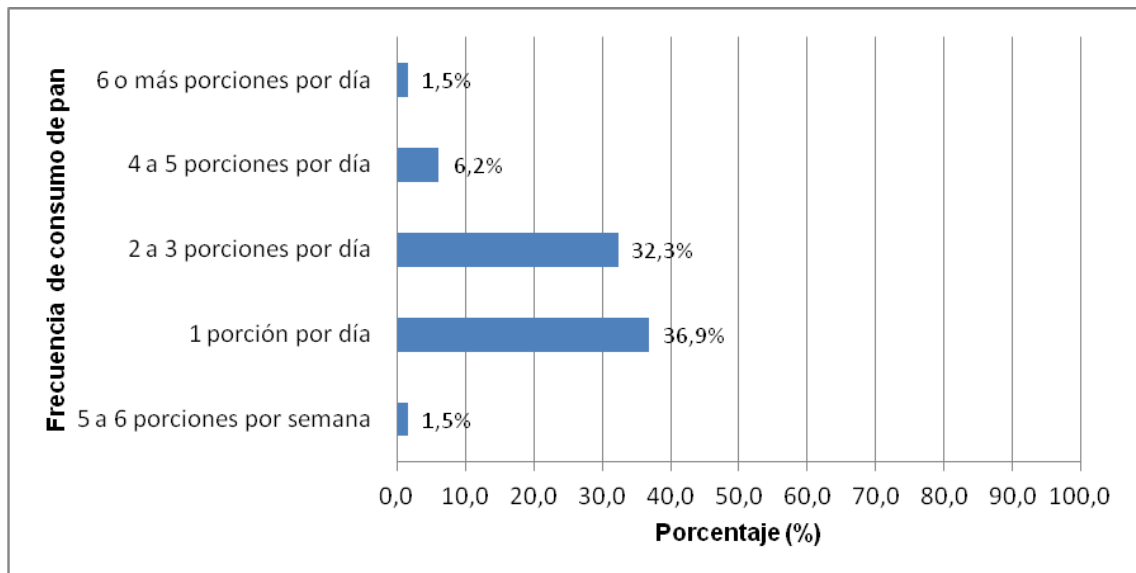


Figura 57: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de pan, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

En el grupo de legumbres, cereales, papa, pan y pastas, se analizó la frecuencia de consumo. En el caso del pan se consideró que 1 porción equivale a 2 bollos de pan, una porción de cereales, papa y pastas es igual a 1 plato de cereales, papa o pastas en cocido, y 1 porción de legumbres equivale a 1 plato en cocido.

En la *figura 57* se pudo observar que los/as entrevistados/as que si consumían pan, el mayor número ingerían 1 porción por día de pan (48 pacientes), seguido 2 a 3 porciones por día (42 pacientes), 8 pacientes consumían 4 a 5 porciones por día, 2 pacientes consumían 6 o más porciones por día y el mismo número de pacientes, 5 a 6 porciones por semana.

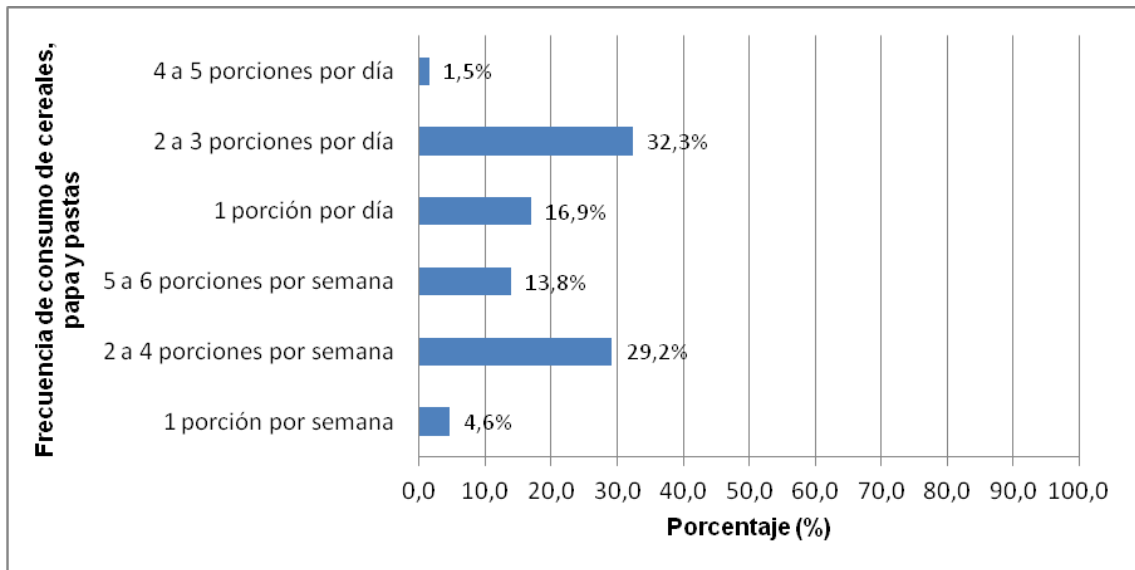


Figura 58: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de cereales, papa y pastas, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

De los que consumían cereales, papa y pastas, la mayoría ingerían de 2 a 3 porciones por día (42 pacientes), seguido de 2 a 4 porciones por semana (38 pacientes), 22 pacientes ingerían 1 porción por día, 18 pacientes consumían 5 a 6 porciones por semana, 6 pacientes ingerían 1 porción por semana y un mínimo número (2 pacientes) consumían 4 a 5 porciones por día.

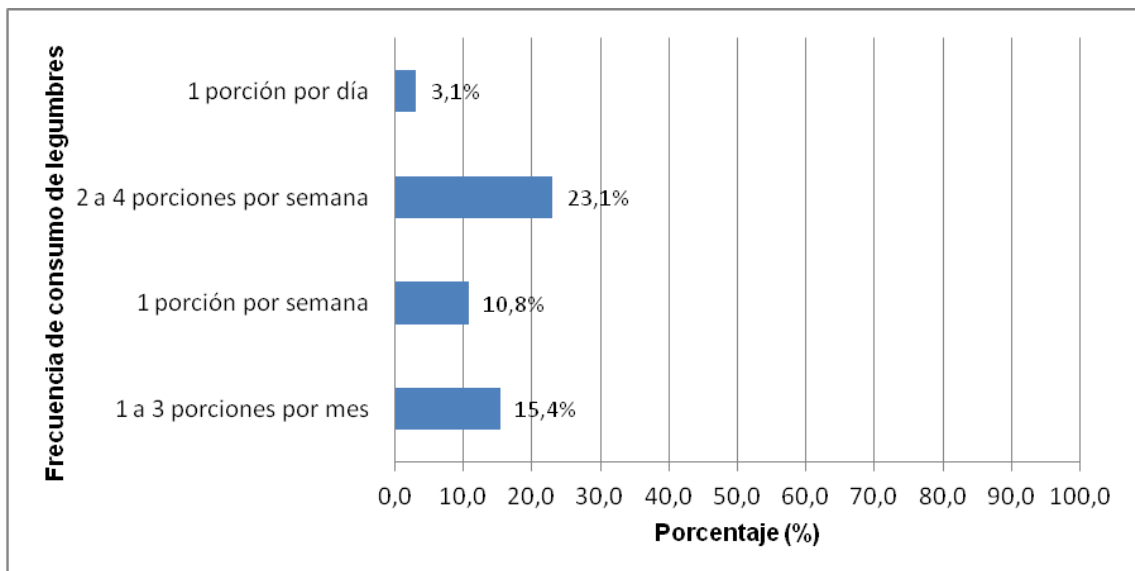


Figura 59: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de legumbres, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Del total de pacientes que consumían legumbres, un mayor número de entrevistados/as (30 pacientes) consumían 2 a 4 porciones por semana, seguido de 20 pacientes que consumían 1 a 3 porciones por mes, 14 pacientes ingerían 1 porción por semana y 4 pacientes 1 porción por día (figura 59).

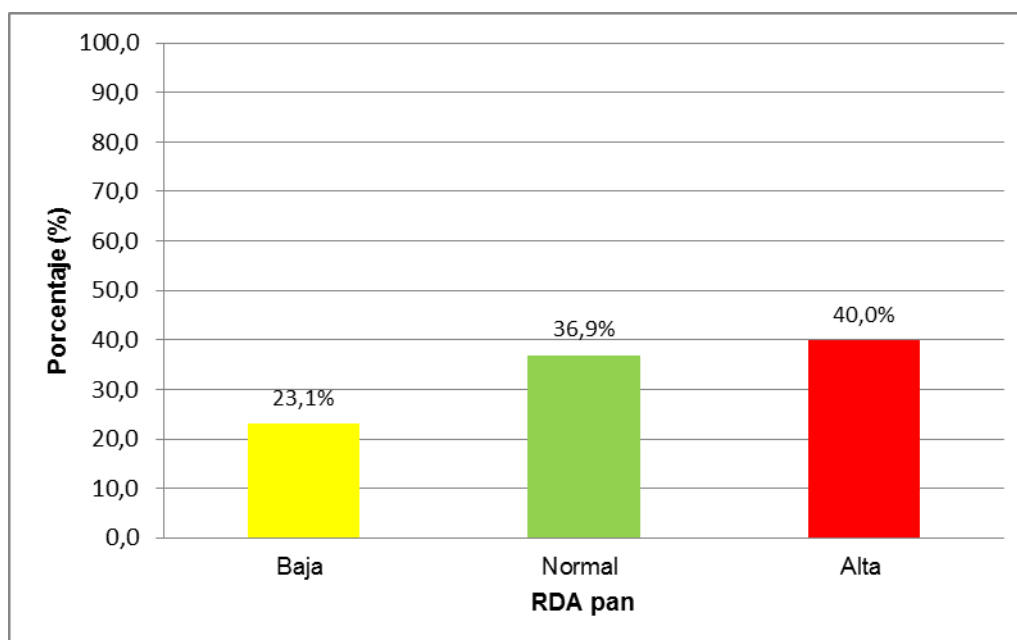


Figura 60: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de pan en relación a la RDA de las GAPA 2016, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

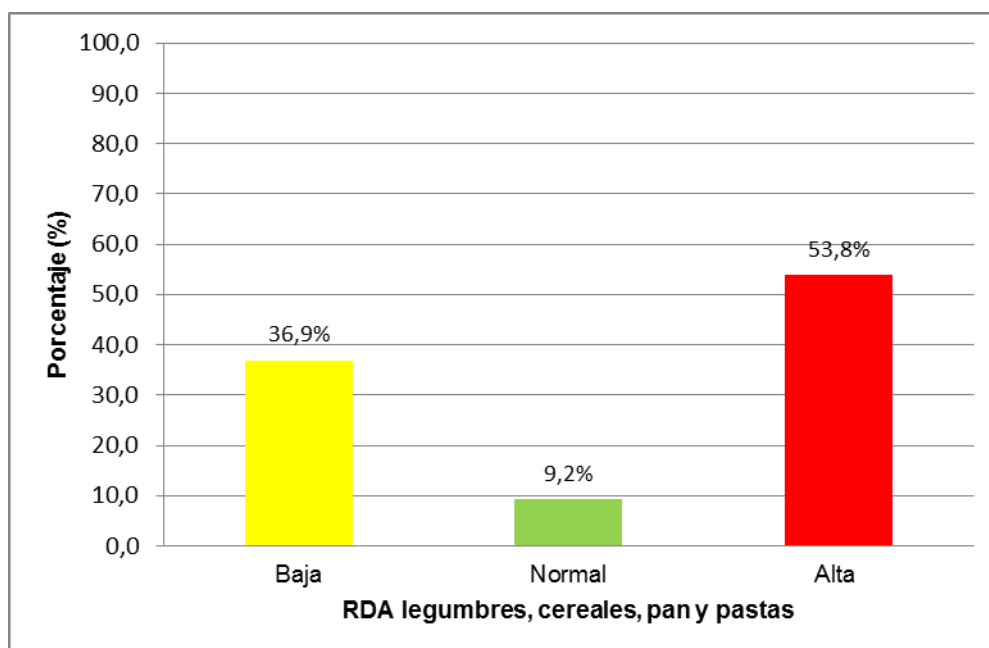


Figura 61: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de legumbres, cereales, papa y pastas en relación a la RDA de las GAPA 2016, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Se estudió la frecuencia de consumo del **grupo legumbres, cereales, papa, pan y pastas** en relación a la Ración Dietética Recomendada (RDA) de las GAPA 2016.

La mayoría (52 pacientes) tenían una alta frecuencia de consumo de pan en relación a la recomendación (2 bollos de pan por día), seguido de 48 pacientes con una normal frecuencia de consumo de pan con respecto a las RDA, y 30 pacientes tenían una baja frecuencia de consumo de pan en relación a la recomendación (*figura 60*).

Y con respecto a las legumbres, cereales, papa y pastas, la mayoría de los/as entrevistados/as (70 pacientes) tenían una alta frecuencia de consumo de legumbres, cereales, papa y pastas con respecto a la recomendación (1 plato por día en cocido), seguido de 48 pacientes con una baja frecuencia de consumo de legumbres, cereales, papa y pastas con respecto a las RDA, y 12 pacientes tenían una normal frecuencia de consumo de legumbres, cereales, papa y pastas en relación a la recomendación (*figura 61*).

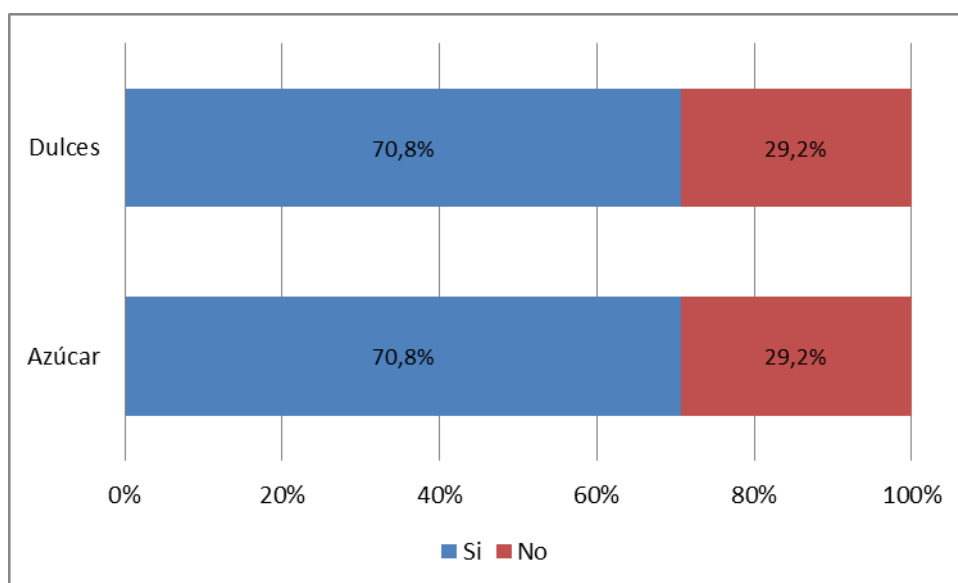


Figura 62: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de azúcar y dulces, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

La *figura 62* muestra la distribución según consumo del **grupo azúcar y dulces**, un mayor número de entrevistados/as (92 pacientes) si consumían azúcar y 38 pacientes no consumían azúcar. Y en relación a los dulces tuvo similar distribución, 92 pacientes si consumían dulces y 39 pacientes no consumían dulces

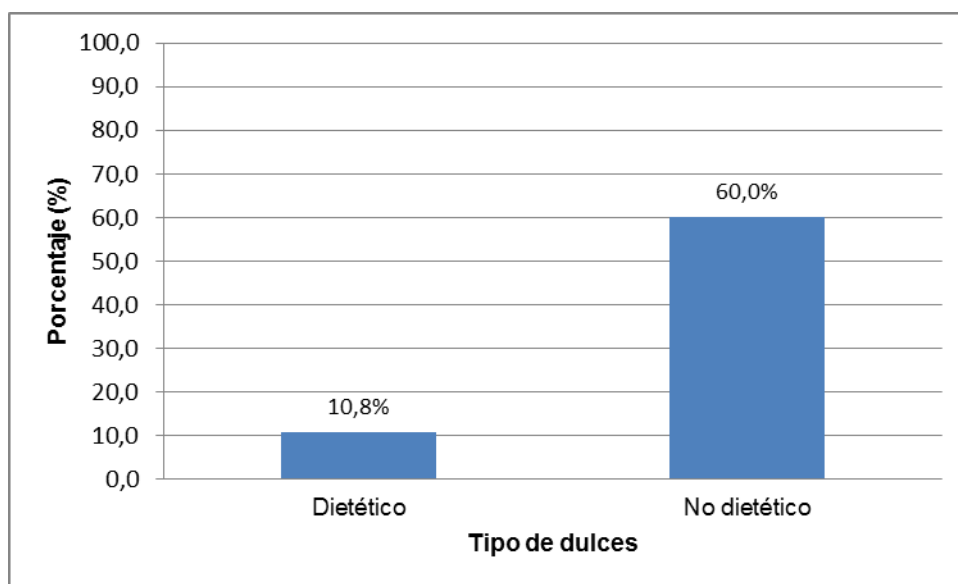


Figura 63: Distribución de los/as pacientes según tipo de dulces consumidos, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

El tipo de dulce más consumido, fue el no dietético (78 pacientes) y el de menor consumo, el dulce dietético (14 pacientes) (*Figura 63*).

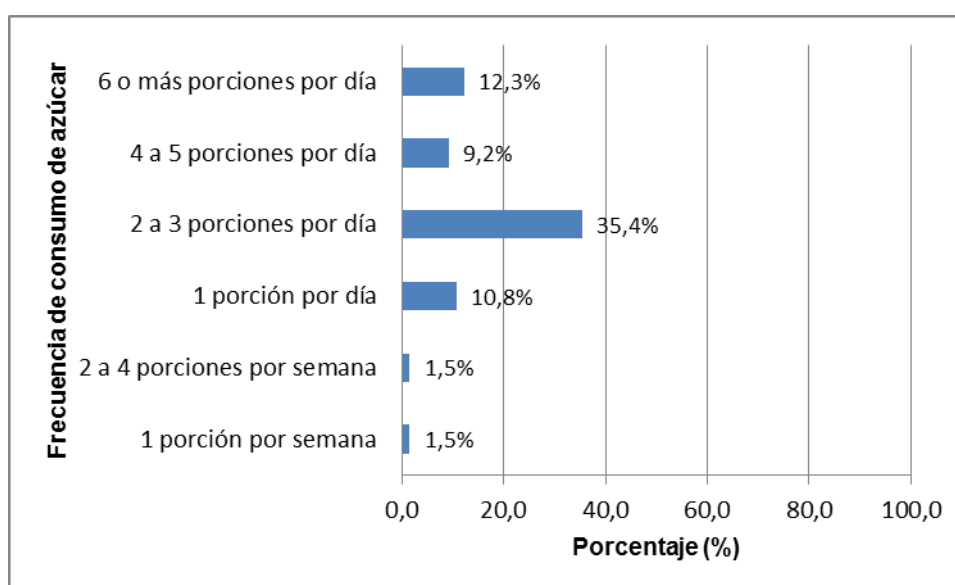


Figura 64: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de azúcar, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

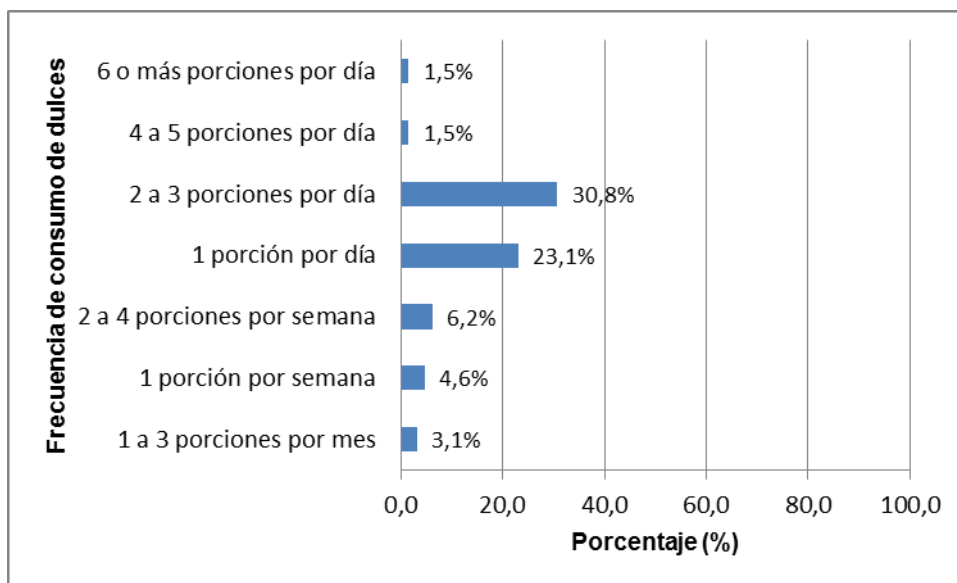


Figura 65: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de dulces, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Se analizó la frecuencia de consumo del grupo azúcar y dulces. 1 porción de azúcar equivale a 7 cucharaditas de azúcar y 1 porción de dulce equivale a 1 cucharada o 3 cucharaditas.

Del total de pacientes que consumían azúcar, un mayor número de entrevistados/as (46 pacientes) consumían de 2 a 3 porciones por día, seguido de 16 pacientes que ingerían 6 o más porciones por día, 14 pacientes consumían 1 porción por día, 12 pacientes consumían 4 a 5 porciones por día, 2 pacientes consumían 1 porción por semana y el mismo número de pacientes consumían 2 a 4 porciones por semana (figura 64).

De los/as pacientes que consumían dulces, mayoritariamente (40 pacientes) consumían 2 a 3 porciones por día, seguido de 30 pacientes que consumían 1 porción por día, 8 pacientes consumían 2 a 4 porciones por semana, 6 pacientes ingerían 1 porción por semana, 4 pacientes consumían 1 a 3 porciones por mes, 2 pacientes 4 a 5 porciones por día y el mismo número de pacientes, 6 o más porciones por día (figura 65).

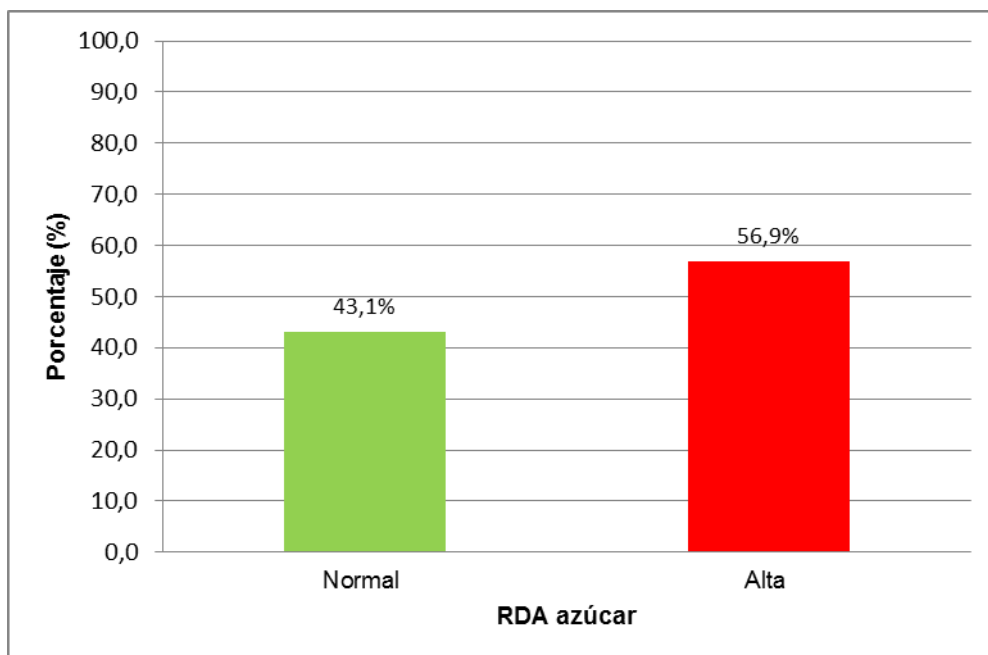


Figura 66: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de azúcar en relación a la RDA de las GAPA 2016, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

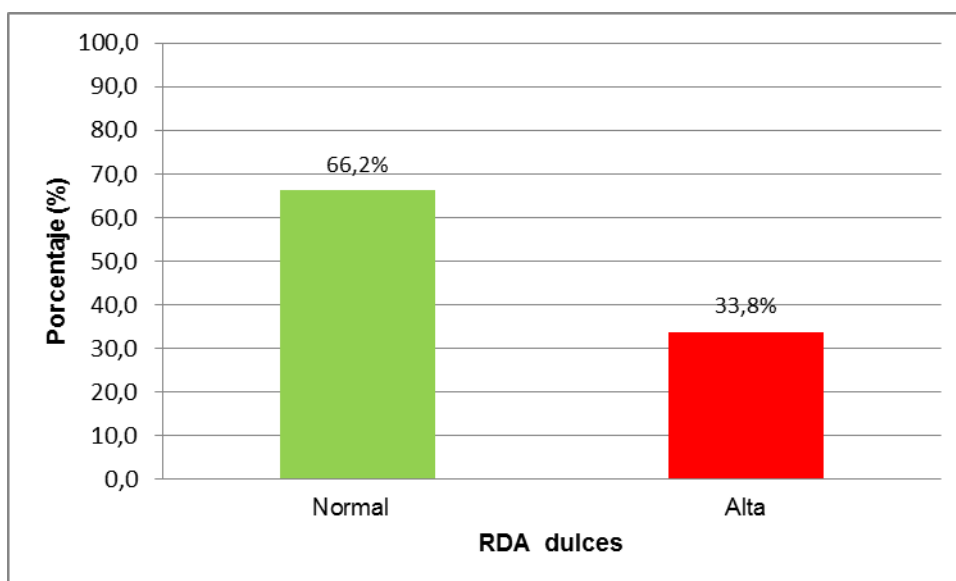


Figura 67: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de dulces en relación a la RDA de las GAPA 2016, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Se comparó la frecuencia de consumo del **grupo azúcar y dulces** en relación a la Ración Dietética Recomendada (RDA) de las GAPA 2016 y se pudo verificar, que 74 pacientes tenían una alta frecuencia de consumo de azúcar en relación a lo recomendado

(hasta 7 cucharaditas de azúcar diarias), seguido de 56 pacientes, que tenían una normal frecuencia de consumo de azúcar con respecto a la RDA (*figura 66*).

Asimismo, un mayor número (86 pacientes) tenían una normal frecuencia de consumo en relación a la recomendación (hasta 3 cucharaditas de dulces por día) y un menor número (44 pacientes) tenían una alta frecuencia de consumo en relación a la RDA (*figura 67*).

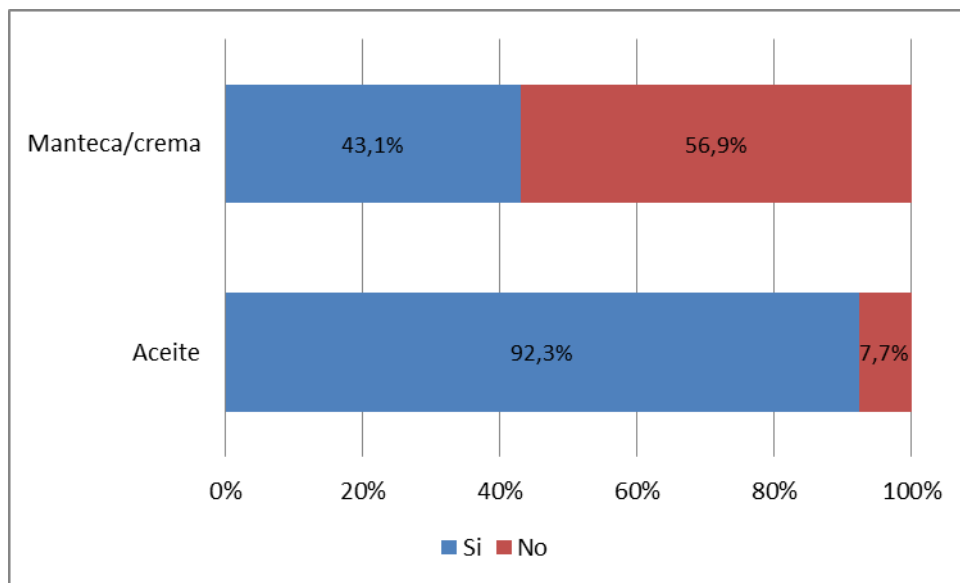


Figura 68: Distribución de los/as pacientes según consumo de aceite y manteca/crema, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

En la *figura 68* se evaluó el consumo de **aceite** de los pacientes, y se pudo determinar que casi la totalidad de los entrevistados/as si consumían aceite (120 pacientes) y un mínimo número no ingerían aceite (10 pacientes).

Y un mayor número de entrevistados/as (74 pacientes) no consumían **manteca/crema** y 56 pacientes si ingerían manteca/crema.

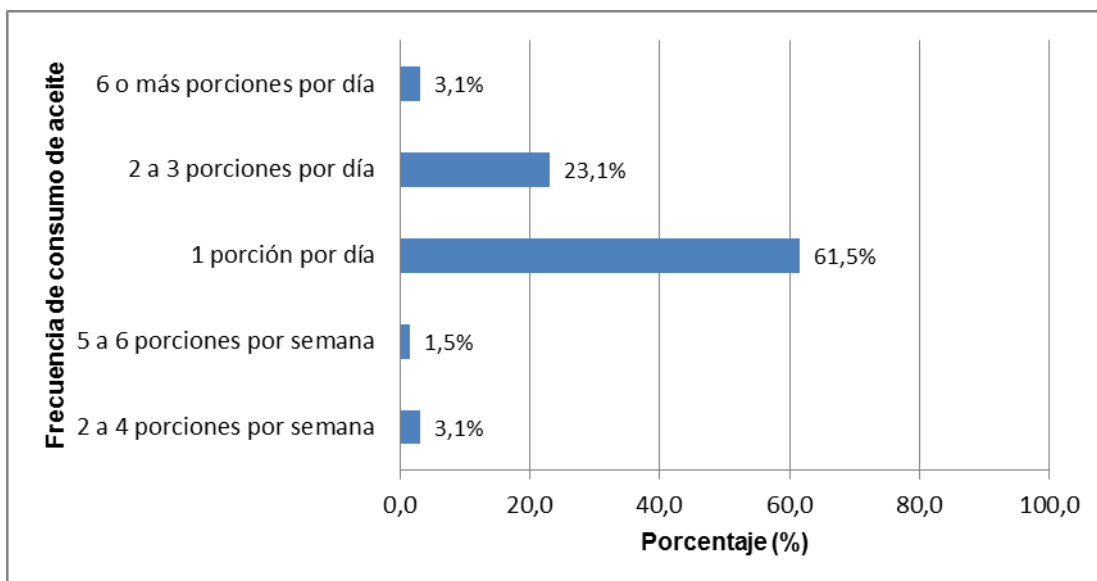


Figura 69: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de aceite, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Se determinó la frecuencia de consumo del aceite y de manteca/crema. Una porción de aceite equivale a 2 cucharadas, y una porción de manteca/crema es igual a 1 cucharada de manteca/crema.

Del total de pacientes que consumían aceite, un mayor número (80 pacientes) ingerían 1 porción por día, seguido de 30 pacientes que consumían 2 a 3 porciones por día, 4 pacientes ingerían 2 a 4 porciones por día y el mismo número de pacientes, 6 o más porciones por día y 2 pacientes consumían 5 a 6 porciones por semana (figura 69).

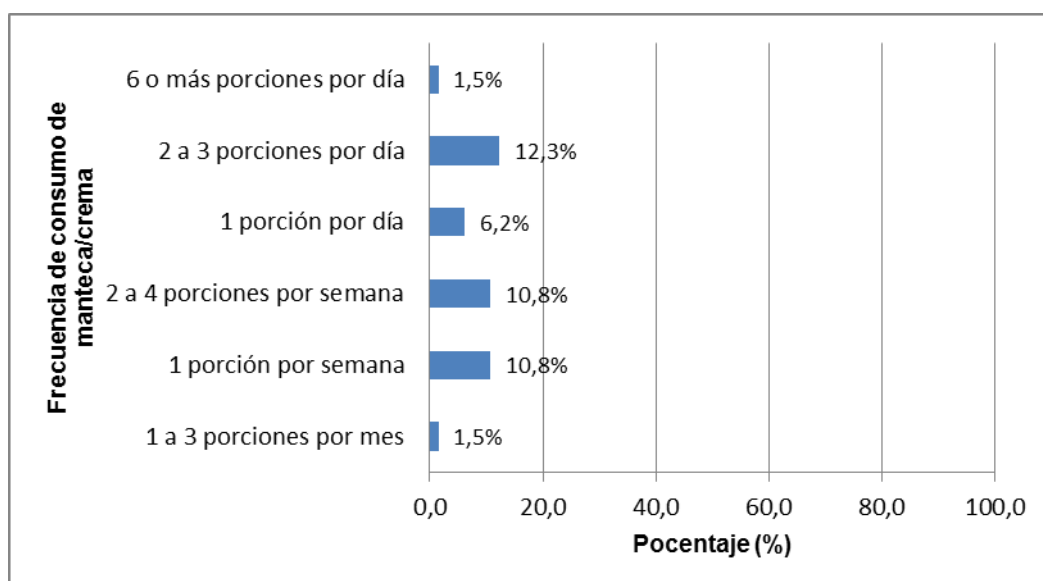


Figura 70: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de manteca/crema, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Con respecto a la frecuencia de consumo de manteca/crema (*figura 70*). Del total de pacientes que ingerían manteca/crema, un mayor número (16 pacientes) consumían 2 a 3 porciones por día, seguido de 14 pacientes que consumían 1 porción por semana y el mismo número de pacientes, ingerían 2 a 4 porciones por semana, 8 pacientes consumían 1 porción día y 2 pacientes ingerían 6 o más porciones por día y el mismo número de pacientes 1 a 3 porciones por mes.

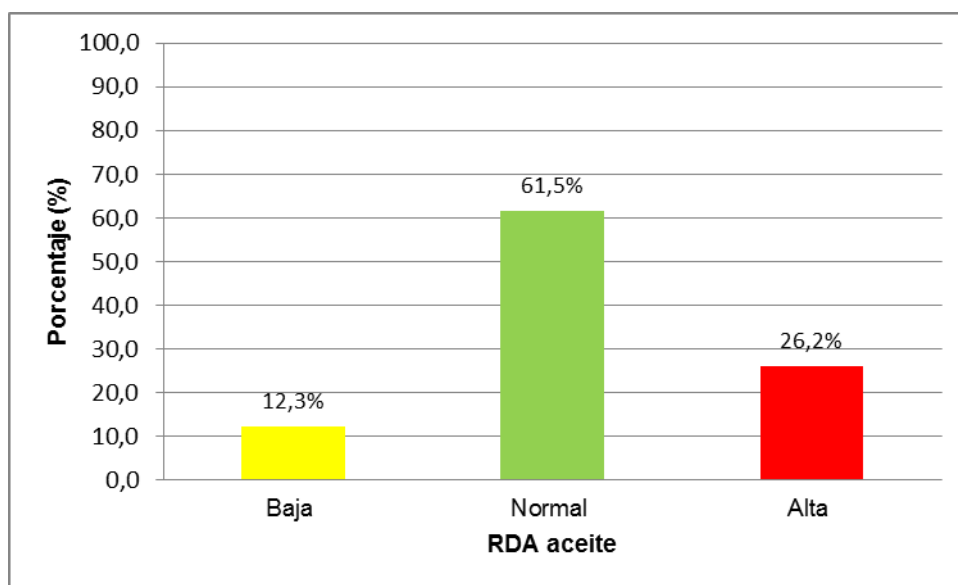


Figura 71: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de aceite en relación a la RDA de las GAPA 2016, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Se comparo la frecuencia de consumo de **aceite** con la Ración Dietética Recomendada (RDA) de las GAPA 2016, dando como resultado que un mayor número de entrevistados/as (80 pacientes) tenían una normal frecuencia de consumo de aceite en relación a la recomendación (2 cucharadas diarias de aceite en crudo), seguido de 34 pacientes que tenían una alta frecuencia de consumo de aceite con respecto a la RDA y 16 pacientes tenían una baja frecuencia de consumo en relación a la recomendación (*figura 71*).

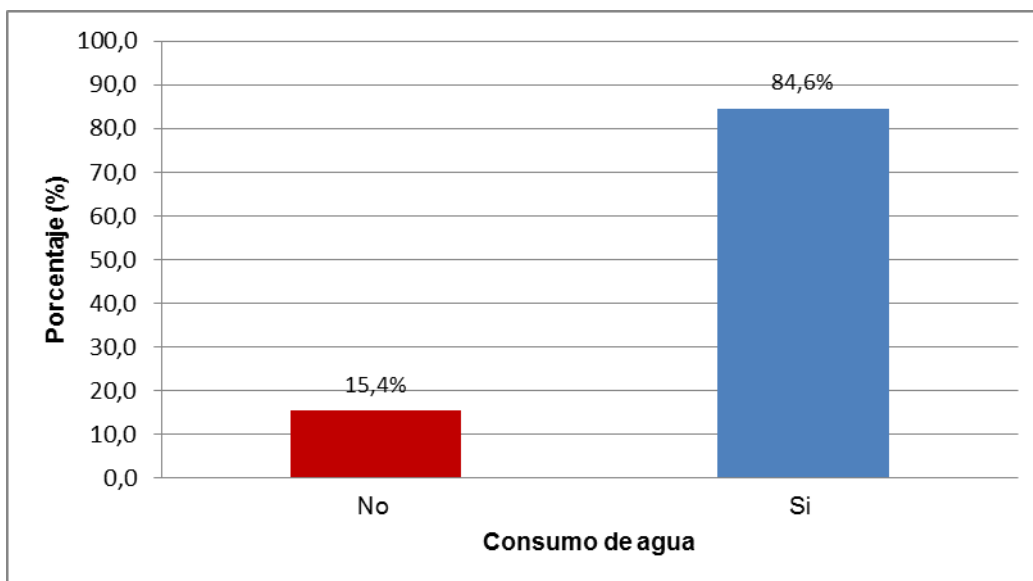


Figura 72: Distribución de los/as pacientes según consumo de agua, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

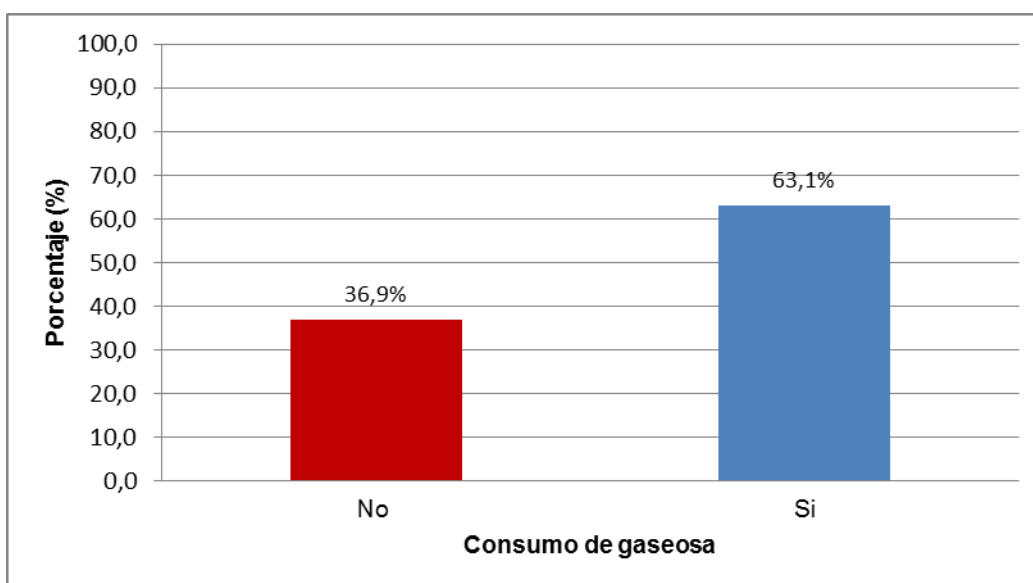


Figura 73: Distribución de los/as pacientes según consumo de gaseosa, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Dentro de las bebidas se analizó el consumo de **agua** y **gaseosas**. Con respecto a la primera bebida, un gran número de entrevistados/as (110 pacientes) si consumían agua y 20 pacientes no consumían agua (*figura 72*). Y un importante número (82 pacientes) si consumían gaseosa y 48 pacientes no consumían gaseosa (*figura 73*).

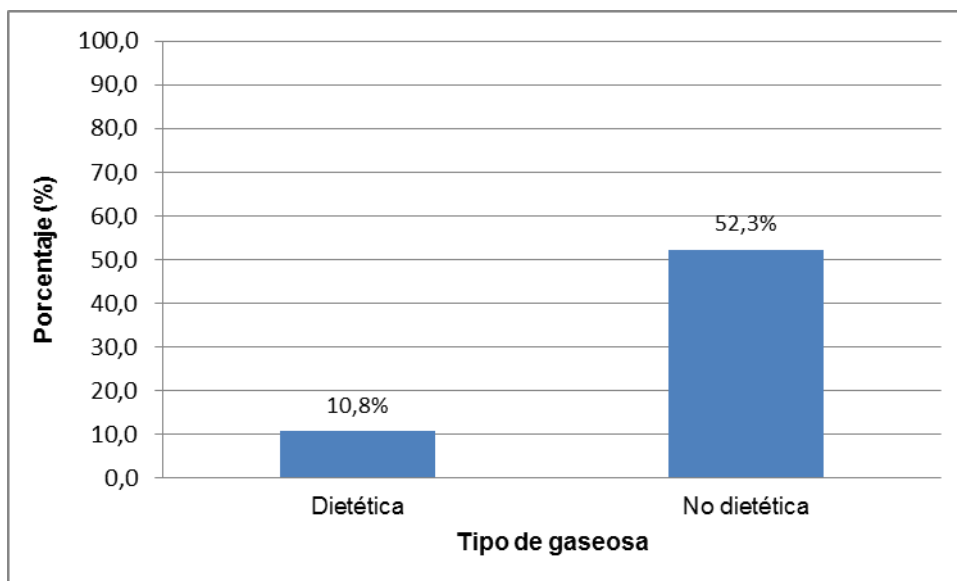


Figura 74: Distribución de los/as pacientes según tipo de gaseosa consumida, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Entre los que consumían gaseosa, se les consulto acerca del tipo de gaseosa consumida y un mayor número respondieron que consumen gaseosa no dietética (68 pacientes) y el resto gaseosa dietética (14 pacientes) (figura 74).

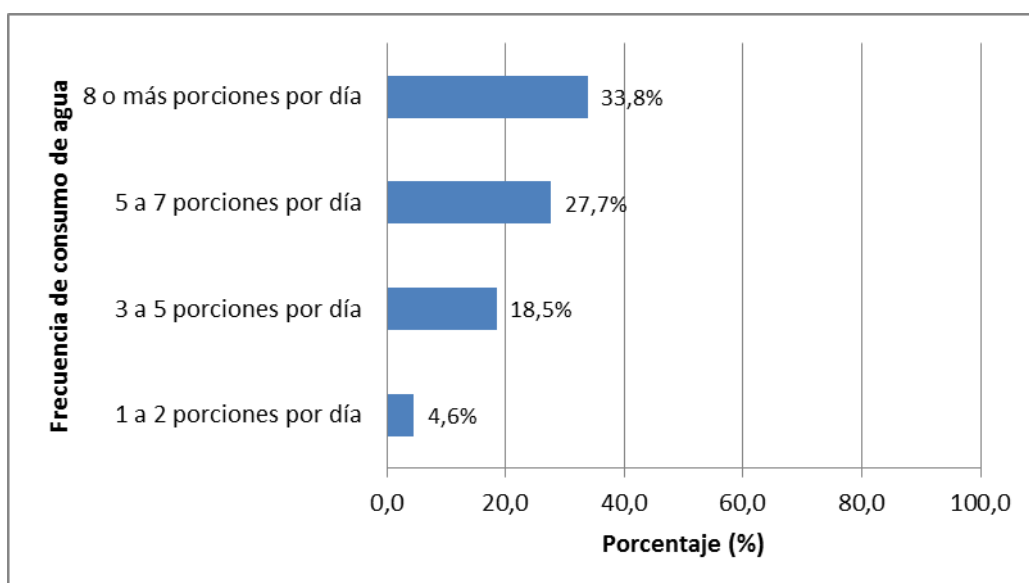


Figura 75: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de agua, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

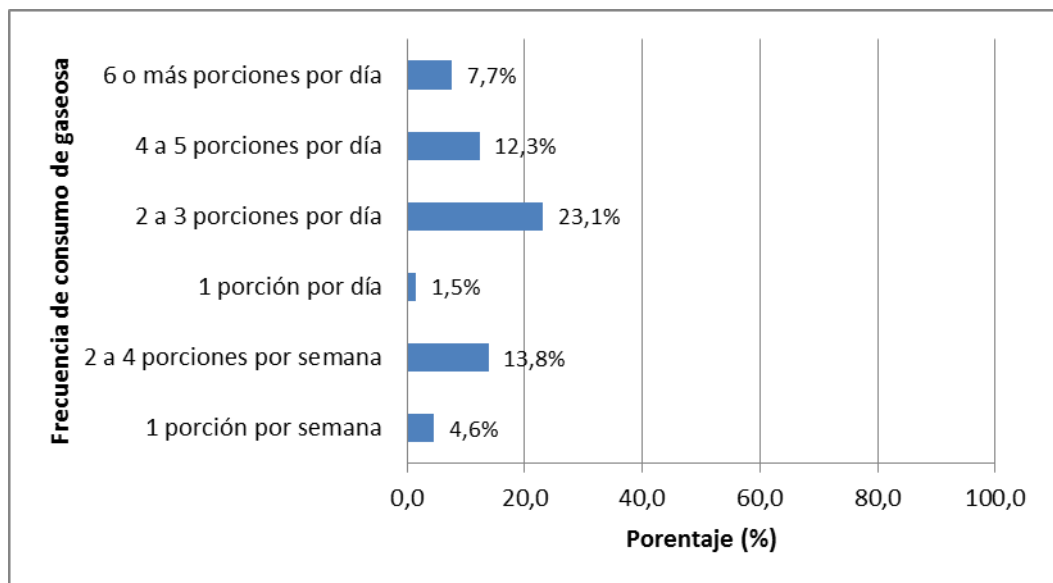


Figura 76: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de gaseosa, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

En las figuras 75 y 76 se analizó la frecuencia de consumo de agua y gaseosa respectivamente. Una porción, tanto del agua como de la gaseosa equivale a 1 vaso.

Del total de entrevistados/as que consumían agua, la mayoría (44 pacientes) ingerían 8 o más porciones de agua por día, 36 pacientes consumían 5 a 7 porciones por día, 24 pacientes ingerían 3 a 5 porciones por día y un 4,6% 1 a 2 porciones por día (figura 75).

De los/as pacientes que consumían gaseosa, la mayoría de los/as entrevistados/as (30 pacientes) consumían 2 a 3 porciones por día de gaseosa, seguido de 18 pacientes que ingerían 2 a 4 porciones por semana, 16 pacientes consumían 4 a 5 porciones por día, 10 pacientes consumían 6 o más porciones por día, 6 pacientes consumían 1 porción por semana de gaseosa y 2 pacientes 1 porción por día (figura 76).

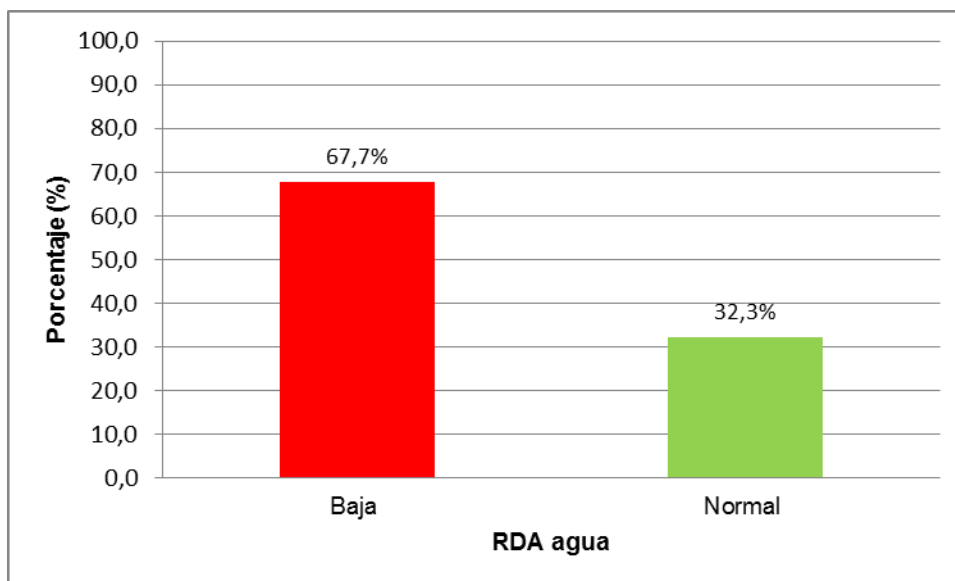


Figura 77: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de agua en relación a la RDA de las GAPA 2016, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Siguiendo con el análisis del agua, se comparó el consumo de **agua** de los/as pacientes con la Ración Dietética Recomendada (RDA) de las GAPA 2016, dando como resultado que un mayor número (88 pacientes) tenían una baja frecuencia de consumo de agua en relación a la recomendación (8 vasos diarios) y un menor número (42 pacientes) tenían una normal frecuencia de consumo de agua con respecto a la RDA (*figura 77*).

Otros alimentos que se también se estudiaron fueron: consumo y frecuencia de consumo de **vísceras**, consumo y frecuencia de consumo de **fiambres**, consumo y frecuencia de consumo de **edulcorante** y consumo y frecuencia de consumo de **golosinas**.

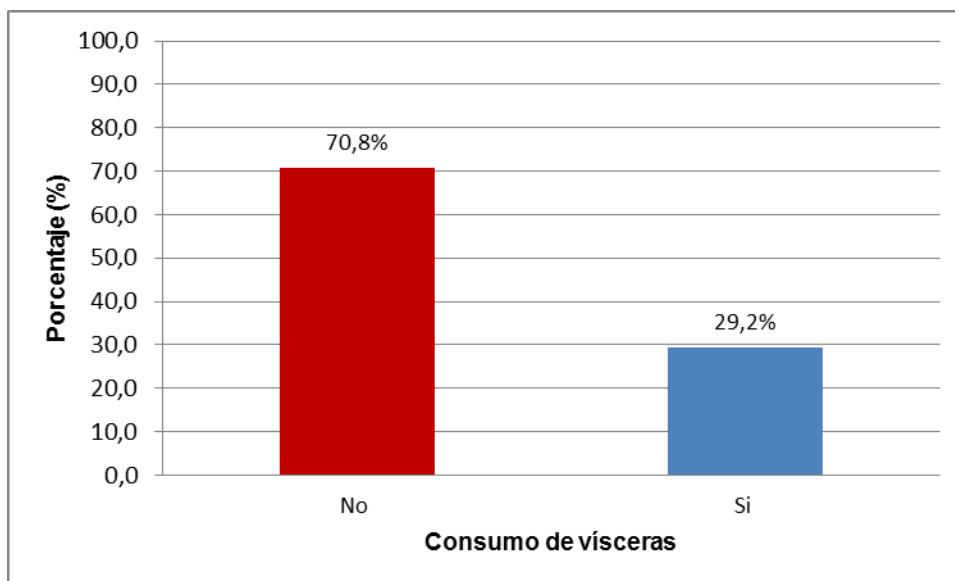


Figura 78: Distribución de los/as pacientes según consumo de vísceras, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

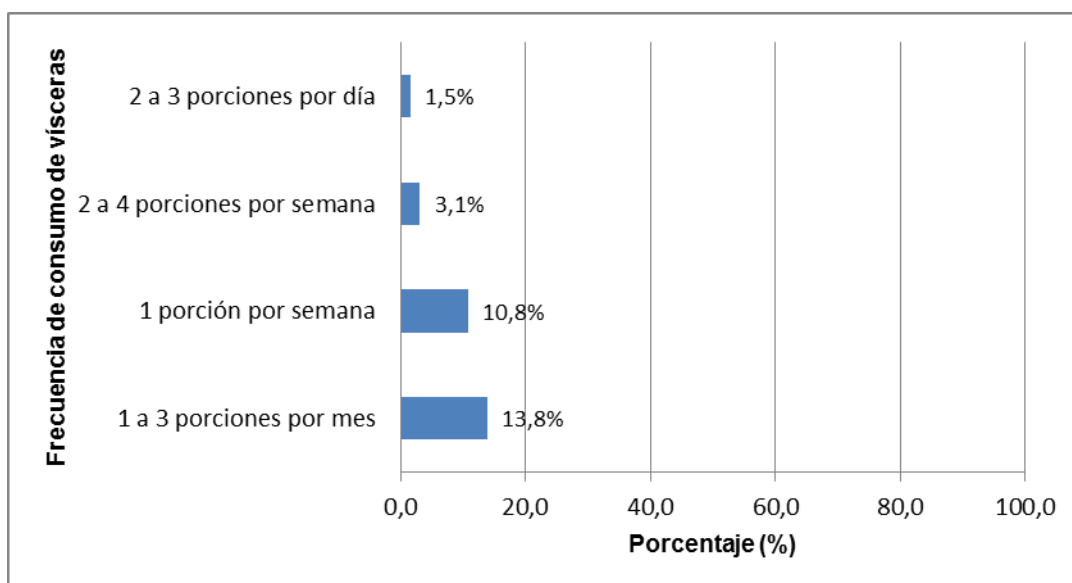


Figura 79: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de vísceras, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

La mayoría de los entrevistados/as (92 pacientes) no consumían vísceras y 38 pacientes si consumían vísceras (Figura 78). Entre los pacientes que si consumían vísceras, se analizó la frecuencia de consumo, y 18 pacientes consumían entre 1 a 3 porciones por mes, 14 pacientes consumían 1 porción por semana, 4 pacientes consumían 2 a 4 porciones por semana y 2 pacientes ingerían 2 a 3 porciones por día (figura 79).

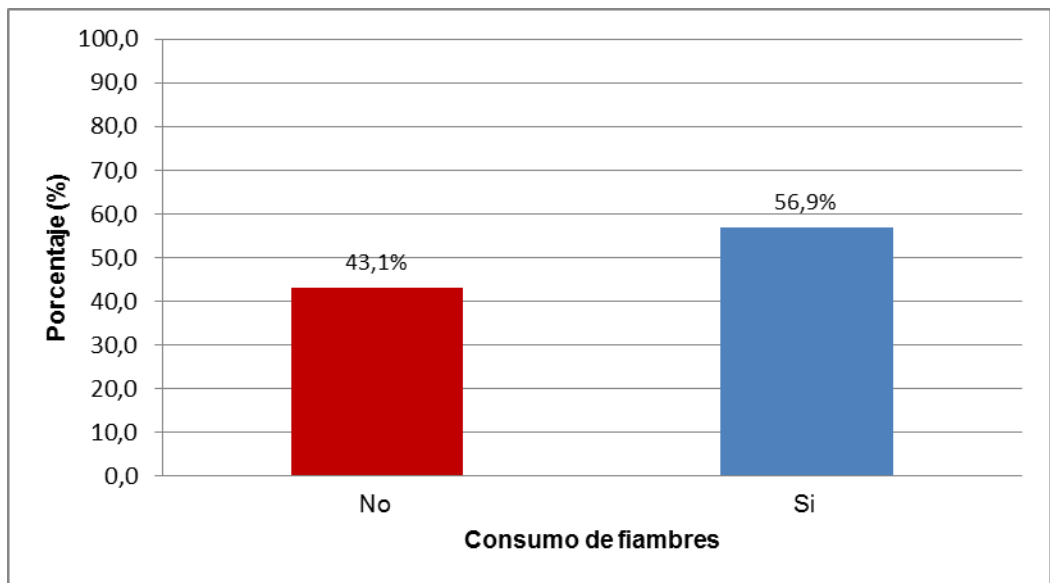


Figura 80: Distribución de los/as pacientes según consumo de fiambres, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

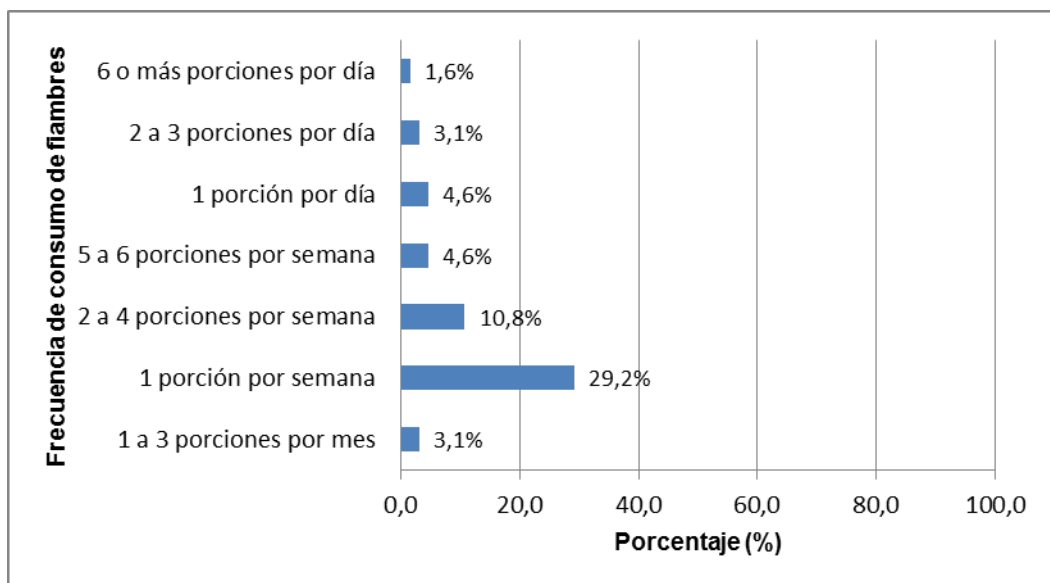


Figura 81: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de fiambres, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

La figura 80 y 81 muestran el consumo y frecuencia de consumo de fiambres. 1 porción de fiambre equivale a 4 fetas según las GAPA 2003.

En la figura 80 se observa que 74 pacientes consumían fiambres y el resto 56 pacientes no consumían fiambres, no existiendo diferencias importantes en cuanto al número de pacientes que si consumían y no consumían fiambres.

Del total de pacientes que ingerían fiambres, mayoritariamente (38 pacientes) consumían 1 porción por semana, seguido de 14 pacientes que ingerían 2 a 4 porciones por semana, 6 pacientes ingerían 1 porción por día y el mismo número de pacientes consumían 5 a 6 porciones por semana, 4 pacientes consumían fiambres 2 a 3 porciones por día e igual número de pacientes 1 a 3 porciones por mes, y 2 pacientes consumían 6 o más porciones por día (*figura 81*)

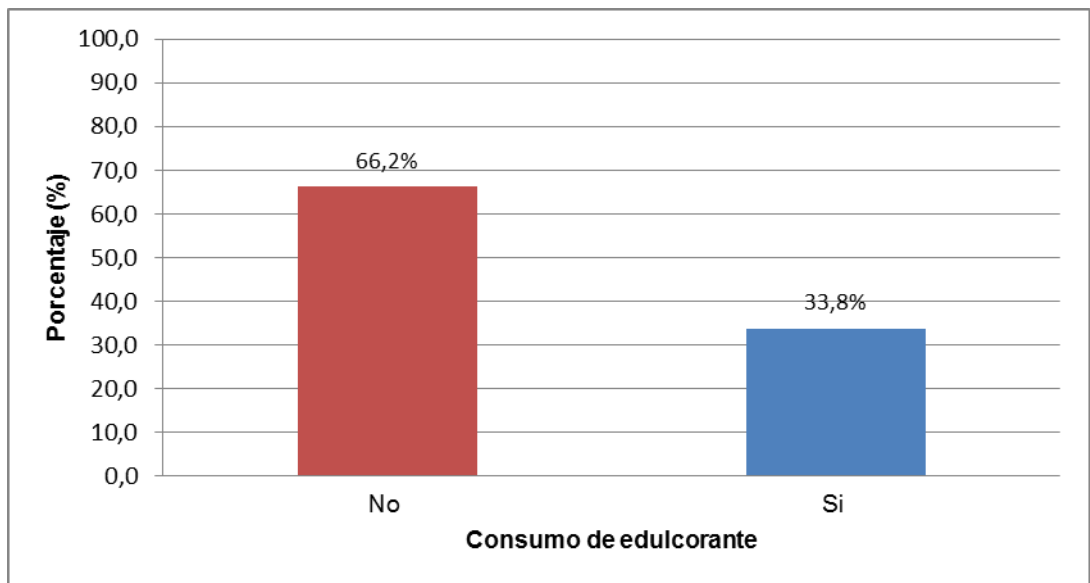


Figura 82: Distribución de los/as pacientes según consumo de edulcorantes, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

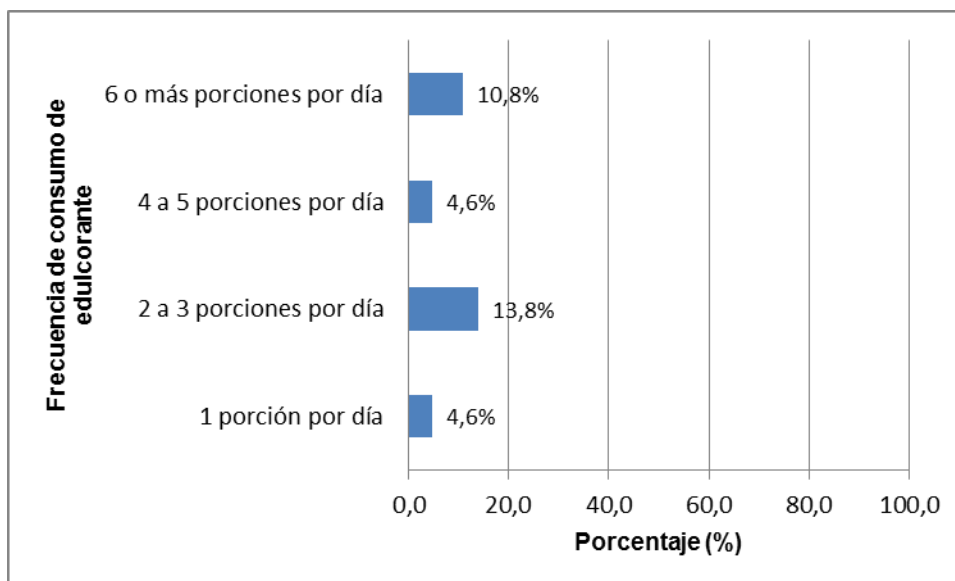


Figura 83: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de edulcorante, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Se evaluó el consumo y frecuencia de consumo de edulcorante, un mayor número (86 pacientes) no consumían edulcorante y el resto (44 pacientes) si consumían (figura 82).

La figura 83 se observa la distribución según frecuencia de consumo de edulcorante. Una porción equivale a 6 gotas o 1 cucharada de edulcorante.

Del total de pacientes que ingerían edulcorante, la mayoría (18 pacientes) consumían 2 a 3 porciones por día, seguido de 14 pacientes que ingerían 6 o más porciones por día, 6 pacientes consumían 4 a 5 porciones por día, y el mismo número de pacientes, 1 porción por día .

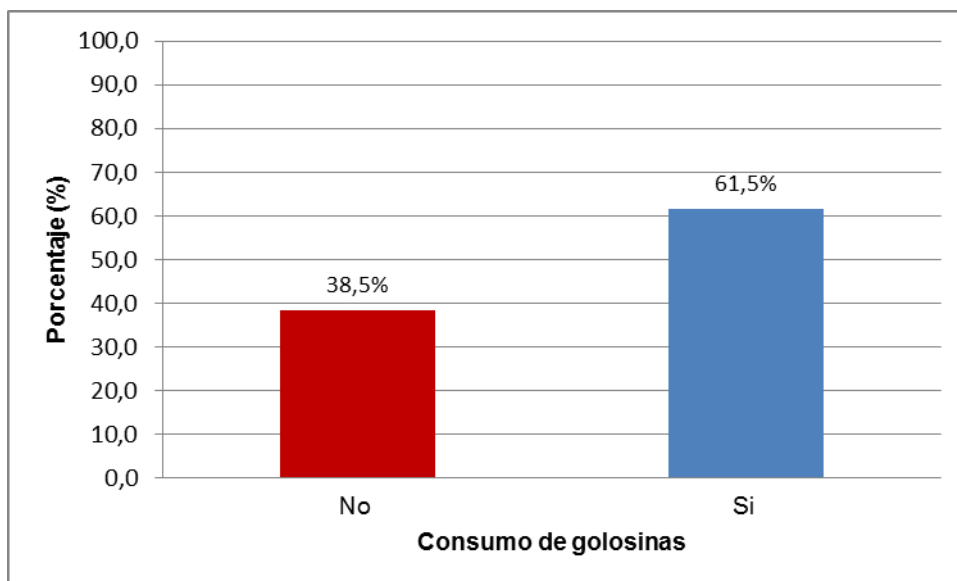


Figura 84: Distribución de los/as pacientes según consumo de golosinas, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

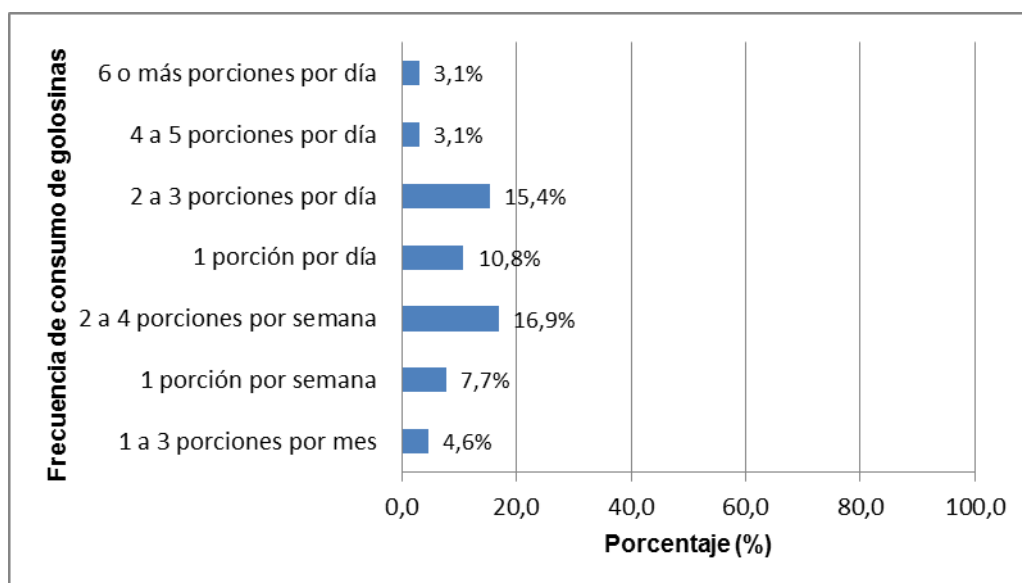


Figura 85: Distribución de los/as pacientes según frecuencia de consumo de golosinas, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

La figura 84 muestra que un mayor número de entrevistados/as (80 pacientes) si consumían golosinas y el resto 50 pacientes no consumían golosinas. Entre los que si consumían golosinas, un mayor número (22 pacientes) consumían 2 a 4 porciones por semana, seguido de 20 pacientes que ingerían 2 a 3 porciones por día de golosinas, entre estas dos categorías no hubo importantes diferencias, 14 pacientes consumían 1 porción por día, 10 pacientes ingerían 1 porción por semana, 6 pacientes ingerían 1 a 3

porciones por mes, 4 pacientes consumían 4 a 5 porciones por día y el mismo número de pacientes 6 o más porciones por día (figura 85).

5.2 ANÁLISIS DE ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES

5.2.1 ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES HÁBITOS ALIMENTARIOS Y VARIABLES SOCIOECONÓMICAS

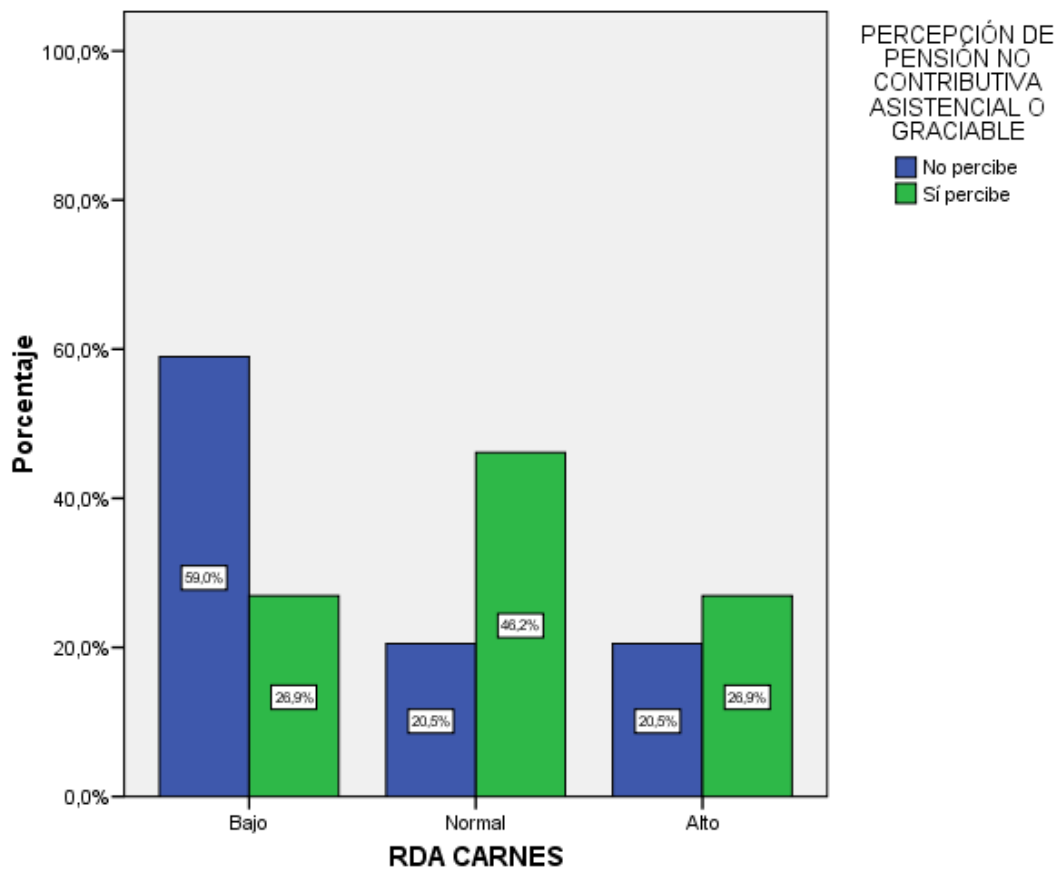


Figura 86: Relación entre el consumo diario de carne según recomendación de las GAPA 2016 y la percepción de pensión no contributiva asistencial o graciable, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Se halló una relación entre el consumo diario recomendado de carne y la percepción de pensión no contributiva asistencial o graciable (p-valor=0,001). Si el/la paciente no percibía pensión, el consumo recomendado diario de carne predominante fue bajo (46 pacientes); mientras que si el/la paciente percibía pensión, predominaba un consumo normal de carne (60 pacientes) (*figura 86*).

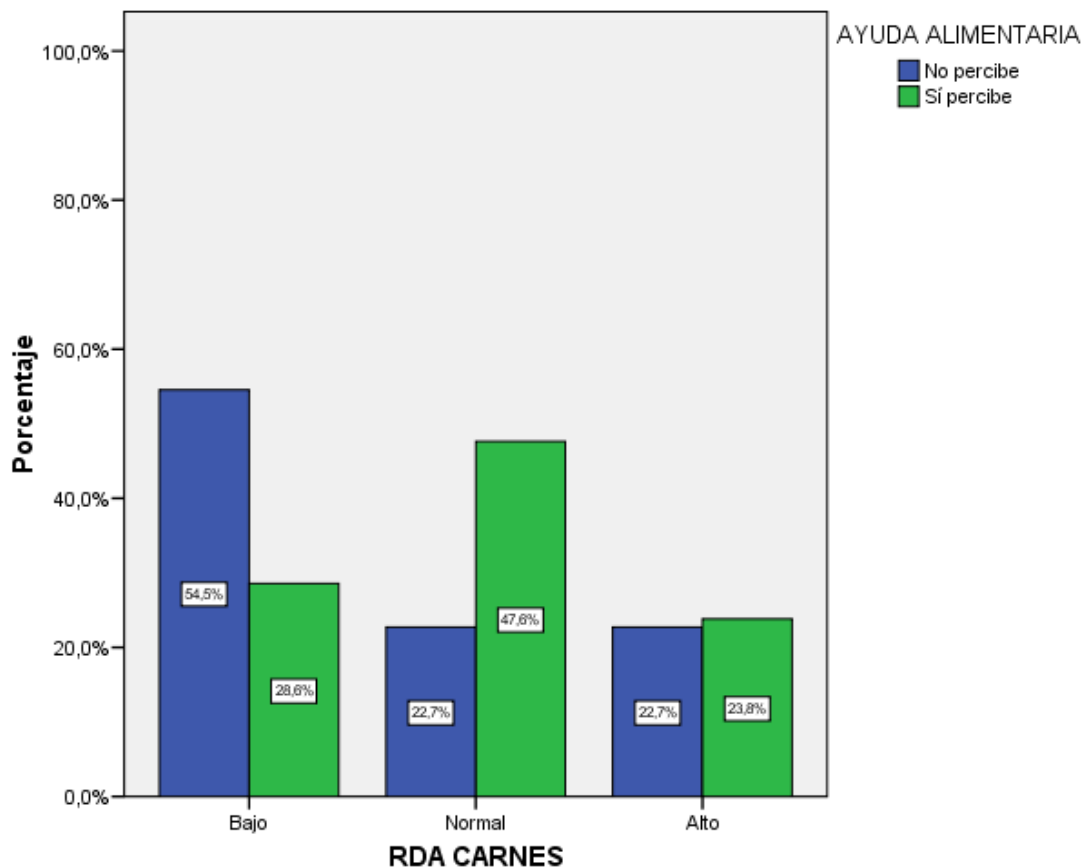


Figura 87: Relación entre el consumo diario de carne según recomendación de las GAPA 2016 y la percepción de ayuda alimentaria, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Se encontró una relación entre el consumo diario recomendado de carne y la percepción de ayuda alimentaria (p-valor=0,007). En la población de pacientes que no percibían ayuda alimentaria, predominaba un bajo consumo diario recomendado de carne (48 pacientes). Mientras que dentro de la población que sí percibía ayuda alimentaria, predominaba un normal consumo de carne (20 pacientes) (*Figura 87*).

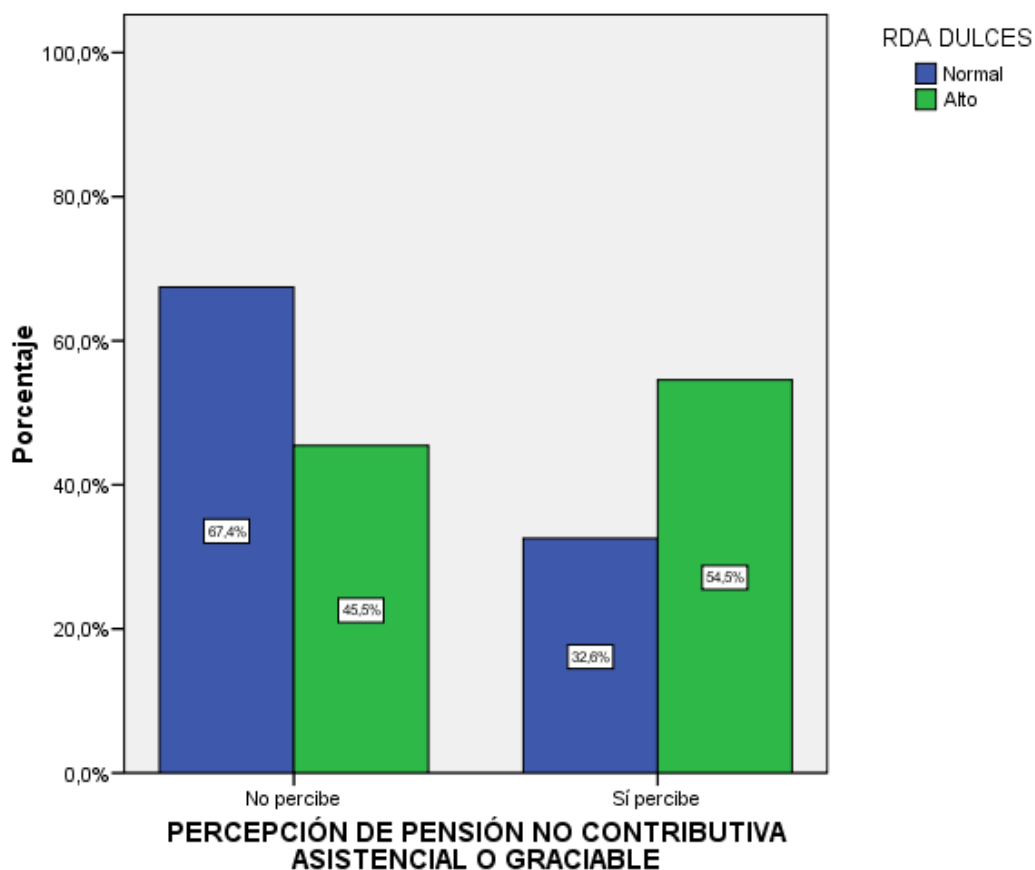


Figura 88: Relación entre consumo diario de dulces según recomendación de las GAPA 2016 y la percepción de pensión no contributiva asistencial o graciable, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Se encontró una relación entre el consumo diario recomendado de dulces y la percepción de pensión no contributiva asistencial o graciable (p-valor=0,012). Dentro de los/as pacientes que presentaban un alto consumo de dulces, resulta ligeramente mayor el número de pacientes que sí percibían pensión (24 pacientes). Además, dentro de los/as pacientes con un normal consumo de dulces, fue predominante el grupo de los que no percibía pensión (58 pacientes) (*Figura 88*).

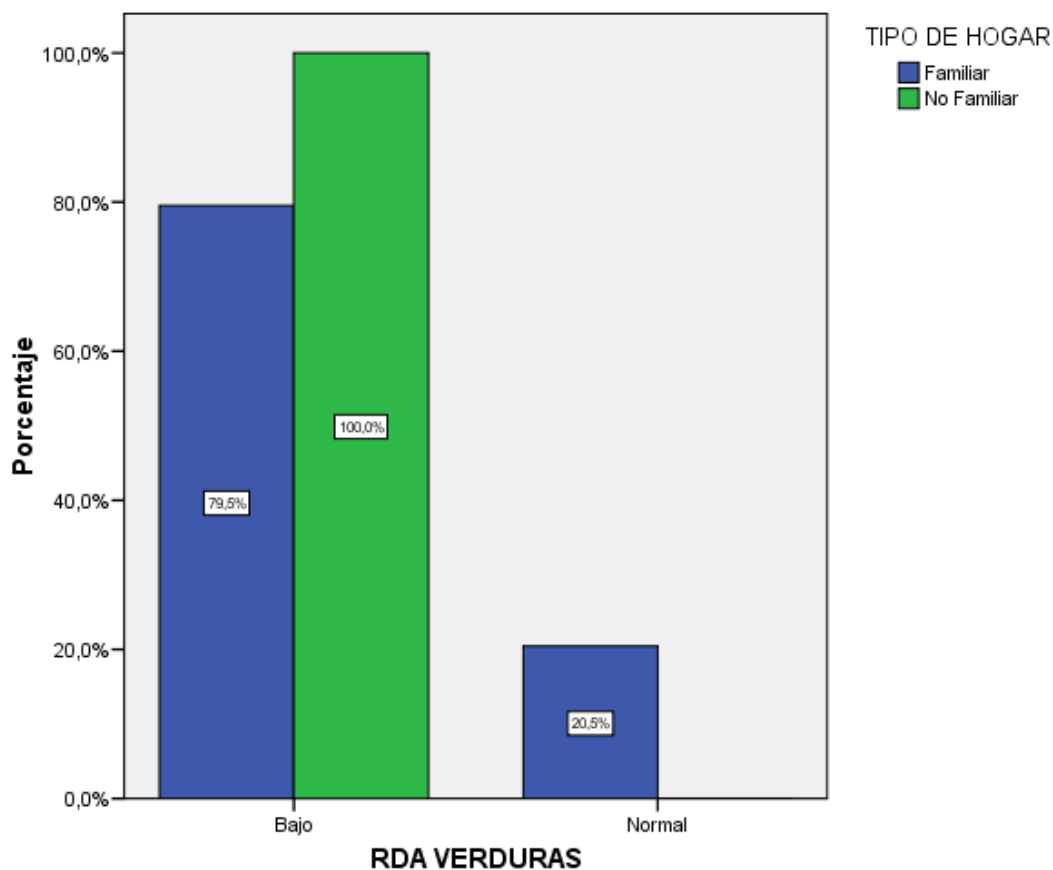


Figura 89: Relación entre consumo diario de verduras según recomendación de las GAPA 2016 y el tipo de hogar, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Se halló una relación entre el consumo diario recomendado de verduras y el tipo de hogar (p -valor=0,001). Dentro del grupo que presenta un hogar de tipo no familiar la totalidad (40 pacientes) tenía un bajo consumo de verduras. Tanto en la población de pacientes que formaban parte de un hogar de tipo familiar o no familiar, el consumo recomendado diario de verduras predominante fue bajo (70 y 40 pacientes respectivamente) (*Figura 89*).

5.2.2 ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES HÁBITOS ALIMENTARIOS Y VARIABLES ESTADO NUTRICIONAL Y TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

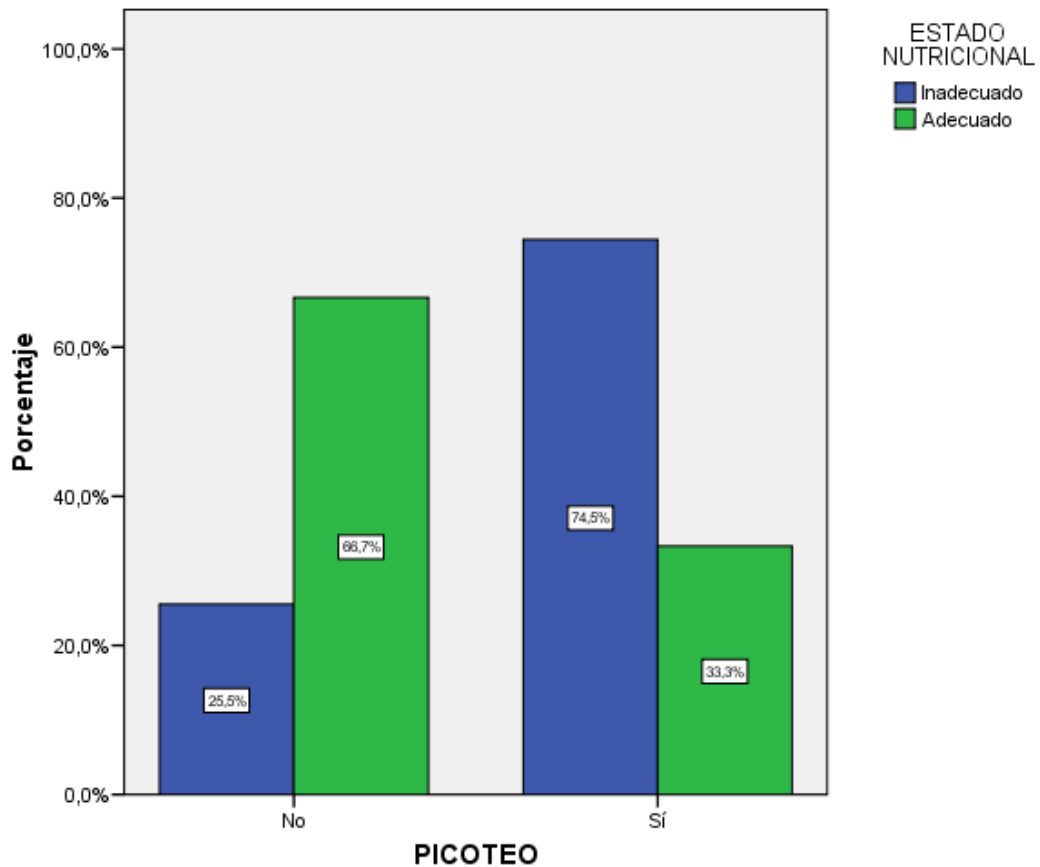


Figura 90: Relación entre estado nutricional de los pacientes y picoteo, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Se encontró una relación significativa entre el estado nutricional y el picoteo (p -valor $<0,0001$). De los/as pacientes que registraron un estado nutricional adecuado, predominaban los que no realizaban picoteo (24 pacientes). Mientras que los/as que tenían un estado nutricional inadecuado, predominan los que sí realizaban picoteo (70 pacientes). (Figura 90).

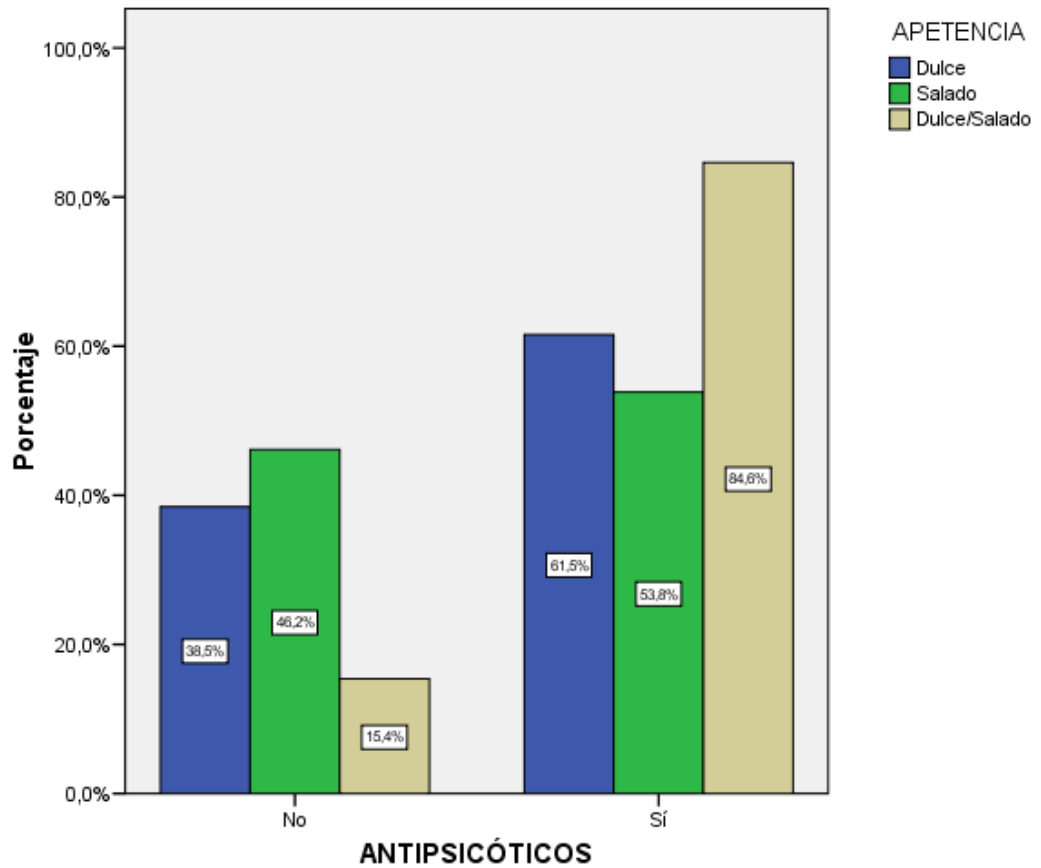


Figura 91: Relación entre tipos de apetencia y consumo de antipsicóticos, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Se encontró una relación entre el consumo de antipsicóticos y los tipos de apetencia (p -valor=0,006). Dentro de los/as pacientes con apetencia por lo dulce, predominaban los que consumían antipsicóticos (32 pacientes). El mismo comportamiento se observaba en la población con apetencia dulce/salado (44 pacientes). Por otro lado, en los/as pacientes con apetencia por lo salado, los números fueron similares entre los que consumían y no consumían antipsicóticos (14 y 12 pacientes respectivamente) (Figura 91)

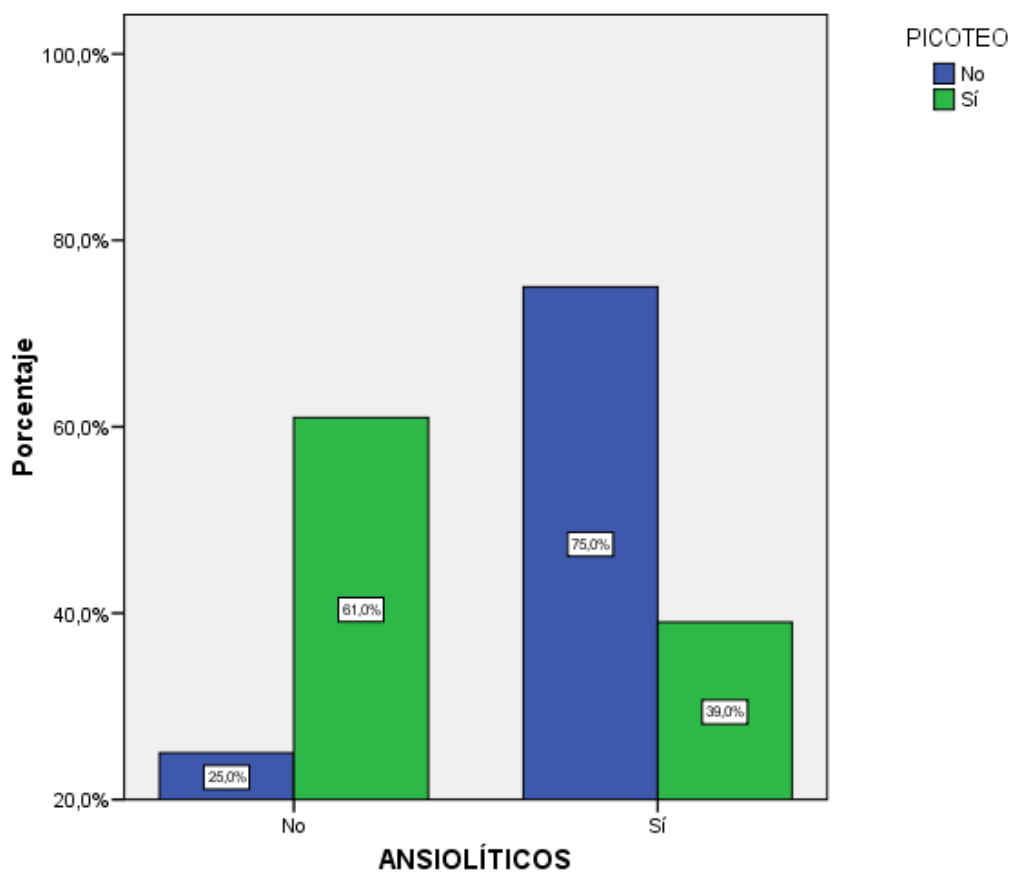


Figura 92: Relación entre el picoteo y consumo de ansiolíticos, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Se halló una relación entre el consumo de ansiolíticos y picoteo (p -valor $<0,0001$). Dentro de las personas que no picoteaban predominaban las personas que consumían ansiolíticos (36 pacientes). Por otra parte, dentro de los que sí picoteaban, predominaban los que no consumían ansiolíticos (50 pacientes) (*Figura 92*).

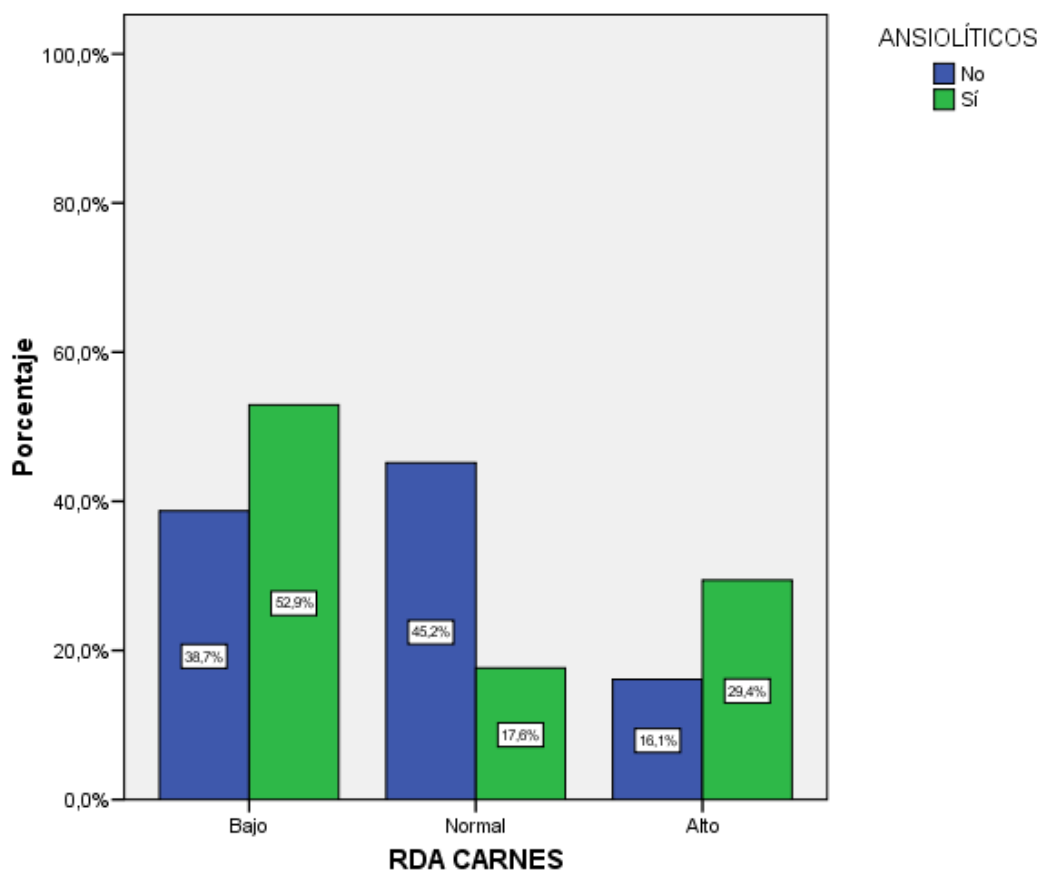


Figura 93: Relación entre consumo de carne diario según recomendación de las GAPA 2016 y el consumo de ansiolíticos, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Se halló una relación entre el consumo diario recomendado de carne y el consumo de ansiolíticos (p-valor=0,003). Dentro de los/as pacientes que no consumían ansiolíticos, predominaba un consumo diario recomendado de carne normal (28 pacientes) seguido por un bajo consumo de carne (24 pacientes). Mientras que en los/as pacientes que sí consumían ansiolíticos, predominaba un bajo consumo de carne (36 pacientes) (*Figura 93*).

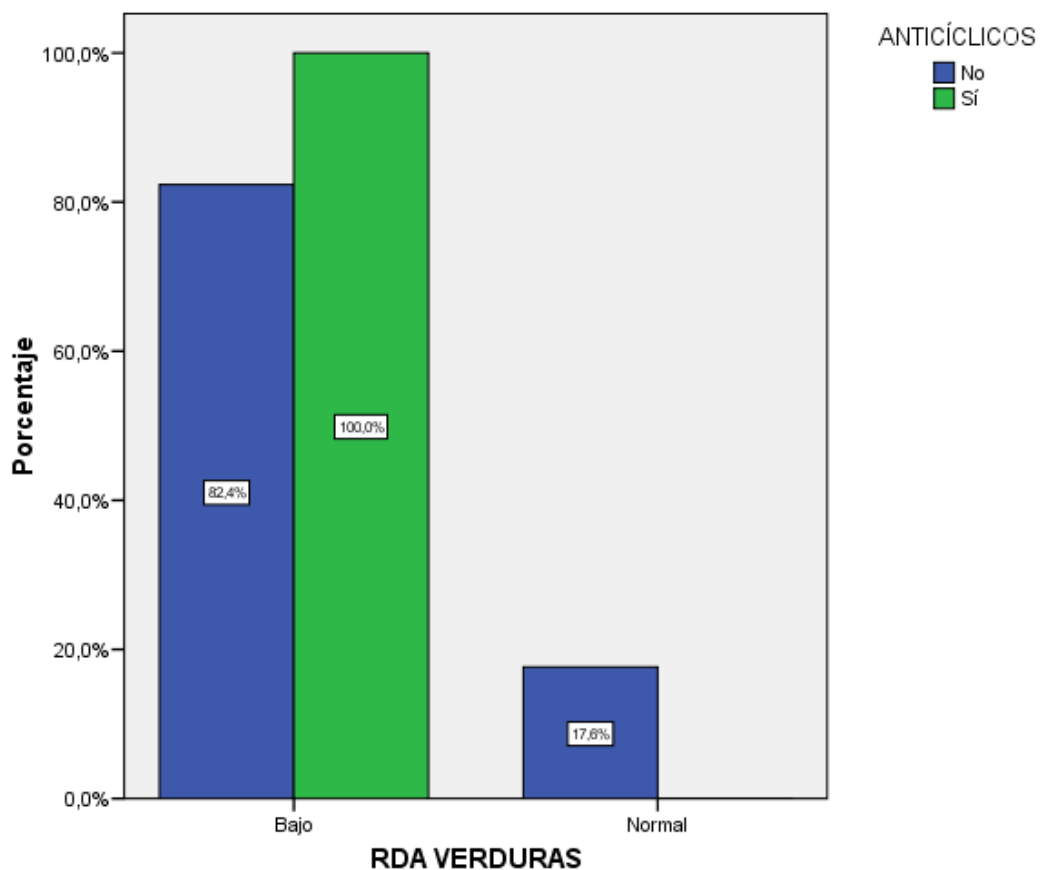


Figura 94: Relación entre consumo de verduras diario según recomendación de las GAPA 2016 y el consumo de anticíclicos, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Se encontró una relación entre el consumo diario recomendado de verduras y el consumo de anticíclicos (p-valor=0,013). Dentro de los/as pacientes que no consumían anticíclicos, predominaba un bajo consumo diario recomendado de verduras (84 pacientes). Dentro de los/as pacientes que sí consumían anticíclicos, todos poseían un bajo consumo de verduras (28 pacientes) (*Figura 94*).

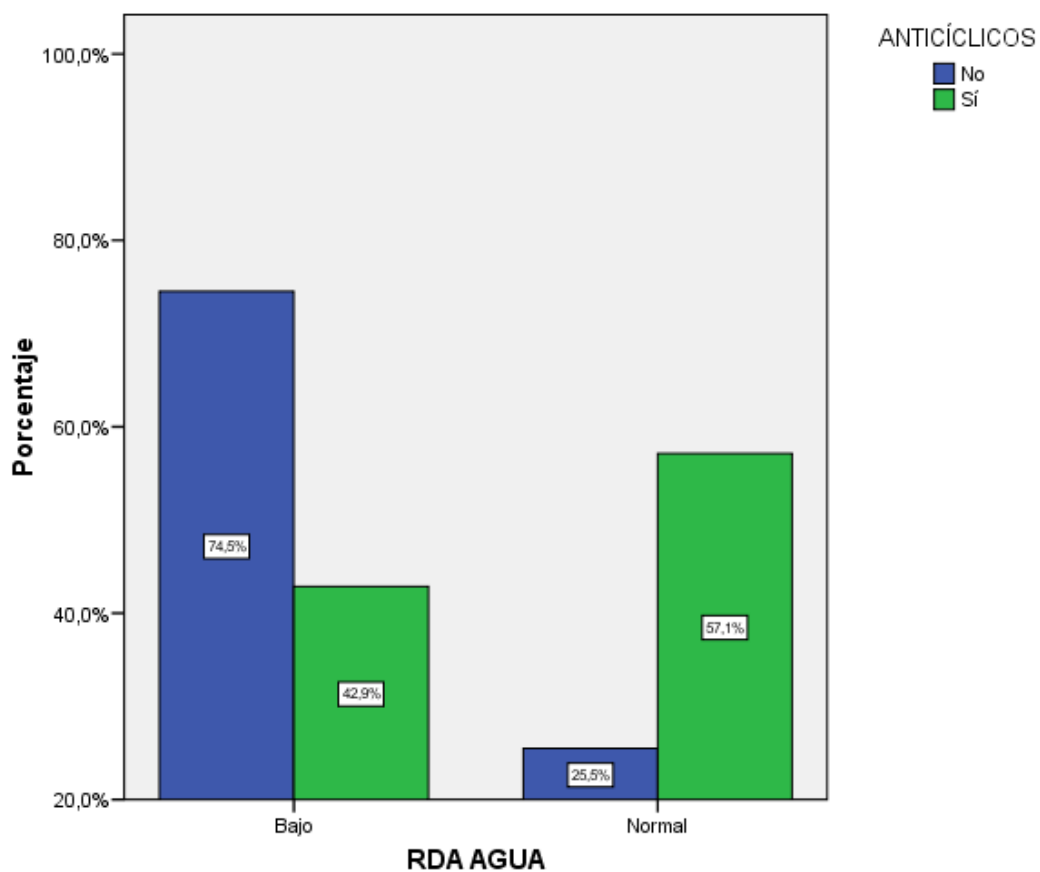


Figura 95: Relación entre consumo de agua diario según recomendación de las GAPA 2016 y el consumo de anticíclicos, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Se encontró una relación entre el consumo diario recomendado de agua y el consumo de anticíclicos (p-valor=0,003). En la población de pacientes que no consumían anticíclicos predominaba un bajo consumo de agua (76 pacientes). Si bien dentro de la población que sí consumía anticíclicos predominaba un consumo normal de agua (16 pacientes), la diferencia que existe entre consumo bajo y normal de agua era menos notoria (*Figura 95*).

5.2.3 OTRAS: ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIOECONÓMICAS Y VARIABLES DIAGNÓSTICO CLÍNICO

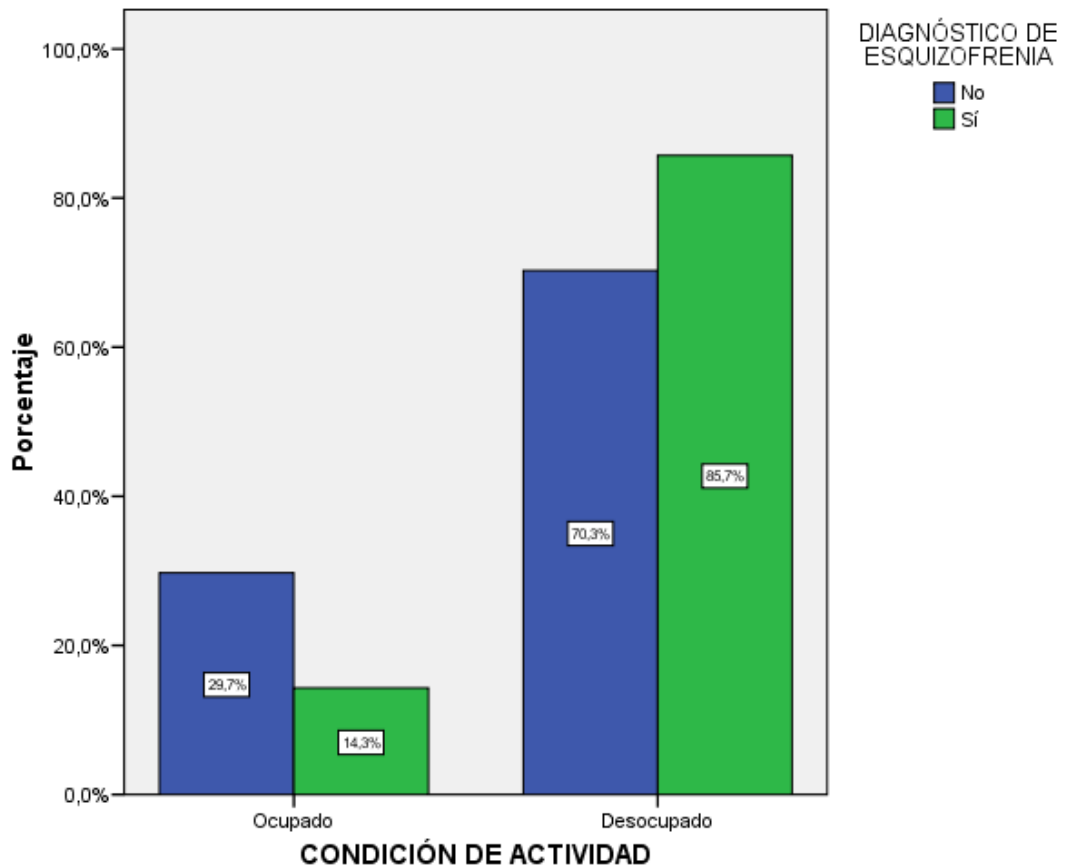


Figura 96: Relación entre condición de actividad y diagnóstico de esquizofrenia, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial de la ciudad de Córdoba, Argentina, años 2016 (n=130)

Se halló una relación entre la condición de actividad y el diagnóstico de esquizofrenia (p -valor=0,038). Se pudo observar que dentro de las personas diagnosticadas con esquizofrenia, predominaba la desocupación (48 pacientes) y dentro de las personas diagnosticadas con algún otro Trastorno Mental y del Comportamiento, se destacaba la desocupación (52 pacientes). (Figura 96).

6. DISCUSIÓN

Las personas con padecimientos mentales tienen prevalencia más altas de sobrepeso y obesidad. Esto está asociado a la acción de algunos antipsicóticos que conllevan a aumento de peso, a estilo de vida no saludable, a una despreocupación por la imagen corporal y menores recursos económicos para acceder a una alimentación balanceada. ⁽⁵²⁾

En el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial (HNP), se pudo observar entre los/as pacientes entrevistados/as (n: 130) una mayor prevalencia de sobrepeso (44,6%), el IMC promedio fue $27,03 \pm 0,40$ EE. Si se suma el número de pacientes con sobrepeso (44,6%) y obesidad (24,6%), el porcentaje asciende a 69,2% de pacientes con sobrepeso y obesidad. Estudios realizados en el Servicio de Salud de Parla (Madrid), donde se entrevistaron a 175 pacientes, el IMC promedio fue de 25,44 y más de la mitad de los pacientes (50,9%) tenían sobrepeso y un 15% obesidad, si se suma el total de pacientes con sobrepeso y obesidad el porcentaje asciende a 65,6%. Es decir, existe en ambos estudios porcentajes similares de pacientes con sobrepeso y obesidad. ⁽⁵³⁾

Además en el HNP, un 43,1% de los/as pacientes consideraba que su peso incrementó en el último año, y el resto no cambió de peso (32,3%) o tuvo una pérdida significativa de peso (24,7%). Estudios realizados en el Servicio de Salud de Parla (Madrid) un 38% de los/as pacientes afirmaron que su peso incremento, en un 26,3% de pacientes afirmaron no haber cambiado de peso y un 35,7% de pacientes contestaron que había perdido peso significativamente durante el último año. Por lo que, en ambos estudios hay porcentajes similares en cuanto a que los/as pacientes afirmaron que su peso incremento en el último año. ⁽⁵³⁾

Con respecto al picoteo, más de la mitad de los/as pacientes picoteaban (63,1%) y el tipo de alimentos que picoteaban, en su mayoría eligieron los alimentos dulce (26,2%) y dulce/salado (26,2%); a diferencia del estudio realizado en el Servicio de Salud de Parla (Madrid) que la mayoría de los/as entrevistados/as no picoteaban entre comidas (60,8%). ⁽⁵³⁾ Estudios demuestran que existe una asociación entre picoteo y exceso de peso. ^(54, 55,56) En esta investigación, se evidenció una relación entre estado nutricional y picoteo ($p\text{-valor} < 0,0001$); de los/as pacientes que registraron un estado nutricional adecuado, predominan los/as que no realizaban picoteo (66,7%). Mientras que los/as que tenían un estado nutricional inadecuado, predominan los/as que si realizaban picoteo (74,5%).

Se pudo observar una relación entre el consumo de ansiolíticos y picoteo (p -valor $<0,0001$) y entre consumo de ansiolíticos y consumo diario recomendado de carne (p -valor $=0,003$). Las personas que consumían ansiolíticos, no picoteaban (75%), y tenían un bajo consumo diario recomendado de carne (52,9%). Hallazgos refieren que dentro de los ansiolíticos, el clonazepam genera disminución del apetito y las benzodiazepinas (BZD) provocan alteraciones en el apetito que pueden aumentar o disminuir el peso. ⁽⁵⁷⁾

Siguiendo con el análisis de los hábitos alimentarios y tratamiento farmacológico en el HNP, existe una relación entre consumo diario de verduras recomendado y consumo de anticíclicos (p -valor $=0,013$) y entre consumo diario de agua recomendada y consumo de anticíclicos (p -valor $=0,003$). Dentro de los/as pacientes que consumían anticíclicos, todos/as poseían un bajo consumo diario recomendado de verduras (100%) y dentro de la población que consumían anticíclicos predomina un normal consumo diario recomendado de agua (57,1%), es decir 8 vasos o más de agua por día. Estudios demuestran que el litio (anticíclico o estabilizador del ánimo) incrementa la sed. ⁽⁵⁸⁾

En el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, hubo porcentajes similares entre los que “si almuerzan” (87,7%) y “si cenan” (83,1%). El desayuno fue la comida menos realizada (69,2% de los pacientes encuestados/as si desayuna). A diferencia de la investigación realizada en el Servicio de Salud Mental de Parla la comida menos realizada fue la merienda (40,10% de los encuestados/as si meriendan). ⁽⁵⁴⁾ Asimismo, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial el 60% de los/as pacientes realizaba menos de 3 comidas diarias. Las GAPA 2016, recomiendan no saltar las comidas principales y realizarlas alrededor de la misma hora, para favorecer hábitos de vida saludable; refiere también que “alimentarse bien” implica comer al menos 4 veces al día, variado, e incluir alimentos de todos los grupos, de forma moderada. Saltar una comida aumenta los niveles de una hormona (grelina) encargada de producir la sensación de hambre (ganas intensas de comer). Al no planificar las comidas la tendencia es elegir alimentos con menos calidad nutricional. La repetición de falta de comida produce en el cuerpo sensación de restricción, hambruna y la necesidad de protección gastando menos energía. ⁽⁵⁹⁾

Por otra parte, en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, más de la mitad de muestra no realizaban actividad física (66,2%). Investigaciones realizadas confirman que el sedentarismo promueve el desarrollo del sobrepeso/obesidad, entre otras

enfermedades crónicas. ⁽⁶⁰⁾ Además se sabe que las personas con trastornos psiquiátricos se involucran menos en la actividad física en comparación con la población general ⁽⁶¹⁾. El ser físicamente activo puede ser experimentado como un reto para muchas personas con enfermedad mental grave y con frecuencia las barreras son los efectos secundarios de los medicamentos, síntomas de la enfermedad, la falta de apoyo, y las comorbilidades físicas ^(62,63).

Esta investigación reveló un alto número de pacientes desocupados/as (79,9%) y se encontró una relación entre condición de actividad y esquizofrenia (p -valor=0,038), dentro de las personas diagnosticadas con esquizofrenia, predominaba un 85,7% de la población que se encontraba desocupado/a. Estudios Alonso y Lépine, 2007; Artazcoz, Benach, Borrell y Cortès, 2004; Fryers et al., 2003; Haro et al., 2006 confirman que la prevalencia de problemas de salud mental aumenta entre las personas desempleadas. En especial, las personas con esquizofrenia tienen un alto índice de desempleo debido en gran parte al estigma social que provoca la enfermedad mental ⁽⁶⁴⁾ y el tener un trabajo le significaría la pérdida de ayudas económicas públicas y/o compensaciones por invalidez, lo que en algunos casos genera inseguridad y dudas en los afectados y sus familias acerca de la conveniencia de continuar el proceso de inserción laboral. En la investigación llevada a cabo en el HNP, el 40% de los/as entrevistados/as recibe la pensión contributiva asistencial o graciable o bien conocida como pensión por discapacidad. ⁽⁶⁵⁾

A pesar de que existen planes específicos de inserción socio-laboral (ley Nacional de Salud Mental, N° 26.657, art. 36) hay un alto número de desocupados entre las personas con padecimientos mentales, por lo que el estado debería adoptar otras medidas ya que el trabajo es un derecho de todas las personas y hay un gran número de personas con enfermedades mentales que desean y pueden trabajar y que con apoyo mantendrían el empleo. El mismo, les daría un acceso económico a una alimentación adecuada, siempre que haya un asesoramiento de un/una Licenciado/a en Nutrición.

Investigaciones confirman que el desempleo conlleva a cambios importantes en el estilo de vida: desde una dieta menos variada, reducción de la actividad física y consigo aumento de la obesidad, también la postergación de visitas al médico o compra de un medicamento, hasta posibles síntomas de depresión y ansiedad. ⁽⁶⁶⁾

Muchos de los/as pacientes de salud mental se ven en situaciones de pobreza y exclusión social, por lo que se les considera especialmente vulnerables, con riesgo de sufrir déficit de nutrientes ⁽⁶⁷⁾, en el HNP se evidenció entre los/as pacientes una

alimentación monótona, rica en carbohidratos simples y complejos y un aporte limitado de proteínas de alto valor biológico, y de vitaminas y minerales, presentaban un bajo consumo diario de leche, yogur y queso, huevo, carne, frutas, verduras y agua y un alto consumo diario de azúcar, pan, legumbres, cereales, papa, pan y pastas, en relación a las recomendaciones de las GAPA 2016. Además, predominantemente los/as pacientes ingerían leche y yogur entero (46,2% de los/as pacientes consumían leche entera y 47,7% de los/as pacientes consumía yogur entero). Las GAPA 2016 recomienda la incorporación de lácteos descremados o semidescremados, fundamental para la prevención de enfermedades crónicas no transmisibles. El bajo consumo de leche, yogur y queso según recomendación y la elección de tipo entero podría deberse a costos, desinformación, costumbre, etc. ⁽⁵⁹⁾

Como ya se mencionó, los/as pacientes presentaban un bajo consumo diario de carnes y huevo según recomendación, dentro del tipo de carne la mayoría de los entrevistados/as consumían tanto carnes rojas (vaca) como blancas (pollo). Nuestro país se caracterizó históricamente por su gran consumo de carne, particularmente de vaca, muy poca incorporación de pescado y huevo en la alimentación cotidiana. En los últimos años ha ido decayendo el consumo general de proteína animal y la que se consume es fundamentalmente aquella ligada a cortes más grasos tanto de carnes vacunas o blancas. Falta de consumo de huevo puede deberse a la falsa creencia que el consumo de huevo aumenta los niveles de colesterol. ⁽⁵⁹⁾Es importante promover el consumo de pescado entre los pacientes con enfermedad mental, especialmente con esquizofrenia, ya que la teoría de la membrana fosfolipídica en torno a la etiología de la esquizofrenia sostiene que una deficiencia en la composición de ácidos grasos poliinsaturados (PUFA) en la membrana neuronal es un factor relevante en la fisiopatología de este trastorno. ^(68,69)

En nuestro país existe un alto consumo de hidratos de carbono especialmente asociado a harinas refinadas, productos de pastelería y panadería de elaboración industrial y artesanal. El consumo aumentado de este grupo de alimentos entre los/as pacientes se debe a que son económicos y están disponibles en cualquier lugar del país, todo el año y dan sensación de saciedad. Se debe consumir las proporciones recomendadas por edad, para no generar aumento de peso. Las GAPA 2016 recomiendan consumirlas acompañados de frutas o verduras y evitar cocciones con materia grasa (frituras). ⁽⁵⁹⁾ El tipo de pan consumido por la mayoría de los/as pacientes (75,4%) fue no integral, por lo que resultaría beneficio promover el consumo de

cereales integrales, pan integral, legumbres ya que aportan fibras necesarias para una mayor saciedad, una mejor digestión y para prevenir el estreñimiento, causados por el consumo de antipsicóticos. ⁽⁷⁰⁾

La percepción de la pensión no contributiva asistencial o graciable, reveló una relación con el consumo diario recomendado de carne (p-valor=0,001). Si el/la paciente no percibía pensión, el consumo diario recomendado de carne predominante fue bajo (59%); mientras que si el/la paciente percibía pensión, predominaba un normal consumo diario recomendado de carne (46,2%). Y con igual comportamiento, en relación a la percepción de ayuda alimentaria y el consumo diario recomendado de carne (p-valor=0,007), en la población de pacientes que no percibían ayuda alimentaria, predominaba un bajo consumo diario recomendado de carne (54,5%). Mientras que dentro de la población que sí percibía ayuda alimentaria, predomina un normal consumo diario recomendado de carne (47,6%).

Se pudo evidenciar una asociación entre pensión no contributiva asistencial o graciable y el consumo diario recomendado de dulces (p-valor=0,012). Dentro de los/as pacientes que presentan un alto consumo diario recomendado de dulces, resultaba ligeramente mayor el porcentaje de pacientes que sí percibían pensión (54,5%). Además, dentro de los pacientes con un normal consumo diario recomendado de dulces, fue predominante el grupo de los que no percibía pensión (67,4%).

En consecuencia, la Seguridad Alimentaria en el hogar depende del acceso financiero, material o social a los alimentos, a diferencia de la disponibilidad de los mismos, puede haber disponibilidad de los mismos, puede haber abundancia de estos, pero las familias pobres que no cuentan con medios para adquirirlos no tienen seguridad alimentaria. (FAO, 2001). En los estratos más bajos en Argentina al aumentar su ingreso comienzan a consumir más carnes, productos concentrados en azúcares y grasas y carbohidratos más procesados. ^(71,72) Por eso, se podría explicar que cuando los/as paciente perciben pensión contributiva asistencial o graciable tienden a gastar sus ingresos en carne y dulces.

Un gran número de entrevistados/as del HNP tenían un bajo consumo diario recomendado de frutas y verduras en relación a las GAPA 2016 (63,1% y 86,2% respectivamente). En relación a las causas del bajo consumo de frutas y verduras, Marcia Moreira, epidemióloga de la OPS/OMS en Argentina (2018) establece: *“El hecho de que las personas coman pocas frutas y verduras puede responder a múltiples factores, entre ellos, el alto costo de las mismas, su poca disponibilidad, la falta de*

propaganda sobre sus propiedades protectoras y de ofertas por temporada, además de que se dañan más rápidamente, exigen lavarlas y consumirlas en un tiempo corto luego de ser adquiridas, y su ingesta no está incorporada culturalmente”.⁽⁷³⁾

Este estudio no mostró relación significativa entre hábitos alimentarios y esquizofrenia. Pero se han realizado estudios para conocer la relación entre la alimentación y esquizofrenia, y se llegó a la conclusión de que los/as pacientes con esquizofrénica tienen mayor necesidad de vitamina C, que se encuentra en el grupo de frutas y verduras, por eso se recomienda incluir diariamente frutas y verduras.^{(16) (74)}

Se halló una relación entre el consumo recomendado diario de verduras y el tipo de hogar (p-valor=0,001). Dentro del grupo que presentaba un hogar de tipo no familiar el 100% tenía un bajo consumo diario recomendado de verduras. Tanto en la población de pacientes que formaban parte de un hogar familiar o no familiar, el consumo recomendado diario de verduras predominante fue bajo (79,5% y 100% respectivamente). Así mismo, hay estudios que demuestran que los decisores de compra se ve influenciado por otro miembro del hogar familiar (pareja y en mucho menor grado los hijos).⁽⁷³⁾

Del total de pacientes que fueron entrevistados/as en el hospital Neuropsiquiátrico Provincial, el mayor porcentaje consumía antipsicóticos (68,5%). Los antipsicóticos producen aumento de peso, desde las primeras semanas, 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. Se describe una ganancia de peso significativa (mayor de 7%) en 29% de pacientes tratados con olanzapina, 23% de los tratados con quietapina, 18% con risperidona, en tanto que sólo 10% de los tratados con ziprasidona y aripiprazol presentan este efecto.⁽⁷⁵⁾

Se plantea que los fármacos que tienen una mayor potencia antipsicótica tendrían un mayor efecto sobre el peso.⁽⁷⁶⁾ Este efecto diferenciado es explicado por la interacción que estos medicamentos tienen con algunos neuroreceptores a nivel central, presentando distintos niveles de agonismo y antagonismo para cada uno de ellos. Se ha postulado que el bloqueo de receptores de histamina H1, de serotonina 2C y de dopamina D2, induce algunos de los cambios en la conducta alimentaria, como aumento del apetito y disminución de la saciedad. La clozapina y la olanzapina tienen un efecto antagónico sobre el receptor H1 más acentuado que la ziprasidona (antipsicóticos típicos o de segunda generación) y el aripiprazol, explicando así la mayor ganancia de peso

asociada a su uso. ⁽⁷⁷⁾ Es importante mencionar la necesidad de desarrollar protocolos de investigación que vayan enfocados a conocer e indagar en la ganancia de peso en pacientes tratados con estos fármacos procurando contemplar a la par otras variables que se involucran en la ganancia de peso como el consumo dietético y la actividad física, así como, descartar alteraciones endocrinas que pudiesen sesgar los resultados. ⁽⁷⁸⁾ Las organizaciones American Diabetes Association, American Psychiatry Association, American Association of Clinical Endocrinologist y North American Association for the Study of Obesity, recomiendan de que todo/a paciente que reciba terapia con antipsicóticos debe ser cuidadosamente monitorizado en relación a aumento de peso, hiperglicemia y dislipidemia. Se sugiere también, una derivación precoz para educación y motivación en relación a hábitos alimentarios saludables y aumento de la actividad física. ⁽⁷⁹⁾ Las intervenciones en el estilo de vida son más efectiva para promover la disminución o mantenimiento del peso. También tener presente que el aumento de peso por medicación puede interferir en la adherencia al tratamiento y aumentar el riesgo de abandono. Concientizar a las personas sobre esto ayuda a la comprensión sobre la necesidad del fármaco y aumenta la adherencia. ⁽⁸⁰⁾

Con respecto a los antipsicóticos en el HNP, se pudo observar que existe una asociación entre el consumo de antipsicóticos y los tipos de apetencia (p-valor=0,006). Dentro de los/as pacientes con apetencia por lo dulce, predominaban los que consumían antipsicótico (61,5%). El mismo comportamiento se observaba en la población con apetencia dulce/salado (84,6%). Hallazgos sobre antipsicóticos de segunda generación (amisulprida, aripiprazol, olanzapina, quetiapina y risperidona) indican como efecto adverso, síndrome metabólico, aumento de peso, hiperglucemia y dislipemia; en esquizofrenia estos medicamentos ocasionan, consumo incrementado de alimentos dulces y ricos en carbohidratos, vida sedentaria, etc. ⁽⁸¹⁾

En el HNP se pudo observar que existe una tendencia a consumir aquellos alimentos que tiene un alto contenido en azúcares refinados, un gran porcentaje de los/as pacientes entrevistadas/os tenía una alta frecuencia de consumo de azúcar en relación a lo recomendado en las GAPA 2016 (56,9%). Además, más de la mitad de los pacientes entrevistados/as consumía gaseosa (63,1%) y golosinas (61,5%), el tipo de gaseosa predominantemente consumida fue la no dietética (52,3%). Un 75,4% consumían mates cebados y de ese total, el 46,2% utiliza azúcar para endulzar los mates. Por lo que, hay un gran aporte de energía en forma de hidratos de carbonos simples. Las GAPA 2016 refieren que la Argentina es el principal consumidor de

bebidas azucaradas. La población elige frecuentemente tanto gaseosas como jugos en polvo. Esta conducta generalizada, compromete la construcción de un hábito saludable como es la priorización del consumo de agua segura para beber e hidratarse. ⁽⁵⁹⁾

El consumo elevado de azúcares se asocia con diversas patologías como sobrepeso, obesidad, alteraciones hepáticas, desórdenes del comportamiento, diabetes, hiperlipidemia, enfermedad cardiovascular, hígado graso, algunos tipos de cáncer y caries dental. Además, el consumo de azúcares puede contribuir al desarrollo de enfermedades mentales. ⁽⁸²⁾

En esta investigación no se encontró una relación significativa entre consumo de azúcar y enfermedades mentales, pero existen evidencias científicas de Knüppel y sus colegas que analizaron datos del Whitehall Study II, y concluyeron: ⁽⁸³⁾

"Se ha descubierto que los alimentos dulces inducen sentimientos positivos a corto plazo. Las personas que experimentan un bajo estado de ánimo podrían comer alimentos endulzados con la esperanza de aliviar sentimientos negativos".

"Nuestro estudio sugiere que es más probable que, consumir una elevada cantidad de alimentos endulzados tenga el efecto contrario en la salud mental a largo plazo".

Existen varias explicaciones biológicas plausibles para una asociación del consumo habitual de azúcar y el riesgo posterior de depresión, a largo plazo. En primer lugar, se han discutido los bajos niveles del factor neurotrófico derivado del cerebro (BDNF) del factor de crecimiento como facilitadores de la neurogénesis y la atrofia del hipocampo en la depresión. Los roedores alimentados con dietas con alto contenido de azúcar, muestran una disminución en el nivel de BDNF ^(84, 85,86) que podría ser un vínculo mecanicista entre las dietas altas en azúcar y la depresión. En segundo lugar, el consumo de carbohidratos se ha asociado con un aumento de los marcadores inflamatorios circulantes, que pueden deprimir el ánimo. ^(87,88) En tercer lugar, las dietas altas en azúcar podrían inducir hipoglucemia a través de una respuesta insulínica exagerada y así influir en los niveles hormonales y los estados de ánimo. ⁽⁸⁹⁾ En cuarto lugar, los efectos similares a la adicción del azúcar sugieren que los mecanismos de neurotransmisión dopaminérgica podrían relacionar el consumo frecuente de azúcar con la depresión. ^(90, 91,92) Por último, la obesidad podría ser un factor de mediación entre una dieta rica en azúcar y la depresión ^(93,94) no solo a través de factores inflamatorios sino también factores psicosociales como la discriminación por el peso. ⁽⁹⁵⁾

Muchos tienen la creencia errónea que se puede proteger la salud al intercambiar

el azúcar refinado por los edulcorantes, esto no es así ya que la investigación sugiere que los edulcorantes podrían ser más perjudiciales para la salud, a diferencia del azúcar regular. Por ejemplo: En 2008, los investigadores afirmaron que el excesivo consumo de aspartamo podría estar involucrado en la patogénesis de ciertos trastornos mentales y comprometer el funcionamiento emocional. ⁽⁹⁶⁾

Aunque, en el caso de la depresión, una serie de factores diferentes podrían estar involucrados, la alimentación desempeña un rol significativo. El reducir radicalmente o eliminar el azúcar y los edulcorantes de la alimentación es un paso esencial para prevenir y/o abordar la depresión. ⁽⁹⁶⁾

Es necesario políticas del estado que promueven una reducción del consumo de azúcar para prevenir patologías como sobrepeso, obesidad, alteraciones hepáticas, diabetes, hiperlipidemia, enfermedad cardiovascular, hígado graso, algunos tipos de cáncer, caries dental y enfermedades mentales. En la ciudad de Córdoba el 7 septiembre de 2017 se aprobó la Ordenanza N° 12696 que expresa: “En los establecimientos comerciales destinados a los rubros gastronómicos ubicados en el ejido municipal de la Ciudad de Córdoba, no estará a disposición de los consumidores azúcar en azucareros, sobres y/o cualquier otro adminículo que permita el uso discrecional de azúcar por parte del consumidor, excepto que expresamente él mismo lo requiera. Se establece además, que será obligación de los establecimientos donde se realicen actividades deportivas, culturales, sociales y de recreación donde se expenda al público de bebidas con o sin gas, libre de azúcar y las heladerías y locales comerciales de expendio de cremas heladas y/o helados de agua, ofrecer un mínimo del 10 por ciento de la variedad de sus productos exhibidos para el público, libre de azúcar. Por otra parte, los productos deberán ser identificados de forma clara e inconfundible sobre los alimentos que allí se comercialicen “Libre de azúcar” o “0 Azúcar” en sus respectivas etiquetas y/o envoltorios.” ⁽⁹⁷⁾ De esta manera se promueve en la población la concientización sobre las consecuencias de las enfermedades derivadas de su consumo y alienta adquirir hábitos saludables para una mejor calidad de vida.

Con respecto a los hábitos de vida saludable, existe en el equipo de salud una visión predeterminada negativa en relación a la capacidad de los/as pacientes con padecimientos mentales tienen de adoptar estilos de alimentación saludable y actividad física regular, sin embargo hay publicaciones que muestran que sujetos esquizofrénicos son capaces de modificar estos hábitos logrando resultados positivos en baja de peso y

corrección de parámetros metabólicos, como insulinemia, glicemia e hipertrigliceridemia. ^(98,99)

7. CONCLUSIONES

La investigación realizada en el Hospital Neuropsiquiátrico Provincial (HNP), demuestra que existe entre los/as pacientes hábitos alimentarios inadecuados, resultando que más de la mitad de los/as personas con padecimientos mentales presenten sobrepeso/obesidad. A esto se suma la falta de actividad física que promueve aún más el desarrollo de Enfermedades Crónicas no Transmisibles.

Los diagnósticos prevalentes en la población estudiada son, el Trastornos del humor (F30-F39) y la Esquizofrenia, trastorno esquizofrénico y trastornos de ideas delirantes (F20-F29); además la mayoría consume antipsicóticos, que genera aumento de peso.

Entre los hábitos alimentarios no saludables que presenta la población estudiada se destacan los siguientes hallazgos:

- Más de la mitad de los/as pacientes entrevistados/as ingieren alimentos entre las comidas principales.
- Más de la mitad de los/as pacientes entrevistados/as, saltean las comidas principales (desayuno, almuerzo, merienda, y cena); siendo el desayuno la comida menos realizada.
- Monotonía en la alimentación de los/as pacientes; siempre comen lo mismo y presentan una menor variedad de alimentos a la hora de organizar la alimentación.
- En relación a las recomendaciones de las GAPA 2016, los/as pacientes entrevistados/as presentan:
 - * Un bajo consumo diario de leche, yogur y queso, huevo, carne, frutas, verduras y agua, significando un aporte limitado de proteínas de alto valor biológico, y de vitaminas y minerales.
 - * Un alto consumo diario de azúcar, pan, legumbres, cereales, papa, pan y pastas, lo que produce aumento de peso en los/as pacientes.
 - * Y un elevado consumo de golosinas, gaseosa. Por lo que, hay un gran aporte de energía en forma de “calorías vacías” llevando a la población estudiada al aumento de peso y malnutrición.

Como aspecto positivo, los métodos de cocción saludables (a la plancha, hervido, a la parrilla, al horno) resultaron lo más utilizados y un mayor porcentaje presentó una normal frecuencia de consumo diaria de aceite según GAPA 2016. El aceite forma parte de la dieta habitual de los/as paciente, registrando pocos casos de frituras y salteado lo que resulta beneficioso para la salud.

Se pudo comprobar que existe:

- Relación significativa entre los hábitos de alimentación de los/as pacientes con padecimientos mentales y sus variables socioeconómicas: Los/as que perciben pensión no contributiva asistencial o graciable tienen un normal consumo diario recomendado de carne y un alto consumo diario recomendado de dulces.

Los/as que reciben ayuda alimentaria tienen un normal consumo diario recomendado de carne.

A medida que aumentan sus ingresos comienza a consumir más carnes y productos concentrados en azúcares.

Los/as pacientes con hogar de tipo no familiar, la totalidad tienen un bajo consumo diario recomendado de verduras.

- Y una relación significativa entre los hábitos alimentarios de los/as pacientes con padecimientos mentales y su estado nutricional y tratamiento farmacológico: Los/as que picotean presentan un estado nutricional inadecuado.

Los/as que consumen ansiolíticos no picotean y presentan un bajo consumo diario recomendado de carne.

Los/as que consumen anticíclicos presentan un bajo consumo diario recomendado de verduras y un normal consumo diario recomendado de agua.

Dentro de los/as pacientes con apetencia por lo dulce, predominan los que consumen antipsicótico.

Además, existe una relación significativa entre esquizofrenia y desempleo, dentro de las personas diagnosticadas con esquizofrenia, predomina la desocupación.

En los/as pacientes entrevistados/as del Hospital Neuropsiquiátrico Provincial, hay un alto número de desocupados/as, debido al estigma social que le provoca la enfermedad y conlleva a cambio en el estilo de vida desde una dieta menos variada, reducción de la actividad física y aumento de la obesidad.

Es necesario intervenciones en educación física y educación alimentaria nutricional, para disminuir y controlar el riesgo a desarrollar Enfermedades Crónicas no Transmisibles entre las personas con padecimientos mentales; también tener presente que el aumento de peso por medicación puede interferir en la adherencia al tratamiento y aumentar el riesgo de abandono, por lo que se debe concientizar a las personas sobre la importancia del fármaco con el fin de aumentar la adherencia.

Para mejorar los hábitos alimentarios hay que abordar interdisciplinariamente la situación de cada paciente, en función de sus necesidades particulares, sus gustos,

estilos de vida e historia, para lograr cambios de conductas que se sostengan en el tiempo.

Es importante generar políticas públicas que garanticen en las personas con padecimientos mentales, desarrollar su autonomía, mejorar su estado nutricional, e inclusión social.

La investigación constituye un aporte para diseñar estrategias institucionales que permitan, informar, orientar y sensibilizar a las personas con padecimientos mentales sobre los riesgos de salud que ocasiona los hábitos alimentarios inadecuados, y de esta manera existan cambios de comportamiento hacia conductas saludables.

8. BIBLIOGRAFÍA

- (1) OMS: Organización Mundial de la Salud. “Nutrición”. [Internet]. [Citado 1 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/nutrition/challenges/es/>.
- (2) Universidad Favarolo. “Salud mental: uno de cada tres argentinos sufre algún trastorno”. 11 de Marzo, 2018. . [Internet]. [Citado 18 de Julio de 2018]. Disponible en: <http://www.favaloro.edu.ar/salud-mental-uno-de-cada-tres-argentinos-sufre-algun-trastorno/>
- (3) Molina J. D. “Prevención y Promoción de la Salud en las Personas con Trastornos Mentales. El Síndrome Metabólico”. 2007. Madrid. Ed. Ergon.
- (4) Muñoz M. “Alteraciones metabólicas en pacientes psiquiátricos”. FB, 2013. [Internet]. [Citado 1 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.marthadebayle.com/sitio/md/radio/alimentacion-en-pacientes-con-tratamiento-psiquiatrico/>.
- (5) Villegas I., López J., Martínez A.B. y Villegas J.A. “Obesidad y Síndrome Metabólico en Pacientes con Esquizofrenia”. *Psiqu Biol.* 2005; 12(2):39-45.
- (6) González E., Alonso F., Sanguino R., Rodríguez M., González E. “Esquizofrenia: enfermedades médicas y antipsicóticos”. *Anales de Psiquiatría Madrid* vol 23 N° 7, p. 339-346, 2007.
- (7) Logue, A. W. “The Psychology of eating and drinking”. Brunner-Routledge, New York, 2004.
- (8) Stefańska, E; Wendołowicz, A; Lech, M; Wilczyńska, K; Konarzewska B, Zapolska, J; Ostrowska, L. ”The assessment of the nutritional value of meals consumed by patients with recognized schizophrenia”. *Pudmed. Rocz Panstw Zakl Hig.* 2018; 69(2):183-192.
- (9) El Ansari, W., Adetunji, H. & Oskrochi, R. “Food and mental health: Relationship between food and perceived stress and depressive symptoms among university

students in the United Kingdom”. *Cent. Eur. J. Public Health* 22, 90–97 (2014).

(10) Yu, B. et al. Soft drink consumption is associated with depressive symptoms among adults in China. *Journal of Affective Disorders* 172, 422–427 (2015).

(11) Westover, A. N. & Marangell, L. B. A cross-national relationship between sugar consumption and major depression? *Depression and Anxiety* 16, 118–120 (2002).

(12) Fisberg, M.; Kovalskys, I; Gómez, G.; Rigotti, A; Yadira, L.; Cortés Sanabria, M. C.; Yépez García; Pareja Torres, R.; Herrera-Cuenca, M.; Zalcman Zimberg, I.; Berthold Koletzko; Pratt, M.; Moreno Aznar, L.; Guajardo, V.; Fisberg, R.; Hermes Sales, C.; Nogueira Previdelli, A. and on behalf of the ELANS Study Group. “Total and Added Sugar Intake: Assessment in Eight Latin American Countries”. *Nutrients* 2018, 10(4), 389; doi:[10.3390/nu10040389](https://doi.org/10.3390/nu10040389). [Internet]. [Citado 13 de Julio de 2018]. Disponible en: <http://www.mdpi.com/2072-6643/10/4/389/htm>.

(13) Polivy, J. & Hernan, C. P. "Clinical depression and weight change: a complex relation". *Journal of Abnormal Psychology*, 85: 338-340, 1976.

(14) Beavcom, D. H.; Aikem, P. A. "Effect of depressed mood on eating among dieting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4 (1): 577-585, 1981.

(15) Frederick, S. L. y Cols. "Sex differences in the relation of mood at weight gain". *Experimental and Clinical Psychopharmacology*, 4: 78-86, 1996

(16) Novartis. Recomendaciones Nutricionales para el Paciente. Capítulo 13. Psiquiatría. [Internet]. [Citado 16 de Septiembre de 2016]. Disponible en: <http://docplayer.es/11294048-Recomendaciones-nutricionales-para-el-paciente.html>

(17) Gray, G. E.; Gray, L. K. "Nutritional Aspects of Psychiatric Disorders". *Journal of American Dietetical Association*, 89 (10): 1492-1498, 1989.

(18) Horrobin, D. F. "Omega-3 Fatty Acid for Schizophrenia". *American Journal of Psychiatry*, 160: 188-189, 2003.

(19) Salvador J. “Antipsicóticos atípicos: un factor de riesgo de síndrome metabólico. *Endocrinol Nutr.* 2008; 55 (2):61-63.

(20) Rojas, P; Poblete, C; Orellana, X; Rouliez, A; Liberman, C. “Alteraciones metabólicas asociadas con el uso de la terapia antipsicótica”. Rev Med Chile. 2009; 137:106-114.

(21) Sabulsky, J. “Investigación Científica en Salud-Enfermedad”. 3ra. ed. Córdoba; 2002. p. 112- 155-203-204-207-224.

(22) Facultad de Ingeniería. Universidad Nacional de Entre Ríos Probabilidad y Estadística. Muestreo. [Internet]. [Citado 1 de Marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.bioingenieria.edu.ar/academica/catedras/metestad/muestreo.pdf>.

(23) INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo Nacional de Población. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010. Resultados definitivos Serie B N° 1. [Internet]. [Citado 1 de Enero de 2017]. Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/126666/626011/file/glosario.pdf>.

(24) INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 Censo del Bicentenario. Resultados definitivos Serie B N° 2. Tomo 1. [Internet]. [Citado 1 de Enero de 2017]. Disponible en: http://www.estadistica.sanluis.gov.ar/estadisticaWeb/Contenido/Pagina148/File/LIBRO/censo2010_tomo1.pdf.

(25) Di Pietro, Susana; Tófaló, Ariel; Egle Pitton, Paula Medela. “La Situación Educativa a través de los censos nacionales de población”. Gerencia Operativa de Investigación y Estadística Dirección General de Evaluación de la Calidad Educativa Ministerio de Educación. Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Marzo 2013. [Internet]. [Citado 5 de Enero de 2017]. Disponible en: http://www.buenosaires.gob.ar/sites/gcaba/files/2013_la_situacion_educativa_a_traves_de_los_censos_nacionales_de_poblacion_0.pdf.

(26) INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Glosario. Internet]. [Citado 1 de Enero de 2017]. Disponible en: http://www.indec.gov.ar/textos_glosario.asp?id=36

(27) Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social Presidencia de la Nación.

Boletín de Estadísticas Laborales (BEL). Revista de Trabajo; año 8; Número 10; Julio/Diciembre 2012. [Internet]. [Citado 1 de Enero de 2017]. Disponible en: [http://www.trabajo.gov.ar/left/estadisticas/descargas/revistaDeTrabajo/2012n10_revistaDeTrabajo/2012n10_a15_Bolet%C3%ADndeEstad%C3%ADsticas\(BEL\).pdf](http://www.trabajo.gov.ar/left/estadisticas/descargas/revistaDeTrabajo/2012n10_revistaDeTrabajo/2012n10_a15_Bolet%C3%ADndeEstad%C3%ADsticas(BEL).pdf)

(28) Dirección General de Estadísticas y Censos. Ministerio de Hacienda. Glosario del banco de datos de la DGEyC. Buenos Aires Ciudad, Agosto 2015. [Internet]. [Citado 1 de Enero de 2017]. Disponible en: http://www.estadisticaciudad.gov.ar/eyc/wp-content/uploads/2015/08/glosario_bdatos.pdf

(29) INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. INDEC presenta por primera vez estadística sobre religión. [Internet]. [Citado 1 de Septiembre de 2016]. Disponible en: http://inec.gov.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=513%3Ainec-presenta-por-primera-vez-estadisticas-sobre-religion&catid=56%3Adestacados&Itemid=3&lang=es.

(30) Caritas Española. “Personas excluidas, personas sin hogar”. Memoria 2008. [Internet]. [Citado 5 de Enero de 2017] [file:///C:/Documents%20and%20Settings/d06188782/Mis%20documentos/Downloads/capitulo_16persSinHogMemo08%20\(4\).pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/d06188782/Mis%20documentos/Downloads/capitulo_16persSinHogMemo08%20(4).pdf).

(31) Asistencia Alimentaria: Programa de asistencia alimentaria en la acción. DGECHO, Comisión Europea; Enero 2014. [Citado 1 de Septiembre de 2016]. Disponible en: http://ec.europa.eu/echo/files/policies/food_assistance/them_policy_doc_foodassistance_es.pdf.

(32) Clasificación Internacional de Enfermedades 10° CIE 10° REVISION. [Internet]. [Citado 1 de Septiembre de 2016]. Disponible en: http://www.sssalud.gov.ar/hospitales/archivos/cie_10_revi.pdf.

(33) Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Portal Regional de la BVS. Información y Conocimiento para la Salud [Internet]. [Citado 30 de Enero de 2017]. Disponible en: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/decslocator/?lang=es&tree_id=&term=farmacoterapia&tree_id=Q65.020&term=farmacoterapia.

(34) Biblioteca Virtual en Salud (BVS). Portal Regional de la BVS. Información y Conocimiento para la Salud. [Internet]. [Citado 30 de Enero de 2017]. Disponible en: http://pesquisa.bvsalud.org/portal/decslocator/?lang=es&tree_id=F03&term=trastornos+m&tree_id=D27.505.954.427.700&term=psicofarm

(35) Castillo A. Manual de Psiquiatría “Humberto Retondo”. Sistemas de Bibliotecas (SISBI). 2da. Edición. [Internet]. [Citado 30 de Enero de 2017]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtual/libros/psicologia/manual_psiquiatr%C3%ADa/cap-28.htm.

(36) Batruni, L. Cátedra Evaluación Nutricional. Escuela de Nutrición. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba. P. 11, 44-50.

(37) Torresani, M. E; Somoza, M. I. “Lineamientos para el cuidado nutricional”. Editorial Eudeba. Mayo 2003. P. 31.

(38) OMS: Organización Mundial de la Salud. Datos y cifras. Clasificación del IMC. [Internet]. [Citado 1 de Septiembre de 2016] Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/es/>.

(39) Osuna-Ramírez I.; Hernández-Prado, B.; Campuzano J.; Salmerón J. “Índice de masa corporal y percepción de la imagen corporal en una población adulta mexicana: la precisión del autorreporte”. Salud pública Méx vol.48 no.2 Cuernavaca mar./abr. 2006. [Internet]. [Citado 30 de Enero de 2017]. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342006000200003.

(40) OMS: Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. [Internet]. [Citado 1 de Septiembre de 2016] Disponible en: http://www.who.int/dietphysicalactivity/physical_activity_intensity/es/

(41) Ministerio de Salud, presidencia de la Nación. Alcohol: consumo perjudicial. [Internet]. [Citado 1 de Septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/index.php/component/content/article/48/87-alcoholismo>

(42) OMS: Organización Mundial de la Salud. Tabaquismo. [Internet]. [Citado 1 de Septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/tobacco/es/>.

(43) Pérez-Milena, A.; Martínez-Fernández, M. L.; Redondo-Olmedilla, M., Álvarez Nietod C.; Jiménez Pulidob I; Mesa Gallardob, I. “Motivaciones para el consumo de tabaco entre los adolescentes de un instituto urbano”. Gac Sanit. 2012; 26(1):51–57. [Internet]. [Citado 1 de Septiembre de 2016] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v26n1/original7.pdf>

(44) FAO: Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación. Glosario. Internet]. [Citado 15 de Septiembre de 2016]. Disponible en: <http://www.fao.org/docrep/014/am401s/am401s07.pdf>.

(45) Valenzuela, Catalina. “Utensilios y equipos de cocina”. Diciembre, 2015. [Internet]. [Citado 1 de Septiembre de 2016]. Disponible en: https://prezi.com/wjo_f4qfayhm/utensilios-y-equipo-de-cocina/

(46) Revigliano, Norma. “Técnica Dietética. Ciencia a aplicada a los alimentos”. Escuela de Nutrición, F.C.M; U.N.C, 2003. Pág. 9-11.

(47).Universidad Miguel Hernández. “Cuestionario de Frecuencia Alimentaria”. España, 1991-2002. [Internet]. [Citado 30 de Enero de 2017]. Disponible en:<http://bibliodieta.umh.es/files/2011/07/CFA93.pdf>.

(48) Ministerio de Salud de la Nación. Guías Alimentarias para la población Argentina. Buenos Aires 2016. P. 26-27,104-176

(49) Rojas Infante, D. M., Vargas, L. N. “Percepción de Alimentación Saludable, Hábitos Alimentarios, Estado Nutricional, y Práctica de Actividad Física en población de 9-11 años del colegio CEDID ciudad Bolívar, Bogotá.”Pontifica Universidad Javeriana. Facultad d Ciencias Medicas. Carrera de Nutrición y Dietética. Bogotá D. C,

Junio de 2011. [Internet]. [Citado 30 de Enero de 2017]. Disponible en: <http://text-mx.123dok.com/document/ky6e367z-percepcion-de-alimentacion-saludable-habitos-alimentarios-estado-nutricional-y-practica-de-actividad-fisica-en-poblacion-de-9-11-anos-del-colegio-cedid-ciudad-bolivar-bogota.html>.

(50) Coromoto Nava B., M.; Pérez G., A.; Herrera, H. A.; Hernández H., R. A. "Hábitos Alimentarios, Actividad Física y su relación con el Estado Nutricional-Antropométrico de preescolares". Rev. Chil. nutr. Vol. 36 no.3 Santiago set. 2011. [Internet]. [Citado 30 de Enero de 2017]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182011000300006

(51) Asaduroglu, A. V. Manual de nutrición y Alimentación Humana.1 era. Ed. Córdoba; 2002. P.46-48.

(52) Rojas, P.; Poblete C, Orellana, X., Rouliez, K, Liberman C "Alteraciones metabólicas asociadas al uso de terapia antipsicótica". Rev. Méd. Chile v.137 n.1 Santiago ene. 2009 Citado 18 de Julio de 2018]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000100017

(53) Sanz Rodriguez, L. J.; Blanco Martos, A. I.; Gamo Medina, E.; Garcia Laborda, A. "Hábitos de alimentación en pacientes atendidos en un servicio de salud mental". Rev. Esp. Neuropsiq.; 2011 (109), 43-52,

(54) Ganley r. Emotion and eating in obesity: a review of the literatura. International Journal of Eating disorders; 1989.3: 343-361. 22.

(55) Bellisle F, Mcdevitt R, Prentice A M. Meal frequency and energy balance. Br. J. Nutr.;1997. 77: S57-70. 23.

(56) Stunkard a. The night-eating syndrome: a pattern of food intake among certain obese patients. American Journal of Medicine; 1955.19: 78-86

(57) Bolaños, R. "Psicotrópicos y estupefacientes. Visión farmacológica y normativa". [Internet]. [Citado 18 de Julio de 2018]. Disponible en: <http://www.anmat.gov.ar/ssce/Libro-psicotropicos-estupefacientes.pdf>

(58) Bolaños Ríos, P. Trastornos de la Conducta Alimentaria 8 (2008) 813-832[Citado 8

de Septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.tcasevilla.com/archivos/influencia_de_los_psicofarmacos_en_el_peso_corporal.pdf

(59) Ministerio de salud. Presidencia de la nación. “Manual para la Aplicación de la Guías Alimentaria para la Población Argentina”. [Internet]. [Citado 19 de Septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/images/stories/ryc/graficos/2017-09_manual-aplicacion-alimentaria-poblacion-arg.pdf.

(60) Ministerio de Salud de la Nación. Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades no Transmisibles. “Actividad Física”. [Internet]. [Citado 18 de Julio de 2018]. Disponible en: <http://www.msal.gov.ar/ent/index.php/informacion-para-ciudadanos/actividad-fisica>.

(61) Scott, D. & Happell, B.(2011).The high prevalence of poor physical health and unhealthy lifestyle behaviours in individuals with severe mental illness. Issues in Mental Health Nursing, 32, 589-597.

(62) Glover, C. M., Ferron, J. C. & Whitley, R. (2013). Barriers to exercise among people with severe mental illnesses. Psychiatric Rehabilitation Journal, 36, 45 –47

(63) Hodgson, M. H.,McCulloch,H.P.&Fox,K.R.(2011).The experiences of people with severe and enduring mental illness engaged in a physical activity programme integrated into the mental health service. Mental Health and Physical Activity, 4, 23–29.

(64) Modelo de Atención a personas con enfermedad mental grave. Documento de consenso. Madrid: IMSERSO. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2006.

(65) Ministerio de Sanidad y Consumo de España. Guía Práctica Clínica sobre Esquizofrenia y Trastorno Psicótico Incipiente. 1ª edición marzo, 2009. [Internet]. [Citado 8 de Septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_495_Esquizofr_compl_cast_2009.pdf.

(66) Banco Mundial. “El desempleo daña la salud en Latinoamerica”. 1 Junio, 2015. [Internet]. [Citado 18 de Julio de 2018]. Disponible en: [http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2015/06/01/el-desempleo-danha-la-](http://www.bancomundial.org/es/news/feature/2015/06/01/el-desempleo-danha-la)

salud-en-latinoamerica.

(67) Rodríguez A; Solano M. Nutrición y Salud Mental: revisión bibliográfica. Revista del postgrado de psiquiatría UNAH. 2008; 1(3): 1-5.

(68) Navarro JF, Cavas M, García FB. Ácidos grasos omega-3 y enfermedades neuropsiquiátricas. Psiq Biol. 2006; 13(3):95-101.

(69) Bioque M, Goti J, Capapey J, Bernardo M. Eficacia de los ácidos grasos omega-3 como tratamiento suplementario de la esquizofrenia. Psiq Biol. 2013;20(1):8-13.

(70) MedlinePlus. “Fibra en la dieta”. [Internet]. [Citado 19 de Septiembre de 2018]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/dietaryfiber.html>.

(71) Lomaglio, D. B. “Transición nutricional y el impacto sobre el crecimiento y la composición corporal en el noroeste argentino (NOA)”. Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria. 2012; 32(3):30-35. [Internet]. [Citado 8 de Septiembre de 2018]. Disponible en: <http://revista.nutricion.org/PDF/TRANSICION.pdf>.

(72) Rodríguez, E.; Berges, M.; Casellas K., Gentile, N.; Lupin, B.; Garrido, L.; Atucha, A; y Volpato, G. “El consumo de alimentos en Argentina y los efectos del surgimiento de los supermercados en el sector minorista”. [Internet]. [Citado 8 de Septiembre de 2018]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/47441949_El_consumo_de_alimentos_en_Argentina_y_los_efectos_del_surgimiento_de_los_supermercados_en_el_sector_minorista

(73) Barbero, L. “Estudio sobre hábitos de consumo de frutas y verduras de los consumidores cordobeses”. Para el Programa de Desarrollo Territorial en el Area Metropolitana de Córdoba ADEC., 2012. ”. [Internet]. [Citado 8 de Septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.lavoz.com.ar/files/Consumo_de_frutas_y_verduras.pdf.

(74) OMS. “Esquizofrenia”. 9 de Abril de 2018. [Internet]. [Citado 13 de Julio de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/schizophrenia>

(75) Casey, D; Zorn, S. The pharmacology of weight gain with antipsychotics. J Clin

Psychiatry 2001; 62 (suppl 7): 4-40.

(76) Peet M. Eicosapentaenoic acid in the treatment of schizophrenia and depression: Rationale and preliminary double-blind clinical trial results. Prostaglandins Leukot and Essent Fatty Acids. 2003; 69(6):477-485.

(77) Pérez Ramírez, B. Y.; Jasso Molina, J. A.; Lopez Ortiz, M. M.” Evaluación del estado nutricional en pacientes con trastornos psiquiátricos en una unidad hospitalaria” Nutr. clín. diet. hosp. 2017; 37(1):24-33. [Internet]. [Citado 8 de Septiembre de 2018]. Disponible en: <http://revista.nutricion.org/PDF/brendayadira.pdf>.

(78) Mieras, A. S.”Nuevos antipsicóticos y antiepilépticos”. Programa INFORMED. Servei de Salut de les Illes Balears. [Internet]. [Citado 13 de Julio de 2018]. Disponible en: http://www.elcomprimido.com/informed07/pdf/GAP_antipsicoticos.pdf.

(79) Koro C, Fedder D, L'italien J, Weiss S, Magder L, Kreyenbuhl J et al. Assessment of the independent effects of olanzapine and risperidone exposure on the risk of hyperlipidemia in schizophrenic patients. Arch Gen Psychiatry 2002; 59: 1021-6.

(80) Cabezas-Zabala, C. C.;Hernández-Torres, B. C.;Vargas-Zárate, M.” Azúcares adicionados a los alimentos: efectos en la salud y regulación mundial. Revisión de la literatura”. Rev. Fac. Med. 2016 Vol. 64 No. 2: 319-29. [Internet]. [Citado 8 de Septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012000112016000200017&lang=pt

(81) Gurusamy, J.; Gandhi S.; Damodharan, D.; Ganesan V.; Palaniappan, M. “Exercise, diet and educational interventions for metabolic syndrome in persons with schizophrenia: A systematic review”. Pubmed, Jun 30, 2018. [Citado 17 de Julio de 2018]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29990631>.

(82) Knuppel, A; Shipley, M.; Llewellyn, C.; Brunner, E.”Sugar intake from sweet food and beverages, common mental disorders and depression: prospective findings from the Whitehall II Study”. Scientific Reports. Volume 7, Article number: 6287 (2017). [Internet]. [Citado 13 de Julio de 2018]. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/s41598-017-05649-7>

- (83) Sen, S., Duman, R. & Sanacora, G. . Serum Brain-Derived Neurotrophic Factor, Depression, and Antidepressant Medications: Meta-Analyses and Implications. *Biological Psychiatry* 64, 527–532 (2008).
- (84) Molteni, R., Barnard, R. J., Ying, Z., Roberts, C. K. & Gomez-Pinilla, F. A high-fat, refined sugar diet reduces hippocampal brain-derived neurotrophic factor, neuronal plasticity, and learning. *Neuroscience* 112, 803–814 (2002).
- (85) Gainey, S. J. et al. Short-Term High-Fat Diet (HFD) Induced Anxiety-Like Behaviors and Cognitive Impairment Are Improved with Treatment by Glyburide. *Front Behav Neurosci* 10, 156 (2016).
- (86) Heyward, F. D. et al. Adult mice maintained on a high-fat diet exhibit object location memory deficits and reduced hippocampal SIRT1 gene expression. *Neurobiol Learn Mem* 98, 25–32 (2012).
- (87) Calder, P. C. et al. Dietary factors and low-grade inflammation in relation to overweight and obesity. *British Journal of Nutrition* 106, S1–S78 (2011).
- (88) Kivimaki, M. et al. Long-term inflammation increases risk of common mental disorder: a cohort study. *Mol Psychiatry* 19, 149–150 (2014).
- (89) Schwartz, N. S., Clutter, W. E., Shah, S. D. & Cryer, P. E. Glycemic thresholds for activation of glucose counterregulatory systems are higher than the threshold for symptoms. *Journal of Clinical Investigation* 79, 777–781 (1987).
- (90) Avena, N. M., Rada, P. & Hoebel, B. G. Evidence for sugar addiction: Behavioral and neurochemical effects of intermittent, excessive sugar intake. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 32, 20–39 (2008).
- (91) Dunlop, B. W. & Nemeroff, C. B. The role of dopamine in the pathophysiology of depression. *Arch Gen Psychiatry* 64, 327–337 (2007).
- (92) Grant, B. F., Stinson, F. S. & Dawson, D. A. et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: Results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Archives of General Psychiatry* 61, 807–816 (2004).

(93) Te Morenga, L., Mallard, S. & Mann, J. Dietary sugars and body weight: systematic review and meta-analyses of randomised controlled trials and cohort studies. *Bmj* 346, e7492 (2013).

(94) Luppino, F. S., De Wit, L. M. & Bouvy, P. F. et al. Overweight, obesity, and depression: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of General Psychiatry* 67, 220–229 (2010).

(95) Jackson, S. E., Beeken, R. J. & Wardle, J. Obesity, perceived weight discrimination, and psychological well-being in older adults in England. *Obesity (Silver.Spring)* 23, 1105–1111 (2015).

(96) American Academy of Neurology. "Hold the diet soda? sweetened drinks linked to depression, coffee tied to lower risk". January 08, 2013. [Internet]. [Citado 13 de Julio de 2018]. Disponible en: <https://www.aan.com/PressRoom/Home/PressRelease/1128>

(97) Consejo Deliberante de la ciudad de Córdoba. Ordenanza N° 12696. [Internet]. [Citado 19 de Septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.concejaldomina.com.ar/files/pdf/ordenanzas/Ord-12696.pdf>

(98) Weiden P, Buckle Y P. Reducing the burden of side effects during long-term antipsychotic therapy: the role of "switching" medications. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 14-23.

(99) Wu M, Wang C, Bai y, Huang C, Lee S. Outcomes of obese, clozapine-treated inpatients with schizophrenia placed on a six-month diet and physical activity program. *Psychiatric Services* 2007; 58: 544-50.

9. ANEXOS

ANEXO 1: MODELO DE FORMULARIO PARA ANAMNESIS ALIMENTARIA ⁽⁵⁰⁾

Datos biográficos, antropométricos y económicos-sociales

- Sexo:
- Edad:
- Nacionalidad:
- Escolaridad:
- Profesión u ocupación:
- Religión:

Motivo de consulta

- Diagnóstico clínico:
- Tratamiento farmacológico:

Datos Antropométricos

- Peso actual:
- Talla:
- IMC:

-Actividad física: - no realiza
- si realiza

-Tipo de actividad: horas (semanales):

-Fuma:

-Cambio de peso durante el último año: - no cambio de peso
- pérdida de peso significativa
- peso incremento

Hábitos alimentarios

Tipo y número de comidas realizadas diariamente:

¿Con quién/es vive?

¿Recibe ayuda alimentaria?

¿Picotea?

¿Qué? Dulce, Salado o Dulce/Salado

Apetencia: Dulce, Salado o Dulce/Salado

¿Toma mate?

Cantidad:

¿Azúcar?

¿Bebe alcohol?

¿Qué? Vino- Cerveza-Bebidas destilada.

Utensilios y aparatos disponibles:

Métodos de cocción frecuentes:

Determinación de la composición de la dieta

Alimentos	¿Consume?	Tipo	Diario	Semanal	Mensual	Anual	Cantidad
leche	SI	entera					
	NO	descremada					
yogur	SI	entero					
	NO	descremado					
quesos	SI	blando					
	NO	semiblando					
		duro					
huevo	SI						
	NO						
carne	SI	roja					
	NO	blanca					
		roja/blanca					
vísceras	SI						
	NO						
verduras (A Y B)	SI						
	NO						
frutas	SI						
	NO						
Pan	SI	integral					
	NO	no integral					
cereales, papa	SI						
	NO						
pastas	SI						
	NO						
legumbres	SI						
	NO						

Alimentos	¿Consume?	Tipo	Diario	Semanal	Mensual	Anual	Cantidad
azúcar	SI NO						
edulcorante	SI NO						
miel, dulces	SI NO	dietético no dietético					
aceite	SI NO						
manteca o crema	SI NO						
fiambres	SI NO						
golosinas	SI NO						
gaseosa	SI NO	dietética no dietética					
agua	SI NO						



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE SALUD PÚBLICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL RESPONDENTE

Esta es una entrevista que realiza la Universidad Nacional de Córdoba para el ESTUDIO DE LOS HÁBITOS DE ALIMENTACIÓN DE PACIENTES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE SALUD MENTAL PROVINCIAL, DE LA CIUDAD DE CÓRDOBA. El mismo, tiene el objetivo general analizar los hábitos de alimentación de los/as pacientes que consultan el nosocomio y establecer relaciones entre éstos y las variables socioeconómicas y clínicas.

La información que se relevará en esta entrevista será de máxima utilidad ya que permitirá conocer los hábitos de alimentación de las personas con enfermedades mentales, para el desarrollo posterior de estrategias que permitan cambios en sus estilos de vida y disminuir así la prevalencia de sobrepeso, obesidad y síndromes metabólicos.

La decisión de participar en este estudio es voluntaria y no remunerativa. Por esta razón, le solicitamos su autorización y consentimiento para incluirlo en este estudio.

Agradecemos desde ya su colaboración.

DECLARO QUE:

- He recibido suficiente información sobre la entrevista a realizar.
- He podido despejar todas mis dudas respecto a la misma.
- Comprendo que mi participación es voluntaria y puedo retirarme de la prueba en cualquier momento.
- Que mi identidad será confidencial y no se harán del conocimiento público.

Firma del Entrevistado/a.....